



Universidade de Aveiro
2016

Departamento de Educação e
Psicologia

**Sílvia Maria de
Sousa Torres**

**Cuidador informal de idosos dependentes:
o cuidar, as emoções e as estratégias
adaptativas**



Universidade de Aveiro
2016

Departamento de Educação e
Psicologia

**Sílvia Maria de
Sousa Torres**

**Cuidador informal de idosos
dependentes: o cuidar, as emoções e as
estratégias adaptativas**

Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Educação – Ramo Supervisão e Avaliação, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Nilza Maria Vilhena Nunes da Costa, Professora Catedrática do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro e coorientação do Professor Doutor Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu, Professor Coordenador Principal da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

O Júri

Presidente

Prof. Doutor **Armando da Costa Duarte**
Professor Catedrático, Universidade de Aveiro

Prof^ª. Doutora **Nilza Maria Vilhena Nunes da Costa**
Professora Catedrática, Universidade de Aveiro (**orientadora**)

Prof^ª. Doutora **Anabela Maria Sousa Pereira**
Professora Associada com Agregação, Universidade de Aveiro

Prof. Doutor **Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu**
Professor Coordenador Principal, Escola Superior de Enfermagem do Porto (**coorientador**)

Prof^ª. Doutora **Elisabete Maria Soares Ferreira**
Professora Auxiliar, Faculdade de Psicologia e de Ciências, Universidade do Porto

Prof. Doutor **Raul Alberto Carrilho Cordeiro**
Professor Adjunto, Instituto Politécnico de Portalegre

Doutora **Rosa Dilar Pereira da Costa**
Enfermeira Especialista, Hospital de Santa Maria, Lisboa

Prof^ª. Doutora, **Dayse Cristine Dantas Brito Neri de Souza**
Membro Doutorada, Centro de Investigação em Didática e Tecnologia na Formação de Formadores, Universidade de Aveiro

Dedicatória

À VIDA...
À MINHA FAMÍLIA...

Sentir o Que é Viver

O sentido que a vida toma,
Mesmo quando o fim aperta,
Deixa que as emoções fluam
Para lá do sentir.

Ao envelhecer com as folhas
Que caem para lá do chão,
O tempo vai-se descobrindo
Nas memórias que trazem
As saudades que não passam em vão.

Enquanto persistes, agarra-te
Ao que te força a viver para além
Deste mundo.
A família que te segura quando caís,
E que te ergue quando partes num
Adeus nostálgico e profundo.

E aos seus cuidados,
Soltaram-te para voares
Para longe. És livre de subires
Mares e nadares o céu, pois
A vida é só, uma fórmula do acaso,
Para onde vais para além do eu.

José Moreira
(primo)

Agradecimentos

Aos meus pais, sempre e para sempre.

Ao Rodolfo, meu marido que nestes últimos anos tem tentado a todo o vapor que termine o meu trabalho de investigação.

À Maria Francisca, minha filha, meu grande amor...que nos últimos tempos sofreu com a ausência da mãe devido aos compromissos académicos....ou então não...adorou brincar com os avós e primos.

À Professora Doutora Nilza no papel de orientadora pelo carinho e contributo dado.

Ao Professor Doutor Wilson no papel de co-orientador, agradeço a disponibilidade, ensinamentos, estímulo, apoio e essencialmente a amizade sempre presente.

Aos colegas da prática de cuidados pela partilha e crescimento conjunto diário e intensivo e pelo incentivo ao término da tese.

Aos cuidadores informais e idosos seleccionados, pelo contributo sem o qual o trabalho seria inexequível.

Aos meus familiares, pela amizade e compreensão sempre demonstradas. Para eles encaminho o meu afetuoso reconhecimento.

A todos, os que de alguma forma contribuíram para a sua realização, o meu muito obrigado.

palavras-chave - Envelhecimento, Cuidador Informal, Emoções, Autocuidado, Gestão do Regime Terapêutico, Formação, Supervisão

resumo

O envelhecimento da população portuguesa apresenta-se como um verdadeiro desafio social, económico e político. Segundo o Instituto Nacional de Estatística, até 2050 haverá um crescimento da população idosa portuguesa em cerca de 28%. A perda de autonomia caracteriza este grupo populacional, verificando-se um aumento da dependência no autocuidado, o que faz com que o idoso comece a ser assistido por outros indivíduos, surgindo, então, o Cuidador Informal. Esta personagem dos cuidados, que sempre existiu, visa assegurar uma boa qualidade de vida, mesmo que isso signifique um aumento do nível de dependência. Os profissionais de saúde devem dedicar atenção às necessidades físicas e emocionais destes cuidadores, pois o quotidiano é violentamente destorcido, interferindo na sua vida social, laboral, pessoal e psicológica. Nos últimos anos, tem-se observado uma crescente preocupação com os cuidadores informais, na medida em que estes influenciam de forma preponderante a vida dos idosos.

Deste modo, este estudo centra as suas atenções numa amostra de idosos e respetivos cuidadores informais. Na nossa investigação, as principais preocupações foram desenvolvidas no sentido de compreender um conjunto de fatores que são capazes de interferir na prática diária dos cuidados aos idosos dependentes, nomeadamente: o conhecimento do seu perfil, dos papéis que cada cuidador assume, bem como os problemas e dificuldades, nomeadamente na gestão do regime terapêutico, autocuidado, assim como o impacto que a prestação de cuidados provoca nos cuidadores enquanto seres humanos. Também é de todo o nosso interesse fornecer informações relevantes para os profissionais de saúde que colaboram no âmbito das transições, destacar as emoções que surgem da prestação de cuidados, bem como compreender a forma como os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, podem contribuir na sua gestão, de forma a proporcionar ao cuidador informal e ao idoso uma melhor qualidade de vida e bem-estar. Desta forma, realizamos um estudo de caso único, cujo objeto implicou a opção por um paradigma misto (quantitativo e qualitativo), na USF Ao Encontro da Saúde. A investigação decorreu em duas fases distintas: a fase A e a B. A fase A iniciaram-se com a identificação dos idosos e seus cuidadores que recebiam visita domiciliária e que foram caracterizados como intervenientes da investigação. Para isso, utilizamos: o Índice de Barthel, o Questionário Cuide, a Escala de Avaliação das Emoções. Por sua vez, na fase B recorreremos a uma entrevista semi-estruturada para obter descrições mais detalhadas das experiências vividas.

Relativamente aos resultados e à sua análise, pudemos constatar que a maioria dos idosos tinham idades acima dos 77 anos e, ainda, que eram do sexo feminino. De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que a maioria não tinha acesso a apoio domiciliário, nem a centros de dia. No entanto, possuíam apoio dos profissionais de saúde através de visitas domiciliárias, e um grande número possuía um grau de dependência Muito Grave. Relativamente aos cuidadores informais, são maioritariamente do sexo feminino, casados, com 50 ou mais anos, possuem escolaridade baixa, sentem satisfação pessoal ao cuidar, e são valorizados enquanto prestadores de cuidados. Também consideram que a prestação de cuidados tem um efeito negativo na saúde física e no bem-estar emocional e, para os ultrapassar, utilizam várias atividades, entre elas o lazer. Assumem os cuidados físicos/pessoais, domésticos, emocionais /psicológicos e sociais. Verificou-se que a maioria dos cuidadores consegue enfrentar positivamente a sua tarefa, considerando-a exigente, limitativa e responsável por restrições na sua vida social, nomeadamente na relação com os amigos e família. No entanto, os cuidadores referiram sentir satisfação pessoal e valorização pelo trabalho que desempenham. Da análise das emoções primárias, verificou-se que as emoções positivas mais frequentes foram a Alegria e o Interesse, por outro lado, a Tristeza e a Angústia foram as emoções negativas mais prevalentes. Relativamente à perceção que o cuidador tem do papel desempenhado pela equipa de saúde que o acompanha, particularmente em relação aos enfermeiros, verificou-se que estes se sentem devidamente apoiados a nível técnico e emocional, e que não participam em programas psicoeducativos. No entanto, referem que estes programas são importantes para superação das dificuldades. Em suma, sublinhamos a importância da relação terapêutica entre os intervenientes, abordando o sucesso do papel do cuidador para o bem-estar e qualidade de vida do idoso. Assim sendo, a equipa de saúde, desempenha um papel orientador e facilitador na dicotomia idoso/cuidador, nomeadamente na formação contínua e supervisão dos cuidados.

keywords: Aging, Informal Caregiver, Emotions, Self-Care, Therapeutic Regime Management, formation, supervision

abstract

The aging of the Portuguese population presents itself a real social, economic and political challenge. According to the National Institute of Statistics until 2050 there will be a 28% growth ratio of the Portuguese elderly population. The loss of autonomy is a characteristic of this population group, along with a dependence increase in self-care. Therefore, elders are usually assisted by other individuals (non professionals) - informal or family caregivers. The Informal Caregiver, which has always existed, aims to ensure a good quality of life even if the dependence level rises. The health professionals should pay attention to the physical and emotional needs of these persons since their everyday life is violently distorted which interferes with their social, labour, personal and psychological life.

In recent years there has been a growing concern with Informal Caregivers, as they affect preponderantly the life of the elders. Thus, this study focuses its attention on a sample of elders and their Informal Caregivers. In our research, the main concerns were developed in order to allow a better understanding of a set of factors that are capable of interfering in the daily practice of care for the dependent elders, in particular knowledge of their profiles, the roles that each caregiver takes on the problems, difficulties particularly in the management of the therapeutic regime, self-care and impact the care causes in caregivers as human beings. It is also our purpose to provide relevant information for health professionals who work in the community. The research highlights the emotions that arise from care and helps to understand how health professionals, including nurses, can contribute in their management to provide the Informal Caregiver and the elders a better quality of life and well-being.

We conducted a single case study, which involves a mixed paradigm (quantitative and qualitative) in the USF (Family Health Unit) "Ao Encontro da Saúde". The research took place in two distinct phases: phase A began with the identification of elders who received home visits. To characterize the population we used the Barthel Index, Cope-Guide and Emotions Rating Scale; in phase B we used a semi-structured Interview for more detailed descriptions of life experiences. With regard to results and their analysis we can see that the elders were mostly above 77 years of age and female. According to the data obtained it was found that the majority had no access to home care or the day-care centres however, has health professionals support through home visits and a large number possessed a very serious dependence degree. With regard to Informal Caregivers they are mostly female, married, with 50 or more years, have low study degree, feel personal satisfaction in caring and valued as care providers, consider that the provision of care has negative effects on their physical health and emotional well-being. In order to overcome them they use various activities including leisure. They assume physical /personal, domestic, emotional/psychological and social care. It was found that most caregivers can positively cope with their tasks, considering them demanding, restrictive and the cause for social life restrictions, particularly in the relationship with friends and family. However, caregivers reported feeling personal satisfaction and appreciation for the work they perform. From the primary emotions Analysis it was found that the more frequent positive emotions were Joy and Interest, on the other hand, the negative emotions most mentioned were Sadness and Anguish. Regarding the perception of the caregiver about the role played by the health team that accompanies it, particularly nurses, it was found that they feel adequately supported technically and emotionally and don't participate in psycho educational programs. However, they refer them as important to overcoming the difficulties.

Therefore, we underscore the importance of the therapeutic relationship between all the participants involved, addressing the success of caregiver role for the well-being and quality of life of the elders. The health care team plays a guiding and facilitating role in elder/caregiver dyad.

Índice

Índice de Figuras	IV
Índice de Quadros	V
Índice de Tabelas	IX
Abreviaturas e Acrónimos	X

Introdução	1
------------------	---

Parte I

Envelhecimento, cuidar cuidadores e emoções	9
--	----------

1. Sociedade e o Envelhecimento.....	10
1.1. O fenómeno do envelhecimento: perspetiva biocultural	10
1.2. Relação entre o envelhecimento e o grau de dependência	19
1.3. Problemáticas sociodemográficas do envelhecimento	21
1.4. Teorias do envelhecimento	25
1.5. Uma abordagem socioclínica do envelhecimento.....	29
1.5.1. Dependência no autocuidado do idoso	29
1.5.2. Gestão e adesão do regime terapêutico.....	34
2. Cuidar de Idosos Dependentes.....	42
2.1. O cuidar e o cuidador	43
2.2. O cuidador informal: perfil e papel.....	47
2.3. Os motivos que levam à assunção do papel de cuidador informal	53
2.4. Transição para o papel de cuidador	58
2.5. Repercussões associadas ao cuidar	65
2.6. Estratégias facilitadoras da prestação de cuidados.....	74
2.7. Processos formativos e de supervisão clínica aos cuidadores informais.....	81
3. Emoções e disposição para o Cuidado.....	86
3.1. Conceito e significado de emoção.....	86
3.2. Teoria das emoções diferenciadas.....	93
3.3. Contribuições da influência da emoção.....	100
3.4. Estratégias de superação das emoções negativas.....	104

3.5. A importância das emoções no cuidar e as suas implicações para a pesquisa ...	110
--	-----

Parte II

Estudo Empírico 113

1. Opções Metodológicas.....	114
1.1. Pergunta de investigação.....	114
1.2. Objetivos do estudo	115
1.3. Modo de investigação: estudo de caso	117
1.4. Paradigmas de investigação: abordagem quantitativa vs. qualitativa	121
1.4.1. Metodologia quantitativa	122
1.4.2. Metodologia qualitativa.....	123
1.4.3. Metodologia mista: quantitativa vs. qualitativa.....	127
1.5. População e amostra	132
1.6. Caracterização do local do estudo e acesso- O concelho da Trofa: abordagem ao envelhecimento e dependência	133
1.7. Técnicas e instrumentos de recolha de dados	136
1.8. Análise de conteúdo.....	144
1.9. Procedimento de recolha e tratamento de dados	150
1.10. Princípios éticos.....	153
2. O cuidador, a pessoa cuidada e o contexto dos cuidados	157
2.1. Caracterização do grau de dependência dos Idosos.....	157
2.2. Caracterização sociodemográfica dos idosos	164
2.3. Caracterização dos cuidadores informais.....	167
2.4. As emoções vivenciadas pelos cuidadores informais.....	181
2.5. Análise de conteúdo: as práticas diárias dos cuidadores informais	194
2.5.1. O Papel do cuidador informal.....	196
2.5.2. Representações da pessoa cuidada	216
2.5.3. Capacidade de autocuidado.....	226
2.5.4. Gestão do regime terapêutico	232
2.5.5. Dificuldades na prestação de cuidados	237
2.5.6. Parcerias com os profissionais de saúde	243
2.5.7. Emoções vivenciadas	246

3. Práticas de Cuidados e Emoções.....	256
3.1. O papel do cuidador informal e as representações da pessoa cuidada.....	257
3.2. A pessoa cuidada: dependência no autocuidado e gestão do regime terapêutico.....	266
3.3. O Impacto da prestação de cuidados.....	269
3.4. As emoções implicadas na prática de cuidados.....	274
3.5. Intervenção dos profissionais de saúde - formação/supervisão dos cuidados.....	282
4. Conclusões e Contributos no suporte aos cuidadores	285
Referências Bibliográficas	297

Anexos

- Anexo A. Índice de Barthel (IB)
- Anexo B. Questionário Cuide
- Anexo C. Questionário de avaliação das emoções (QAE)
- Anexo D. Pedido de consentimento informado para entrevista e gravação áudio
- Anexo E. Guião da entrevista semi-estruturada
- Anexo F. Pedidos de autorização para colheita de dados
- Anexo G. Pedido de consentimento Informado: participação na investigação

Índice de Figuras

Figura 1. Representação esquemática da definição de envelhecimento de Lidz.	13
Figura 2. Representação gráfica da estrutura etária da população por sexo, 2001 e 2011	17
Figura 3. Representação gráfica do envelhecimento da população nas diferentes regiões portuguesas, 2001 e 2011.	18
Figura 4. Representação gráfica do tipo de dificuldades na realização das atividades da população portuguesa em 2011	21
Figura 5. Representação esquemática dos componentes que caracterizam o processo de envelhecimento.	22
Figura 6. Representação esquemática para interpretação das consequências das alterações da saúde.	30
Figura 7. Representação esquemática dos aspetos essenciais da prática de enfermagem no auxílio do desenvolvimento de competências dos doentes crónicos no sentido do autocuidado.....	37
Figura 8. Representação esquemática das condições centrais no processo de transição..	63
Figura 9. Representação esquemática das estratégias psicossociais.	78
Figura 10. Representação esquemática dos componentes e características das emoções.....	90
Figura 11. Representação esquemática dos três níveis de emoções.....	92
Figura 12. Representação esquemática das emoções fundamentais.....	95
Figura 13. Representação esquemática da função das estratégias de <i>coping</i>	105
Figura 14. Representação esquemática da classificação das estratégias de <i>coping</i>	106
Figura 15. Representação esquemática das formas de triangulação de dados.....	120
Figura 16. Representação geográfica do concelho da Trofa... ..	134
Figura 17. Representação da pirâmide etária no ano 2012 da USF Ao Encontro da Saúde.	136
Figura 18. Representação esquemática da conjugação das características da análise de conteúdo.....	145
Figura 19. Representação esquemática das operações a ter em consideração numa análise de conteúdo.....	146
Figura 20. Representação esquemática do modelo de análise do presente estudo	151

Índice de Quadros

Quadro 1. Demonstração da variação número de indivíduos ao longo do tempo.....	17
Quadro 2. Demonstração do índice de envelhecimento por sexo, 2001 e 2011.....	18
Quadro 3. Demonstração do índice de longevidade por sexo, 2001 e 2011.....	19
Quadro 4. Alterações funcionais biológicas do Envelhecimento.....	26
Quadro 5. Síntese das teorias gerais do envelhecimento biológico.....	27
Quadro 6. Síntese das teorias gerais do envelhecimento psicossocial.....	28
Quadro 7. Síntese dos três requisitos fundamentais no autocuidado	32
Quadro 8. As barreiras do autocuidado.....	33
Quadro 9. Fatores que interferem na não adesão terapêutica	38
Quadro 10. Intervenções educacionais	39
Quadro 11. Intervenções comportamentais.....	40
Quadro 12. Métodos indiretos de avaliação à adesão terapêutica	41
Quadro 13. Sistemas básicos de assistência em saúde.....	43
Quadro 14. Tipos de cuidados de enfermagem defendidos por Collière.	45
Quadro 15. Domínios dos cuidadores informais.....	48
Quadro 16. Categorias dos cuidados prestados por cuidadores informais.	49
Quadro 17. O perfil do prestador de cuidados.....	54
Quadro 18. Atividades da prestação de cuidados	58
Quadro 19. Componentes do papel do enfermeiro na relação de ajuda ao cuidador informal.....	62
Quadro 20. Tipo de necessidades dos cuidadores informais	65
Quadro 21. Estratégias gerais de apoio ao cuidador informal	75
Quadro 22. Teorias de origem filosóficas anteriores ao século XIX.....	87
Quadro 23. Perspetivas de vários autores sobre conceito emoção	88
Quadro 24. Principais características das emoções primárias	95
Quadro 25. Principais teorias sobre os conceitos de <i>coping</i>	104
Quadro 26. As fases do delineamento do estudo de caso	119
Quadro 27. Paradigmas científicos	124
Quadro 28. Diferenças e similaridades entre os métodos quantitativos e qualitativos na investigação baseado em Turato	126
Quadro 29. Algumas definições de metodologia mista.....	129
Quadro 30. Características da metodologia mista.....	130

Quadro 31. Relação entre o nível de dependência e a pontuação obtida no Índice de Barthel.....	138
Quadro 32. Grelhas de codificação	148
Quadro 33. Resultados da variável evacuação	158
Quadro 34. Resultados da variável capacidade de urinar	158
Quadro 35. Resultados da variável higiene pessoal.....	159
Quadro 36. Resultados da variável ir à casa de banho	159
Quadro 37. Resultados da variável alimentar-se.....	160
Quadro 38. Resultados da variável deslocções.....	160
Quadro 39. Resultados da variável mobilidade.	161
Quadro 40. Resultados da variável capacidade de vestir-se	162
Quadro 41. Resultados da variável escadas	162
Quadro 42. Resultados da variável tomar banho	163
Quadro 43. Resultados da variável grau de dependência	163
Quadro 44. Resultados da variável sociodemográfica idade dos idosos	164
Quadro 45. Resultados da variável sociodemográfica género dos idosos.....	165
Quadro 46. Resultados da variável sociodemográfica situação em que vivem os idosos	165
Quadro 47. Resultados da variável sociodemográfica acesso a apoio domiciliário aos idosos	165
Quadro 48. Resultados da variável sociodemográfica acesso a centros de dia aos idosos	166
Quadro 49. Resultados da variável sociodemográfica acesso a visitas domiciliárias dos profissionais de saúde aos idosos	166
Quadro 50. Resultados da variável sociodemográfica género dos cuidadores.....	167
Quadro 51. Resultados da variável sociodemográfica estado civil dos cuidadores.	167
Quadro 52. Resultados da variável sociodemográfica grau de escolaridade dos cuidadores.....	168
Quadro 53. Resultados da variável sociodemográfica profissão dos cuidadores.	168
Quadro 54. Resultados da variável sociodemográfica ocupação secundária dos cuidadores.....	169
Quadro 55. Resultados da variável sociodemográfica tempo em que presta cuidados informais.....	169
Quadro 56. Resultados da variável sociodemográfica tipo de cuidados informais prestados.....	170
Quadro 57. Resultados da variável sente que consegue enfrentar positivamente as suas tarefas de prestação de cuidados	171

Quadro 58. Resultados da variável considera a tarefa de prestação de cuidados uma atividade exigente?.....	172
Quadro 59. Resultados da variável prestar cuidados significa que "não tem 1 minuto" para si mesmo (a)?.....	172
Quadro 60. Resultados da variável a tarefa de prestação de cuidados causa dificuldades no seu relacionamento com os amigos?	173
Quadro 61. Resultados da variável a prestação de cuidados tem um efeito negativo na sua saúde física?.....	174
Quadro 62. Resultados da variável a prestação de apoio/cuidados causa dificuldades na relação que tem com a sua família?	174
Quadro 63. Resultados da variável a prestação de apoio/cuidados é, para si, causa de dificuldades financeiras?	175
Quadro 64. Resultados da variável sente-se "prisioneiro" da sua tarefa de prestação de cuidados?	175
Quadro 65. Resultados da variável sente-se suficientemente apoiado(a) pelos seus amigos, e /ou vizinhos, e/ou outros?.....	176
Quadro 66. Resultados da variável sente que a tarefa de prestação de cuidados restringe excessivamente a sua vida social?.....	177
Quadro 67. Resultados da variável sente que a prestação de cuidados é uma tarefa que lhe traz satisfação pessoal?.....	177
Quadro 68. Resultados da variável sente-se suficientemente apoiado(a) pela sua família?	178
Quadro 69. Resultados da variável sente-se suficientemente apoiado(a) pelos serviços sociais e de saúde?	178
Quadro 70. Resultados da variável a tarefa de prestação de cuidados tem um efeito negativo no seu bem-estar emocional?	179
Quadro 71. Resultados da variável sente que é valorizado enquanto pessoa que presta cuidados?	180
Quadro 72. Resultados da variável de uma forma geral, sente-se suficientemente apoiado(a) no seu papel de pessoa que presta cuidados?	180
Quadro 73. Resultados da variável emoção primária interesse.....	182
Quadro 74. Resultados da variável emoção primária surpresa	182
Quadro 75. Resultados da variável emoção primária cólera	183
Quadro 76. Resultados da variável emoção primária nojo	183
Quadro 77. Resultados da variável emoção primária desprezo	184
Quadro 78. Resultados da variável emoção primária medo	184

Quadro 79. Resultados da variável emoção primária angústia.....	185
Quadro 80. Resultados da variável emoção primária vergonha	185
Quadro 81. Resultados da variável emoção primária tristeza.....	186
Quadro 82. Resultados da variável emoção primária culpa.....	187
Quadro 83. Resultados da variável emoção primária alegria	187
Quadro 84. Taxonomia da dimensão papel do cuidador informal.....	197
Quadro 85. Taxonomia da dimensão representações da pessoa cuidada	217
Quadro 86. Taxonomia da dimensão capacidade de autocuidado	227
Quadro 87. Taxonomia da dimensão gestão do regime terapêutico.....	233
Quadro 88. Taxonomia da dimensão dificuldades na prestação de cuidados	237
Quadro 89. Taxonomia da dimensão parcerias com os profissionais de saúde	244
Quadro 90. Taxonomia da dimensão emoções	247

Índice de Tabelas

Tabela 1. Resultados obtidos para a correlação de <i>Spearman</i> usando como variáveis as Emoções Primárias, onde *p <0,05;**p <0,01.....	189
Tabela 2. Resultados obtidos para a correlação de <i>Spearman</i> usando como variáveis as emoções primárias e as variáveis do Cope-Guide para os cuidadores, onde *p <0,05;**p <0,01.....	192

Abreviaturas e Acrónimos

ICN-International Council of Nurses

CIPE-Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

USL-Unidade de Saúde local

AVD-Atividade de Vida Diária

OMS- Organização Mundial de Saúde

NIC- Nursing Interventions Classifications

TCC- Terapia cognitivo-comportamental

WHO- World Health Organization

INE- Instituto Nacional de Estatística

DSM- Manual de Diagnóstico e Estatístico

CID- Classificação Internacional de Doenças

EX- Exemplo

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

TED- Teoria das Emoções Diferenciadas

CI- Cuidador Informal

Nº- Número

NUT- Nomenclatura das Unidades Territoriais

Km² – Quilómetros quadros

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

SASU- Serviço de Atendimento de Situações Urgentes

SINUS – Sistema de Informação de Unidades de Saúde

IB- Índice de Barthel

COPE- Cares for People in Europe

SAPE- Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SPSS- Statistical Package for the Social Science

CIDTFF- Centro de Investigação Didática e Tecnológica da Universidade de Aveiro

UA- Universidade de Aveiro

CQC- Cuidar de Quem Cuida

CASTIIS – Centro de Assistência Social à Terceira Idade e Infância de Sanguêdo

EPE - entidades públicas empresariais

CASO50+- Centro de Atendimento e Serviços 050+,

ONG's- Organizações não-governamentais

UNIFAI – Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos

ICBAS.UP – Instituto de Ciências Médicas Abel Salazar / Universidade do Porto

Introdução

Esta tese de doutoramento dedica-se à reflexão sobre os cuidados informais aos idosos dependentes, bem como às emoções decorrentes do processo da prestação de cuidados. Perante a sociedade atual, é importante abordar o tema do envelhecimento e respetivas consequências para o idoso, família e toda a rede de suporte. Colocar ênfase nesta temática é essencial, sobretudo quando deverá existir, por parte das redes formais de apoio, um necessário suporte, com vista à manutenção do idoso no seu domicílio. Desta forma, é possível proporcionar o máximo de conforto e bem-estar ao idoso, sendo que é ainda importante ressalvar o cuidador informal como uma peça chave deste puzzle.

Atualmente, assistem-se a mudanças societais, sendo que toda a desestabilização inerente a este fenómeno exige uma renovada atenção sobre algumas questões: o envelhecimento, o cuidado emergente aos idosos, e uma avaliação dos cuidadores informais. O despertar de novas responsabilidades legítima uma observação cuidadosa sobre a prestação de cuidados e todas as repercussões que daí possam advir.

O presente estudo de investigação pretendeu avaliar o cuidador informal, o seu perfil, as suas características mais intrínsecas, revelando as suas dificuldades, as repercussões objetivas e subjetivas do cuidado, o autocuidado do idoso na perspetiva do cuidador, a gestão do regime terapêutico e o papel dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, como elementos fundamentais na formação/supervisão dos cuidados prestados, e, por fim, as emoções decorrentes da prestação de cuidados.

O mundo atual reclama uma preparação adequada dos cuidadores informais na desinstitucionalização do idoso, na sua integração na sociedade e manutenção no domicílio.

O envelhecimento da população constitui uma realidade cada vez mais evidente. O aumento da esperança média de vida e o conseqüente aumento do número de idosos, evidenciam novos desafios para o setor da saúde e da segurança social.

A demografia na União Europeia evidencia uma clara alteração, em particular ao nível da população idosa ou muito idosa. Efetivamente, observa-se um aumento progressivo desta população que permanecerá num futuro próximo, enquanto o número de crianças, jovens, adultos jovens e adultos tem vindo a diminuir e assim continuará, em

paralelo com a taxa de fecundidade que está a baixar acentuadamente (WHO, 2008). Desta alteração demográfica decorrem problemáticas que implicam uma reorganização das políticas de saúde, dos apoios sociais e das redes de apoio, com o objetivo de responder adequadamente às necessidades dos idosos.

Quando se aborda o conceito de envelhecimento, é possível fazê-lo segundo duas perspetivas. A primeira, que se refere ao processo individual associado a um aumento da esperança média de vida; e a segunda, que remete para o envelhecimento demográfico ao qual corresponde um aumento generalizado da população idosa no conjunto da população total, bem como a correspondente diminuição da população jovem no mesmo universo (INE, 2010).

Os Censos de 2011 demonstram um número crescente de idosos em Portugal, representando cerca de 19% da população portuguesa. Na região norte encontram-se cerca de um terço dos idosos, seguida do centro. Em 2011, o índice de envelhecimento agravou-se para 128 (102 em 2001), o que significa que por cada 100 jovens há 128 idosos (INE, 2012a).

O envelhecimento é caracterizado por alterações físicas e mentais. Com o passar do tempo, observa-se uma diminuição do número de indivíduos com autonomia e conseqüente aumento da dependência. Este facto constitui um desafio na assistência a idosos, principalmente ao nível das respostas nos cuidados básicos. Neste sentido, verifica-se que os sistemas de assistência existentes não são em quantidade e qualidade os mais adequados, entende-se por sistemas de assistência *“um conjunto de organizações e práticas sociais, com base em crenças, símbolos ou filosofias culturalmente validadas”* (Abreu, 2003; p. 94).

O estudo sobre a prestação de cuidados deve incidir em aspetos que conduzam ao encontro entre as necessidades dos idosos dependentes e os cuidadores informais, que auxiliam nas atividades de vida diária. Esta pesquisa dirige-se fundamentalmente ao sistema de assistência informal que, segundo Kleinman (1988 citado por Abreu, 2003) remete para um conjunto de práticas culturais, recorrendo ao auxílio de leigos em caso de doença, que podem ser amigos, familiares ou vizinhos, que prestam cuidados a pessoas com um grau de autonomia reduzido - *défice no autocuidado*. Estes leigos auxiliam na preservação de uma vida com o mínimo de dignidade, para que os idosos dependentes

vejam satisfeitas as suas necessidades básicas, já que têm *deficits* no autocuidado e na gestão terapêutica. A estas pessoas, a quem se dá o nome de cuidador, cabe um papel multifacetado. Os cuidadores desenvolvem várias atividades. Na maioria dos casos cabe a uma só pessoa a responsabilidade dos cuidados - cuidador primário, que *“é quem realiza mais de metade do cuidado informal pela pessoa dependente, este é uma entidade única”* (Paúl & Fonseca, 2005). Este é o principal responsável pela promoção do conforto ao doente, solicitação de cuidados médicos competentes, comunicação de apoio e informação honesta à pessoa dependente (Tringali, 1986 in Gaston-Johansson, Lachica, Fall-Dickson & Kennedy, 2004), e tem a responsabilidade principal de supervisionar, orientar e acompanhar o idoso dependente (Sequeira, 2007).

Historicamente, a mulher sempre foi responsável pelo cuidado. No entanto, muitas transformações sociais ocorreram. Embora a mulher assuma na maioria das vezes os cuidados, também se responsabiliza por vezes pelo trabalho fora de casa, o que acaba por se repercutir em danos na sua própria vida e nos laços sociais (Jamuna, 1997 & Neno, 2004 in Paúl & Fonseca, 2005). Entre os familiares são as esposas e as filhas que assumem mais protagonismo no cuidar (Figueiredo, 2007; Morães & Silva, 2009; Miguel, Figueira & Nardi, 2010). Os familiares são muitas das vezes a principal chave dos cuidados, assumindo o suporte de todas as necessidades dos idosos dependentes (Brodaty & Donkin, 2009), vários estudos e planos de saúde assumem que os cuidadores familiares são importantes parceiros do processo do cuidar (Pot & Petrea, 2013). Quando o cuidado é prestado por alguém do sexo masculino, este cuidador presta normalmente cuidados à esposa ou existe algum grau de parentesco entre ele e a pessoa dependente (Wackerbarth & Johnson, 2002).

A prestação de cuidados introduz o indivíduo num contexto complexo em constante mudança, provoca desequilíbrio na interação com o meio ambiente, nos processos de saúde e de doença, sendo determinante na capacidade de resolução dos problemas, incluindo os sistemas sociais, a família, a cultura e o contexto social (Abreu, 2008). Esta instabilidade não favorece o seu autocuidado e o seu bem-estar. As consequências do ato de cuidar conduzem a alterações na vida e no bem-estar dos cuidadores informais e familiares dos idosos dependentes, provocando perturbações na gestão de emoções, tanto para o cuidador como para o indivíduo doente. Daí resulta a necessidade de todos os que circundam o cuidador informal, nomeadamente os profissionais de saúde, familiares e amigos, de se

preocuparem com a saúde do cuidador. Somente desta forma é possível prevenir o impacto emocional negativo e a sobrecarga que podem afetar as suas vidas (Sequeira, 2013), pois deles dependem doentes a seu cargo, bem com a sua permanência na comunidade.

É neste contexto que surge o interesse em estudar as emoções expressas por parte do cuidador. Os indivíduos buscam inconscientemente um equilíbrio pessoal, que nem sempre é conseguido. A articulação entre a tarefa de cuidador informal com outras tarefas diárias, despertam nestas pessoas emoções que devem ser analisadas.

Izard (2006 in Izard, 2009) conta que muitos investigadores, não encontrando uma definição consensual para o termo “*emoção*”, tendem a concordar que as emoções têm um conjunto limitado de componentes e características. As influências das emoções decorrentes da prestação de cuidados são abordadas por alguns investigadores que as consideram como o principal sistema motivacional do ser humano. As emoções são geradas como uma motivação para a cognição e para o comportamento, sendo encaradas como o motor do desenvolvimento humano que faculta o funcionamento e a organização dos vários sistemas do organismo (Izard, 1991). Os contributos de Izard e Malatesta (1987), Malatesta-Magai e Izard (1991) e as referências teóricas da Teoria das Emoções Diferenciadas (Izard, 1971, 1977, 1991) têm sido essenciais para o conhecimento do desenvolvimento emocional, cognitivo e da linguagem.

A Teoria das Emoções Diferenciadas constitui-se como uma forte teoria da biologia das emoções. Izard (1991) defende que existem 11 emoções fundamentais: Interesse, Alegria, Surpresa, Cólera, Nojo, Desprezo, Medo, Angústia, Vergonha, Culpa e Tristeza. Estas emoções dividem-se em emoções negativas e positivas.

No âmbito desta investigação, selecionaram-se cuidadores informais que apoiam idosos no domicílio, estudaram-se os casos que iam ao encontro dos objetivos do estudo, recolhendo os dados no seu meio natural. Desta forma, entre 2011 e 2013, procurou-se, de forma intencional, valorizar a dimensão do cuidar em contexto domiciliário.

A pertinência do nosso estudo vai ao encontro de uma população que nos é conhecida, nomeadamente os cuidadores informais de idosos dependentes. Esta investigação foi desenvolvida no sentido de permitir compreender um conjunto de fatores que podem interferir na prática diária de cuidados aos idosos dependentes, nomeadamente no conhecimento do seu perfil, dos papéis que cada cuidador assume, nos problemas,

dificuldades e impacto que a prestação de cuidados provoca nos cuidadores enquanto seres humanos. Adicionalmente, fornece informações relevantes para os profissionais de saúde que colaboram no âmbito das transições, permitindo destacar as emoções que despoletam, bem como compreender a forma como podem influenciar na sua gestão, no sentido de proporcionar ao cuidador informal e ao idoso uma melhor qualidade de vida e bem-estar. Neste contexto o profissional de saúde deverá acompanhar as experiências decorrentes da prestação de cuidados, formando e informando os cuidadores e idosos, auxiliando a implementar estratégias de superação das emoções negativas e da sobrecarga decorrente desta atividade, supervisionando todas as intervenções do cuidador, ajudando a conferir mudanças, com o objetivo máximo da melhoria dos cuidados ao idoso e aumento da qualidade de vida do cuidador.

Foi neste enquadramento que optámos por conduzir o nosso estudo e formular as seguintes questões de investigação:

- a) Qual o impacto do desempenho do papel do cuidador informal ao nível da gestão do regime terapêutico, do autocuidado, da satisfação e da gestão das emoções?
- b) Quais as necessidades de formação e supervisão sentidas pelos cuidadores informais, tendo em vista o desempenho do seu papel e a preservação da sua própria saúde?

Em conformidade com as questões de investigação, surgem os objetivos do nosso estudo:

- a) Conhecer o perfil dos cuidados informais dos idosos dependentes;
- b) Caracterizar os papéis que assumem os CI no apoio aos idosos dependentes;
- c) Analisar a forma como o CI intervém junto do idoso dependente, nomeadamente na identificação dos problemas físicos e emocionais;
- d) Caracterizar a pessoa cuidada, no que se refere à dependência do autocuidado e gestão do regime terapêutico através da visão do CI;
- e) Analisar o impacto da prestação de cuidados no quotidiano do CI;

- f) Avaliar a expectativa dos CI face ao tipo da colaboração que esperam receber dos profissionais de saúde;
- g) Avaliar a forma como as problemáticas decorrentes da prestação de cuidados interferem no quotidiano do CI, em particular ao nível da gestão das suas emoções.

As finalidades do nosso estudo de investigação são:

- a) Compreender de que forma o profissional de saúde poderá contribuir na gestão das emoções do CI;
- b) Compreender o exercício quotidiano do CI de pessoas idosas dependentes, designadamente o impacto que o processo tem para a sua própria saúde e gestão das emoções;
- c) Definir estratégias formação/supervisão passíveis, tendo em vista uma gestão eficaz das emoções do CI.

As questões iniciais, os objetivos desta investigação, bem como o objeto de estudo implicam a opção por um paradigma misto (quantitativo e qualitativo), tendo por base um estudo de caso. Trata-se de uma aproximação ao estudo de caso único (Yin, 2005; Bogdan & Biklen, 1994), uma vez que é centrado no estudo de um contexto informal de cuidados particulares.

Tendo em conta os propósitos do cuidar, a organização da investigação foi dividida em duas partes que se complementam mutuamente: uma primeira parte onde se incluem os conceitos teóricos que suportam o estudo, e uma segunda parte referente ao estudo empírico. Deste modo, o presente estudo está organizado em capítulos cujos temas centrais se apresentam de seguida.

No 1.º capítulo aborda-se a “A sociedade e o envelhecimento”. Uma das intenções deste estudo foi desembrulhar o conceito de envelhecimento num contexto biocultural, indagando as mudanças decorrentes da sociedade atual, e que se refletem no processo do envelhecimento. Neste capítulo aborda-se a relação entre o envelhecimento e o grau de dependência dos idosos, incidindo também nas problemáticas sociodemográficas do envelhecimento. Para este fim, realizou-se uma retrospectiva histórica das diferentes

concepções das teorias do envelhecimento, incidindo particularmente nas teorias do Envelhecimento Biológico e teorias do Envelhecimento Psicossocial, pois demonstraram ser as que mais se enquadravam neste estudo. Deste modo, percorre-se um caminho sobre a abordagem Sócio Clínica do Envelhecimento, com especial atenção na dependência do autocuidado do idoso, e na gestão e adesão do regime terapêutico.

O 2º capítulo incide sobre o cuidar e os cuidadores de idosos dependentes. Neste contexto, revisitam-se as concepções sobre o cuidar e o cuidador que estão presentes ao longo da investigação. O investigador reflete sobre o perfil e o papel dos cuidadores informais; debatem-se os motivos que levam à assunção do papel de cuidador informal; a forma como podem efetuar a transição para o papel de cuidador; analisam-se as repercussões associadas ao cuidar; as estratégias facilitadoras no papel de cuidador informal; e, por último, abordam-se os processos formativos com recurso a programas psicoeducativos, e os processos de supervisão implicados na prática clínica dos enfermeiros de saúde comunitária.

No 3º capítulo promove-se uma análise e reflexão das emoções decorrentes do cuidado, com o objetivo de compreender este fenómeno, abordam-se as emoções tendo em conta a disposição para o cuidado, revê-se o conceito e significado de emoção, incidindo particularmente na Teoria das Emoções Diferenciadas, defendida por Izard (1991). As contribuições das influências das emoções, bem como a importância das emoções no cuidar e as suas implicações para a investigação, também foram salvaguardadas nesta investigação.

No 4º capítulo descreve-se o estudo empírico, onde se esclarecem as opções metodológicas da investigação, apresentam-se as questões iniciais da investigação e respetivos objetivos. O paradigma de investigação é salientado, com a utilização da abordagem quantitativa e qualitativa, e justifica-se a utilização conjunta dos dois paradigmas (metodologia mista). A amostra do estudo, o local do estudo e o seu acesso, bem como a caracterização da área de abrangência e da população inscrita na Unidade de Saúde Familiar Ao Encontro da Saúde é aqui enquadrada. É ainda nesta seção que se descrevem as técnicas de recolha de informação: Índice de Barthel; COPE-CUIDE; Questionário de avaliação das Emoções (QAE); entrevista semi-estruturada, definindo alguns cuidados na construção do seu guião, assim como na sua aplicação, principalmente

no que diz respeito à investigação com cuidadores informais. Aborda-se ainda o modo de investigação, sendo que neste estudo optou-se pelo estudo de caso. Incide-se sobre os contributos da análise de conteúdo, definem-se os procedimentos da recolha e tratamento da informação utilizados, e por fim, retratam-se os princípios éticos presentes neste trabalho de investigação.

No 5º capítulo efetua-se uma apresentação dos resultados, sendo que os resultados quantitativos foram apresentados sob a forma de gráficos e tabelas obtidos com o auxílio do SPSS. Com o intuito de trabalhar os dados qualitativos, utilizou-se o método da análise de conteúdo das entrevistas efetuadas aos cuidadores informais da investigação.

No 6º capítulo realiza-se uma análise e discussão dos resultados obtidos neste estudo, efetuando um enquadramento com os dados descritos na literatura atual. Uma vez que os instrumentos utilizados nesta investigação forneceram um vasto leque de informações, neste capítulo procurou-se efetuar uma triangulação dos mesmos, de forma poder extrair o máximo de informação útil possível.

Por fim, apresentam-se as conclusões que incidem num conjunto de considerações, sínteses, resultados, sugestões e implicações para a prática de enfermagem, sugeridas ao longo da investigação realizada e à luz do quadro concetual apresentado e discutido. Seguem-se as referências bibliográficas, que podem ser úteis aos leitores interessados em aprofundar esta temática, ou apenas para dar a conhecer pormenores do estudo de determinado autor. Poderá constituir-se como uma ajuda na construção do estado da arte de alguns tópicos apresentados.

Parte I

Envelhecimento, cuidar, cuidadores e emoções

1- Sociedade e envelhecimento

Até ao início do século XX, predominavam os estudos nas faixas etárias da infância e adolescência, sendo ainda possível encontrar alguns estudos comparativos entre grupos de adultos e idosos, o que resultava na vinculação do envelhecimento a perdas e involução no desenvolvimento. O início da mudança de pensamento em relação ao envelhecimento e às suas características e impacto na sociedade iniciou-se em 1903, com Elie Metchnikoff, que enfatizou a importância da Gerontologia no campo da saúde. Efetivamente, só em meados do século XX é que foi possível examinar a heterogeneidade no processo de envelhecimento graças aos estudos longitudinais e de coorte sequencial (Cupertino, Rosa & Ribeiro, 2007).

A Ordem dos Enfermeiros defende a necessidade dos idosos procurarem a sua independência, discutindo e elaborando planos na organização da sua vida, assim como da necessidade das famílias participarem neste processo. No sentido de ajudar estas personagens, surgem na linha da frente os Enfermeiros. Estes colaboram na identificação das dificuldades, treinando, educando e valorizando o empenho e a sobrecarga a que estão sujeitos, realçando a importância do escutar, na relação de ajuda.

Nos últimos anos, a consciencialização para o envelhecimento da população mundial tem vindo a crescer, de tal modo que atualmente se fala do envelhecimento das sociedades. De facto, a temática do envelhecimento tem originado múltiplos debates numa tentativa de encontrar uma solução rápida e eficaz para um problema que é cada vez mais significativo, preocupante e delicado. É necessário enquadrar os idosos numa sociedade ativa, ou seja, é necessário desenvolver mecanismos para que os idosos possam desempenhar um papel mais pró-ativo.

1.1- O fenómeno do envelhecimento: perspectiva biocultural

A entrada no século XX foi acompanhada por inúmeros avanços em todas as áreas da ciência. Duas das áreas que mais evoluíram, podendo mesmo dizer-se que sofreram avanços ímpares, foram: a farmácia e a medicina. Os desenvolvimentos tecnológicos permitiram o desenvolvimento de fármacos mais específicos e direcionados. Esta evolução,

em conjunto com as novas tecnologias aplicadas à medicina, permitiram uma melhoria significativa na prática clínica. Efetivamente, o século XX foi o grande palco evolutivo, culminando numa melhoria não só da qualidade de vida das populações, como também do nível de esperança média de vida. De certo modo, pode dizer-se que estas melhorias foram acompanhadas de consequências que só agora são devidamente avaliadas. De facto, a melhoria da qualidade de vida e da esperança média dos seres humanos levou ao declínio da mortalidade. Curiosamente, este fenómeno foi acompanhado pelo decréscimo da fecundidade, pela extinção do chamado período do *baby boom* cujo resultado final foi um aumento drástico do envelhecimento demográfico, no mundo desenvolvido em geral, e na Europa em particular (Figueiredo, 2007).

Este envelhecimento, considerado rápido nos países em desenvolvimento, é acompanhado por mudanças dramáticas na estrutura e funções da família, bem como do trabalho e padrões da migração. Urbanização e migração dos jovens do campo para as grandes cidades na procura de novas oportunidades de emprego e novos afazeres diários provocaram o aparecimento de famílias menores, com um aumento do número de mulheres no mercado de trabalho, significando menos pessoas para tratar dos mais velhos que necessitam de cuidados. A entrada num mundo industrializado e a independência das mulheres que começaram neste século a ter um papel mais ativo fora do ambiente doméstico poderá estar na origem de um decréscimo da natalidade. Adicionalmente, este século foi marcado por um período de introspeção, onde as pessoas se fechavam mais em si mesma e iam perdendo o espírito de comunidade.

O envelhecimento é um processo progressivo que ocorre em todos os organismos vivos, iniciando-se no momento do nascimento. De uma forma geral é possível dizer que o envelhecimento ocorre ao longo de um determinado período de tempo e que culmina com a morte (Moniz, 2003). É um acontecimento gradual, pausado, sem sintomas, pelo que se envelhece mesmo sem se aperceber (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Imaginário, 2004). Este tema tem vindo a ganhar mais relevância à medida que a população está cada vez mais consciencializada para a problemática do envelhecimento das populações. De facto, até já se encontraram evidências científicas que suportam a teoria de que alguns genes adiam o envelhecimento. Este estudo foi efetuado por Klass nos anos oitenta, que relata ter encontrado alguns genes de longa duração (Blagosklonny, Campisi, & Sinclair, 2009).

Portugal, como muitos dos países europeus, está a envelhecer. Diversos indicadores mostram que alguns países da zona euro apresentam uma proporção da população com idade igual ou superior a 65 anos a aumentar de forma gradual (COM, 2002). Um dos países europeus com uma população mais envelhecida é a Itália, com 24% de população idosa. No entanto, muitos outros países europeus têm índices muito semelhantes aos da Itália, como é o caso da Alemanha e da Espanha (WHO, 2004). Segundo fonte do Instituto Nacional de Estatística (INE), até 2050 haverá um crescimento da população idosa portuguesa. De acordo com estes dados, até 2050 existirão cerca de 3 idosos por cada jovem e, em 2060, o peso relativo da população com 65 ou mais anos será de 32,3%, contrariando deste modo os 17,4% de representativos em 2008. Este aumento substancial tem em atenção a elevada tendência do aumento da população mais idosa, ou seja, aquela com mais de 80 anos de idade que passará dos 4,2% em 2008 para valores compreendidos entre os 12,7-15,8% em 2060 (INE, 2009).

É extremamente difícil definir os idosos como um grupo distinto e identificar as suas características específicas e comuns. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o envelhecimento

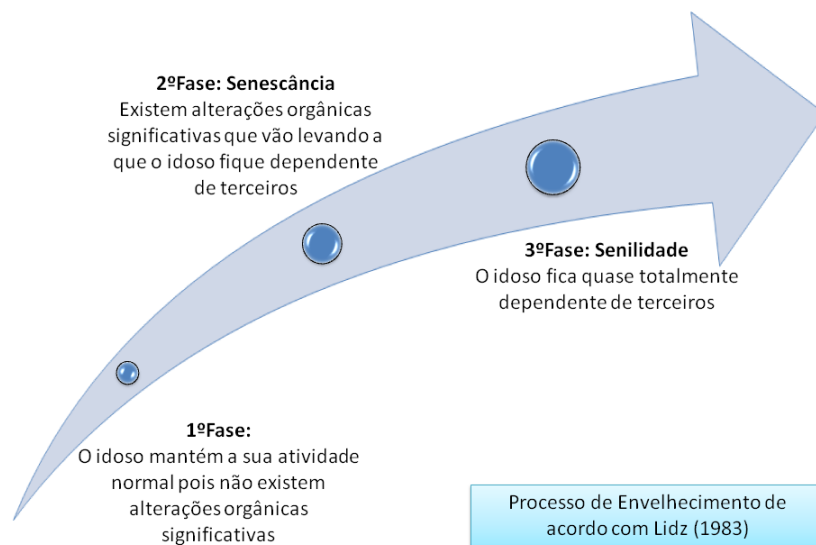
“é um tipo de desenvolvimento físico com as características específicas: processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, desde a idade adulta até à velhice, aproximadamente de acordo com a idade e estádios de crescimento e desenvolvimento, acompanhada por declínio dos processos corporais devida à diminuição da capacidade de regeneração das células, perda de massa e coordenação muscular e das competências psicomotoras, perda de pelos, pela fina e enrugada” (ICN, 2002).

No entanto, não existe uma definição de envelhecimento única e consensual. Os diversos autores que versam sobre a temática têm uma definição própria. De seguida, serão apresentadas algumas das definições de envelhecimento mais comuns.

Para Lidz (1983), o envelhecimento decorre em três fases contínuas (Figura 1), podendo o idoso não atingir todas as etapas, ou por outro lado atingi-las todas ao mesmo tempo. De acordo com este autor, na primeira fase não existem muitas alterações orgânicas, pois o indivíduo ainda é capaz de satisfazer as suas próprias necessidades. A segunda fase, que se designa por Senescência, ocorre quando o indivíduo sofre alterações a nível físico, entre outras, que o levam a confiar em outras pessoas para aumentar o seu

bem-estar e a sua qualidade de vida. Por último, temos a terceira fase, a Senilidade, em que o cérebro deixa de exercer a sua função como órgão de adaptação, o que resulta numa quase total dependência do indivíduo de terceiros.

Figura 1 - Representação esquemática da definição de envelhecimento de Lidz



Por outro lado, Meier-Ruge (1988) defende que a imagem das pessoas idosas é profundamente vincada pelos meios sociais, onde estes transparecem como pessoas frágeis, solitárias e pobres. No entanto, é necessário combater esta visão que a sociedade está a criar dos idosos. De facto, esta autora defende que os idosos não são um problema, e que muito embora estes sejam frequentemente vítimas de discriminação e estereótipos, que contribuem para o seu isolamento, eles ainda podem ter um contributo importante para a sociedade.

À semelhança de Baltes e Baltes (1990), que indicam existir uma multidimensionalidade no processo de envelhecimento, devendo este ser percecionado como tal, Berger e Mailloux-Poirier (1995, p. 145) definem o conceito de envelhecimento como um *“processo multidimensional que comporta mecanismos de reparação e de destruição desencadeados ou interrompidos em momentos e a ritmos diferentes para cada ser humano... não é possível parar, nem inverter o processo do envelhecimento”*.

De acordo com Pelzer e Sandri (2002), o indivíduo considerado idoso está em constante modificação, podendo ainda experimentar novas coisas, trabalhar, e, de uma forma global, afirma-se que pode continuar a viver. Por outro lado, o envelhecimento é visto por muitos, como uma fase de declínio, em que são poucos os benefícios a desfrutar (Caldas *et al.*, 2003).

Em suma, as definições de envelhecimento e de idoso variam de autor para autor, no entanto, parecem surgir duas vertentes que englobam a maioria das opiniões. O envelhecimento é um processo dinâmico e contínuo, podendo o idoso ser percebido como o fim de uma vida, um encargo para a sociedade ou, em alternativa, o idoso pode ser visto como alguém sábio, com conhecimentos únicos e que ainda pode dar *inputs* essenciais à sociedade.

Numa tentativa de homogeneização da definição de idoso, vários organismos, instituições e investigadores aceitam o aparecimento da velhice entre os 60 e os 65 anos (Paúl, 2005; Sequeira, 2007; Spar La Rue, 2005; WHO, 2002). Embora a idade tenha deixado de ser um indicador estanque na definição do início da idade da velhice, muitos outros indicadores influenciam a transição da idade adulta para a velhice (Paúl, 2005).

O aumento da esperança média de vida e o conseqüente envelhecimento da população, evidenciam novos desafios para o setor da saúde e da prestação de cuidados. Em relação ao setor da saúde, é importante proporcionar à população idosa um envelhecimento saudável. Por sua vez, relativamente à prestação de cuidados, verifica-se uma necessidade cada vez mais premente, na medida em que com o avançar da idade, o aparecimento de um maior número de doenças, o aumento do índice de dependência e, conseqüentemente, o aumento da necessidade de cuidados formais e informais eleva esta questão a algo de fundamental em todas as sociedades (Sequeira, 2007).

Envelhecer é simplesmente trilhar uma etapa de vida, que deve ser vivida de forma mais positiva, saudável e feliz. Assim sendo, devem ser reunidos esforços por parte da família, comunidade, prestadores de cuidados formais e informais, entre outros, com o objetivo de proporcionar um envelhecimento ativo. É fundamental proporcionar aos idosos uma velhice bem-sucedida, ou seja, devemos promover aos idosos qualidade de vida, estando esta intimamente ligada à saúde, uma vez que existe uma correlação extremamente elevada entre a saúde, a autonomia e a independência do idoso (DGS, 2004).

Deste modo, é possível dizer-se que a abordagem ao conceito de envelhecimento pode ser efetuada segundo duas perspetivas: a primeira, que se refere ao processo individual associado a um aumento da esperança média de vida; e a segunda, que diz respeito ao envelhecimento demográfico (INE, 2002).

A Comissão Europeia, assim como as Nações Unidas, consideram de extrema relevância a necessidade de uma consciencialização global do crescente número de idosos. Segundo as projeções das Nações Unidas para os países desenvolvidos, estima-se que, em 2050, teremos 60 idosos dependentes por cada 100 pessoas em idade ativa, o que equivale a um aumento na ordem dos 100%. Isto representa um monumental desafio para a sociedade, que neste contexto necessita de respostas assertivas. As políticas futuras, que venham a ter em consideração os desafios associados ao envelhecimento da população, devem ser preparadas agora (INE, 2012).

O crescimento populacional entre os idosos é sinónimo de algumas conquistas ao nível da tecnologia e da medicina, pois foi a grande evolução nestas áreas, associadas a uma melhoria geral das condições de vida, que possibilitaram diagnosticar, prevenir e tratar muitas patologias consideradas comumente como fatais, levando a um aumento significativo da esperança média de vida. No entanto, com o aumento da população mais idosa será necessário que as nossas sociedades garantam um enquadramento adequado para esta população, bem como a sua sustentabilidade social e económica num mundo envelhecido.

As políticas no domínio do envelhecimento devem adotar uma abordagem baseada numa longevidade crescente das pessoas e alargada a todos os grupos sociais (Imaginário, 2004). Segundo Gavigan (1999), o envelhecimento da população ativa provocará importantes alterações em termos de adequação dos perfis de conhecimentos, de competências e da aprendizagem dos trabalhadores. Desta forma, verificar-se-á um aumento das dificuldades no processo de “*renovação geracional*”, no que diz respeito principalmente aos conhecimentos e competências (INE, 2002).

O envelhecimento da população portuguesa constitui-se, assim, como um dos principais desafios para a sociedade do século XXI. A estrutura demográfica e social portuguesa sofreu uma profunda alteração, que irá exigir das próximas gerações novas

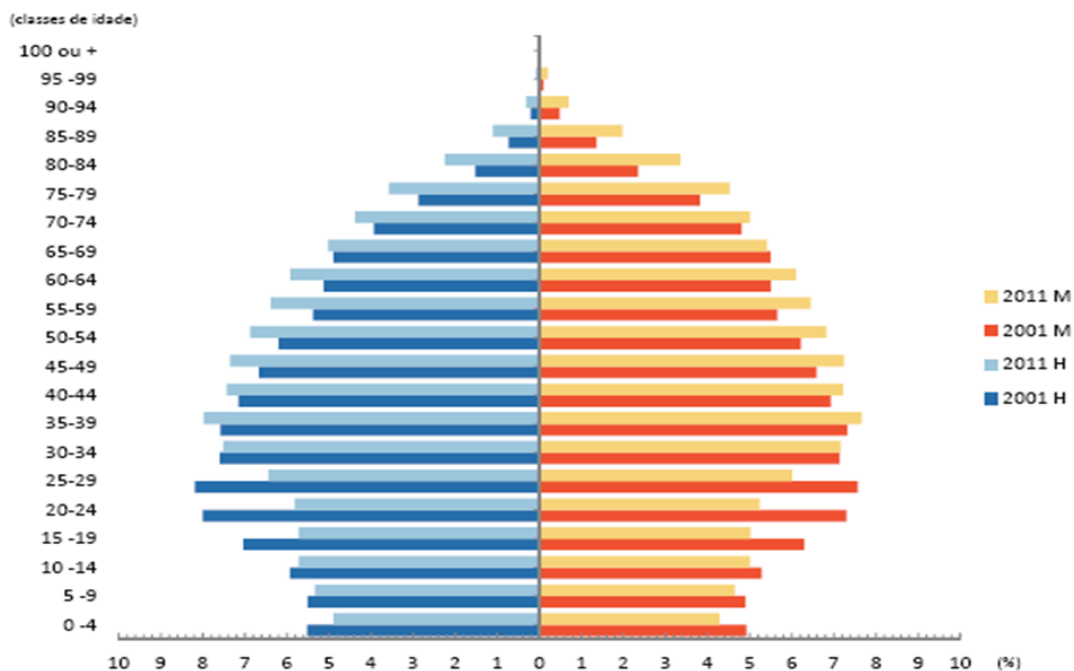
formas de encarar o envelhecimento, bem como novas soluções que terão de ser encontradas e colocadas em prática.

Os indicadores demográficos referentes aos últimos CENSOS 2011 sublinham as principais tendências demográficas observadas nos últimos anos em Portugal: o abrandamento do crescimento populacional da última década e o envelhecimento populacional (INE, 2012). A mesma fonte revela que a população residente em Portugal foi estimada no ano de 2011 em 10 356 117 indivíduos, porém verifica-se que na última década o ritmo de crescimento da população continua a abrandar. As regiões do Alentejo e Centro, por exemplo, têm vindo a perder consecutivamente população. Por outro lado, as regiões do Algarve, Madeira, Açores e Lisboa apresentam um saldo demográfico positivo, enquanto a região Norte mantém praticamente a mesma população da última década.

O envelhecimento da população portuguesa acentuou-se na última década. De facto, verifica-se uma perda substancial de população na faixa etária dos 0-29 anos. Por outro lado, o grupo etário entre os 30-69 evidenciou um crescimento de 9%, sendo que o maior crescimento populacional se centra na faixa etária superior aos 69 anos, onde o aumento foi de cerca de 26%. Efetivamente, comparando os anos de 2001 e 2011 verifica-se que a população entre os 30-69 anos aumentou de 51% para 54%, enquanto a faixa etária acima dos 70 anos passou dos 11% em 2001 para os 14% em 2011. Estes valores são representativos dos desequilíbrios das estruturas etárias nesta última década, verificando-se uma diminuição da base da pirâmide (Figura 2), o que corresponde à população jovem e o alargamento do topo com o crescimento da população idosa (INE, 2012a).

A pirâmide etária da população portuguesa tem vindo a sofrer alterações devido a uma inversão demográfica, no interior do grupo das diversas faixas etárias, verificando-se um envelhecimento da população duplo, ou seja, um envelhecimento na base da pirâmide, devido à diminuição dos níveis de fecundidade e envelhecimento do topo (alargamento do topo da pirâmide), devido à diminuição da mortalidade (Costa, 2002).

Figura 2 - Representação gráfica da estrutura etária da população por sexo, 2001 e 2011



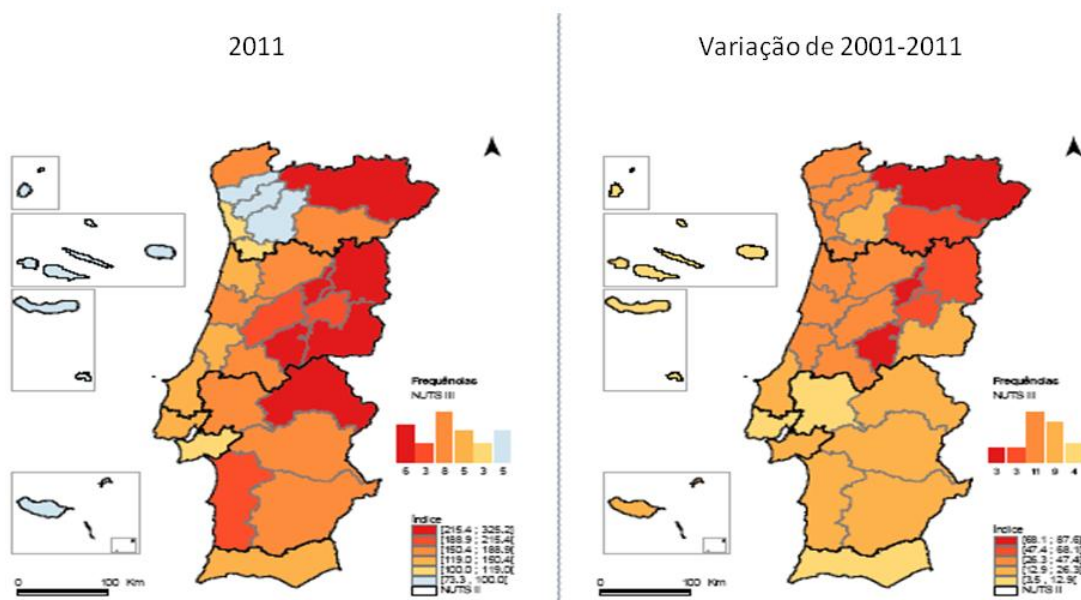
Efetivamente, a população idosa portuguesa apresenta uma tendência crescente, tal como se pode observar pelos dados do INE (2012) que se encontram resumidos no Quadro 1. De tal modo, que de acordo com o INE (2012), a manterem-se as atuais tendências, a população com 65 ou mais anos representará, em 2050, cerca de um terço do total da população portuguesa.

Quadro 1 - Demonstração da variação número de indivíduos ao longo do tempo

Ano	Número de indivíduos idosos ao longo do tempo
1960	708 570
2001	1 702 120
2011	2 010 064

Costa (2002) referiu que o envelhecimento demográfico em Portugal era díspar, pois observa-se uma região Litoral pouco envelhecida; uma região intermédia envelhecida entre o Litoral e o Interior; e uma região Interior muito envelhecida. No entanto, e segundo os últimos CENSOS, o fenómeno do envelhecimento deixou de ser localizado (Figura 3) na sua grande maioria no Interior e passou a dissipar-se por todo o território português.

Figura 3 - Representação gráfica do envelhecimento da população nas diferentes regiões portuguesas, 2001 e 2011



O aumento da longevidade contribuiu para um envelhecimento ao nível do topo da pirâmide (Quadro 2). Em 2011, o índice de envelhecimento agravou-se para 128 (102 em 2001), o que significa que por cada 100 jovens há 128 idosos.

Quadro 2 – Demonstração do índice de envelhecimento por sexo, 2001 e 2011

Índice de Envelhecimento	2001			2011		
	Total	H	M	Total	H	M
Portugal	102,23	83,56	121,78	127,84	104,77	151,98

Em concordância com o aumento da esperança média de vida surge o índice de longevidade (Quadro 3), que demonstra um aumento de 39 em 1991, 41 em 2001 para 48 em 2011 (INE, 2012a).

Quadro 3 - Demonstração do índice de longevidade por sexo, 2001 e 2011

Índice de Longevidade	2001			2011		
	Total	H	M	Total	H	M
Portugal	41,42	37,55	44,05	47,86	43,79	50,79

Entre 1900 e 2010, a população residente em Portugal quase duplicou, mas este crescimento não tem sido constante. Devido a efeitos como a Primeira Guerra Mundial, a gripe pneumónica e fortes movimentos emigratórios, o crescimento da população desacelerou. De facto, só a partir de 1974, ano em que Portugal recebeu população regressada das ex-colónias é que se verificou um aumento significativo da população residente. Os anos noventa e os primeiros anos do século XXI verificaram um contínuo aumento da população ativa, por consequência de fluxos migratórios, e aumento da população idosa (65 ou mais anos) (INE, 2012b).

1.2- Relação entre o envelhecimento e o grau de dependência

A velhice e dependência transportam a discussão para a condição do idoso de transitar da condição de assistente para assistido. Verifica-se atualmente, por exemplo, que as pessoas com mais de 65 anos têm pelo menos uma doença crónica e vários problemas concomitantes, proliferando, assim, situações de dependência a terceiros, maioritariamente uma mulher da família, cujo esforço e interesse são essenciais para manter o idoso com o máximo de bem-estar e qualidade de vida (Lopes, 2007).

No início deste milénio deparámo-nos com um determinado contexto, caracterizado pelo envelhecimento demográfico, transversal às sociedades ditas desenvolvidas e do qual Portugal não é alheio. O índice de dependência total, ou seja, o número de jovens (indivíduos dos 0-14 anos) conjuntamente com o número de idosos (com 65 ou mais anos) em cada 100 indivíduos em idade ativa (15-64 anos), aumentou de 48,6% em 2005 para

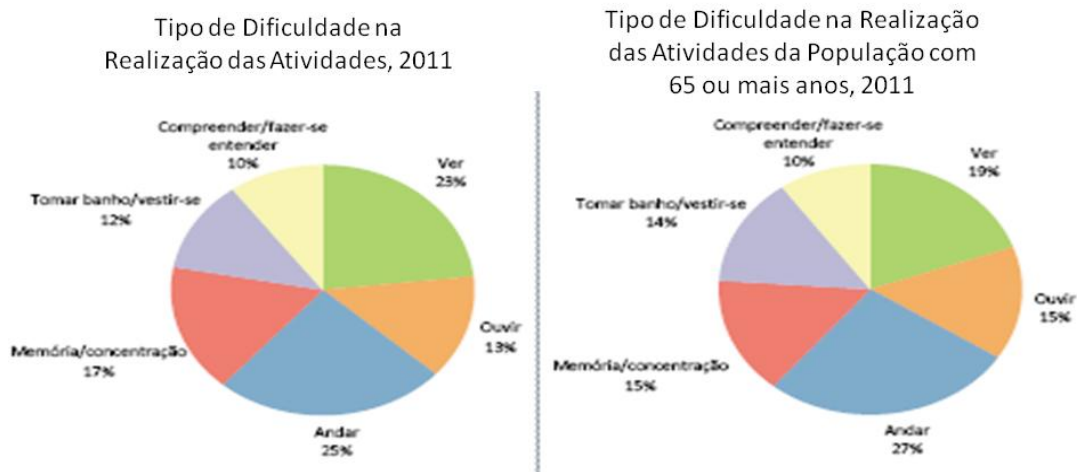
49,9% em 2010. Este valor resulta de dois acontecimentos contrários neste período de tempo: uma diminuição, ainda que ligeira, do índice de dependência de jovens (número de jovens em cada 100 indivíduos em idade ativa) de 23,1% para 22,7%, e um agravamento do índice de dependência de idosos (número de idosos em cada 100 indivíduos em idade ativa) de 25,4% para 27,2% (INE, 2012b). Por outro lado, a mesma fonte constatou que ocorreu um aumento da proporção da população idosa concomitantemente com o decréscimo da população em idade ativa, o que resulta num agravamento do índice de dependência dos idosos.

As respostas à dependência baseadas nestes conceitos residem na assistência às atividades da vida diária, no entanto, estas respostas não contemplam a dependência económica e efetiva. Estes factos levam a refletir sobre a necessidade de descobrir novas respostas por parte do Estado e da sociedade civil, para se poder manter a qualidade de vida dos idosos em situação de dependência. Estas soluções só farão sentido se forem recrutados os recursos existentes na comunidade, nomeadamente os cuidados de saúde primários e os cuidados de longa duração (Lopes, 2007).

É também, precisamente no contexto de situação de dependência, que é necessário uma reorganização social e familiar, de forma a permitir encontrar respostas, garantindo desta forma a continuidade dos cuidados. Desta forma, surgem as redes de apoio, que se poderão dividir de acordo com a natureza da sua estrutura, em redes de apoio formal e informal (Paúl, 1997).

Nos últimos CENSOS 2011 verificou-se que cerca de 17,8% da população com 65 ou mais anos de idade referiu ter muita dificuldade, ou não conseguir realizar, pelo menos 6 atividades diárias de forma independente (ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/vestir-se, compreender/fazer-se entender). Na população com 65 ou mais anos este indicador atinge os 50% (INE, 2012a), como se pode observar na Figura 4.

Figura 4 - Representação gráfica do tipo de dificuldades na realização das atividades da população portuguesa em 2011.



A dependência é caracterizada pelo comprometimento da autonomia, necessitando o indivíduo das mais variadas ajudas para realizar as atividades de vida diária. No entanto, verifica-se que não é só a incapacidade que cria dependência, mas o somatório da incapacidade com a necessidade, sendo o estado de incapacidade um processo dinâmico que pode alterar ao longo do tempo, podendo ser prevenido ou reduzido desde que se crie ambiente favorável a essas modificações (Caldas, 2003; DGS, 2004).

1.3- Problemáticas sociodemográficas do envelhecimento

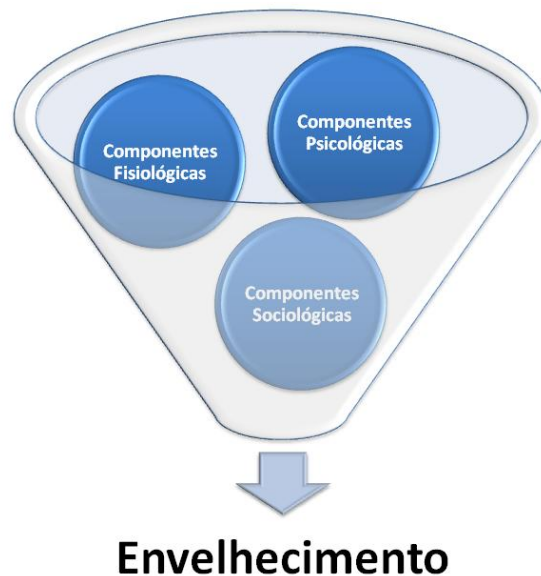
Segundo Shock (1985 citado por Paúl & Fonseca, 2005, p. 26), a

“problemática do envelhecimento é vista como um processo altamente individualizado que com o aumentar da idade aumentam as diferenças interindividuais de base, a taxa e a direção da maioria das funções e dos processos, resultando num padrão e maior variabilidade com a idade”,

pois com o passar dos anos o aumento das experiências provocam um acentuar de diferenças dos indivíduos, fazendo cada idoso um ser único.

O envelhecimento é caracterizado principalmente pela diminuição da capacidade de adaptação do organismo às alterações do meio ambiente, sendo que estas modificações acentuam-se com o avançar da idade e o aparecimento das doenças crónicas. A consciência do processo de envelhecimento parte do indivíduo ao compreender os aspetos holísticos e individuais, pois cada ser humano envelhece de forma diferente. Tal como se pode observar pelo diagrama representado na Figura 5, o envelhecimento caracteriza-se por um processo dinâmico com componentes fisiológicas, psicológicas e sociológicas (Imaginário, 2004).

Figura 5 - Representação esquemática dos componentes que caracterizam o processo de envelhecimento.



No limiar do século XXI com o aumento constante do número de idosos, verificar-se-á um aumento dos problemas económicos e demandas sociais em todos os países. Ao mesmo tempo, existirá um fornecimento precioso e ignorado de recursos para o tecido socioeconómico das nossas vidas. Estes fatores levantam grandes dúvidas para os decisores políticos, que tendem a questionar-se sobre se a existência de um menor número de pessoas adultas a trabalhar e respetivas implicações, uma vez que não temos conhecimento se este número será suficiente para responder adequadamente às necessidades deste crescente número de idosos. Adicionalmente, é necessário ter em conta os gastos com os

cuidados de saúde e o apoio social que está ao encargo do governo e se o número de jovens trabalhadores será suficiente para manter esta balança com um saldo positivo (WHO, 2004).

De facto, existe uma tendência para o aparecimento de doenças crónicas com o passar da idade. Este aumento da presença de doenças na população idosa tem aumentado ao longo do tempo. Um estudo holandês realizado por Christensen, Doblhammer, Rau e Vaupel (2010) demonstrou que doenças como a diabetes *mellitus*, asma, doenças cardíacas e da parte inferior das costas são as mais comuns entre os idosos. No entanto, hoje em dia, muitas drogas farmacológicas direcionadas para o envelhecimento estão disponíveis no mercado para tratar doenças relacionadas com a idade e outras previstas para retardar o envelhecimento (Blagosklonny, *et al.*, 2009) conduzindo a um consequente aumento do número de idosos, principalmente nos países desenvolvidos.

Várias doenças consideradas como não transmissíveis e crónicas (como as doenças cardíacas e o cancro) estão a assumir-se como as principais causas de morte e de invalidez (WHO, 2004). Para além dos problemas de saúde acima citados, outros podem surgir tais como: a depressão, o isolamento ou a solidão. Vários investigadores postulam que a solidão influencia diretamente a mortalidade e é atribuída uma relação entre a solidão e o isolamento social, comportamentos inconstantes e problemas de saúde (Gonçalves, 2006).

Uma investigação com idosos americanos demonstrou que a solidão tem consequências negativas para a saúde e que provoca um aumento da mortalidade. Neste trabalho científico verificou-se que tendo em conta as características sociodemográficas, as relações sociais e os comportamentos de saúde, os idosos com maiores níveis de solidão têm uma maior probabilidade de morrer dentro de 6 anos do que idosos com mais baixos índices de solidão (Luo, Hawkey, Waite, & Cacioppo, 2012).

Em consequência do grave problema que é a solidão vivida pelos idosos, surge a depressão que é uma das principais doenças que atingem os idosos e que foi assumida como um problema de saúde pública e nível mundial (Peña-Solano *et al.*, 2009). A depressão tardia, como é denominada pela Associação Psiquiátrica Americana, Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM-IV) e Classificação Internacional de Doenças (CID-10), refere-se a síndromes depressivos que surgem em adultos com mais de 65 anos de idade, afetando principalmente idosos com doenças crónicas, alterações cognitivas e com

deficiências (Alexopoulos, 2005). A depressão pode ter várias causas, tais como: a quebra do poder económico, a desvalorização do papel de cada indivíduo na sociedade, a perda de pessoas queridas, entre outras, afetando o modo de viver do indivíduo, podendo até abrandar o seu desejo de viver, o que em casos graves pode gerar ideias de suicídio (Peña-Solano, *et al.*, 2009).

Relativamente ao isolamento e à solidão, temos que os distinguir, uma vez que constituem problemáticas diferentes. O isolamento refere-se a situações em que os idosos se encontram afastados do ambiente familiar, do trabalho (através da entrada na idade da reforma), residência em meio rural, carências económicas, baixo grau de escolaridade, viverem completamente sós, entre outras. Ou seja, o isolamento implica um certo afastamento, voluntário ou não, do idoso relativamente ao que o rodeia, nomeadamente ao nível do seu ambiente familiar e social. O isolamento social é considerado um fator de risco para a morbilidade e a mortalidade (Luo, *et al.*, 2012). Não é sinónimo de solidão, esta não implica isolamento, pois o idoso pode viver rodeado de várias pessoas, familiares ou não, pode frequentar atividades lúdicas com outros indivíduos, estar comprometido com uma sociedade que o rodeia e sentir-se completamente só. Muitos investigadores têm feito esforços no sentido de definir solidão. Neto (2000) defende que para a maioria dos indivíduos a palavra solidão tem um sentido muito intuitivo, mas sustenta a ideia que todas as definições têm três aspetos em comum, para este investigador e citando Peplau e Perman (1982), a solidão é uma experiência subjetiva não estando diretamente relacionada com o isolamento efetivo. Trata-se de uma experiência psicologicamente repugnante e, por fim, a solidão resulta de uma forma de relacionamento imperfeito.

A sociedade atual tem dificuldade em lidar socialmente com os idosos, tornando-se complicado o relacionamento com os indivíduos em geral, o que os expõe à exclusão social, denominação que engloba um processo multidimensional. Os idosos traduzem muitas vezes a falta de recursos, essencialmente económicos, no entanto a exclusão não é meramente económica, mas também da representação que a sociedade tem destas pessoas.

O Estado Português tem assumido um papel mais ativo e interventor, através do apoio à criação de diversos serviços e equipamentos destinados à população idosa. Desta forma, o governo português tornou-se impulsionador do bem-estar social e da qualidade de vida do idoso, com o objetivo primordial de melhorar as condições de vida destas pessoas,

principalmente daquelas cujas redes de solidariedade primárias são inexistentes ou ineficientes, surgindo assim um conjunto de serviços e equipamentos diversificados (DGS, 2004).

Segundo o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, é necessário pensar no envelhecimento de forma mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, atenuar as incapacidades, com uma maior atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, aglomerando a comunidade, numa partilha responsável. O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o maior tempo possível. Para que tal seja possível, é necessário uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e apoio social às novas realidades sociais e familiares. É necessário que estes sejam sensibilizados para acompanhar o envelhecimento individual e demográfico e ajustar o ambiente às fragilidades que mais frequentemente acompanham a idade avançada (DGS, 2004). Nesse sentido, é necessário reforçar o conhecimento dos cuidadores sobre as características individuais do envelhecimento e das teorias que se encontram por detrás das mesmas.

1.4- Teorias do envelhecimento

A necessidade de explicar o envelhecimento à luz das várias teorias implica explicar o envelhecimento à luz de um processo biológico, psicológico e social que abrange o ser humano na totalidade da sua existência. Vários investigadores tentam demonstrar o processo do envelhecimento segundo as suas teorias mas, nenhuma delas foi totalmente comprovada. Desta forma, podemos extrair de cada uma delas pequenos fragmentos para justificarem alterações decorrentes do envelhecimento, como poderemos observar de seguida.

Embora o envelhecimento seja um fenómeno mundialmente conhecido pelos biólogos, nenhuma das definições está cientificamente comprovada e aceite (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). O envelhecimento biológico é geralmente caracterizado pelas transformações letais que diminuem a probabilidade de sobrevivência dos indivíduos ao

longo do tempo, ocorrendo a diminuição da capacidade biológica de autorregulação, reparação e adaptação às transformações do meio ambiente (Quadro 4) (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Birren & Zarit, 1985). Estas alterações manifestam-se de diversas formas nos vários sistemas biológicos.

Quadro 4 – Alterações funcionais biológicas do envelhecimento

Sistema Biológico	Características
Sistema Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menor eficácia do coração, com o endurecimento e o estreitamento das artérias, o que implica uma redução da capacidade cardíaca; ▪ Ritmo cardíaco semelhante, exceto em períodos de repouso, pois o número total de batimentos, por vezes, diminui; ▪ Pulso dos idosos é mais nítido e fácil de perceber, pelo endurecimento da parede arterial.
Sistema respiratório	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perda elasticidade e permeabilidade dos tecidos, reduzido a taxa de oxigénio no sangue; ▪ Possibilidade de enfisema e bronquite senil, atrofia e rigidez pulmonar, surgem muitas vezes na velhice.
Sistema Renal e Urinário	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuição da função renal com o aumento da idade e os rins atrofiam; ▪ Diminuição da filtração glomerular; ▪ Diminuição da filtração tubular; ▪ Diminuição da capacidade de retenção de urinar.
Sistema gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A digestão e a mastigação podem ser afetados pelo estado dos dentes e maxilares; ▪ O paladar altera-se, pois as papilas gustativas diminuem com a idade; ▪ O esvaziamento do esófago é mais demorado; ▪ O fígado atrofia-se e sofre alterações na sua função; ▪ A capacidade de absorção intestinal altera-se devida diminuição da motilidade gastrintestinal; ▪ Aumento da incontinência fecal e do número de fecalomas.
Sistema músculo-esquelético	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuição de 25 a 30 % da massa muscular; ▪ Diminuição da mobilidade de diversas articulações; ▪ Redução da dimensão da caixa torácica; ▪ Perdas de cálcio.
Sistema nervoso e sensorial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perda de massa cerebral (5 a 10%); ▪ Dificuldade na postura e equilíbrio; ▪ Diminuição da memória a curto prazo; ▪ Diminuição da capacidade auditiva; ▪ Diminuição da adaptação à iluminação e à visão noturna; ▪ Possibilidade de glaucoma e cataratas.

Sistema endócrino e metabólico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perturbação no metabolismo da glucose em 70% dos idosos; ▪ Diminuição do metabolismo basal.
Sistema reprodutor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atrofia dos órgãos genitais; ▪ Alteração da recção e da ejaculação, assim como da líbido da mulher.
Ritmos biológicos e sono	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modificação no ritmo do sono.

Numa tentativa de explicar todas as mudanças biológicas evidenciadas no Quadro 4, irá proceder-se à explicação de seis teorias gerais do envelhecimento biológico (Quadro 5): a Teoria imunitária, a Teoria genética, a Teoria do erro na síntese proteica, a Teoria do desgaste, a Teoria dos radicais livres, e a Teoria neuro endócrina

Quadro 5 - Síntese das teorias gerais do envelhecimento biológico

Teorias gerais do envelhecimento biológico	
Teoria Imunitária	O sistema imunitário não consegue distinguir as células normais presentes no organismo das substâncias estranhas e é a disfunção progressiva ou a falha do sistema imunitário que avança com o envelhecimento.
Teoria Genética	O envelhecimento é programado biologicamente, num processo genético definido e guiado durante o desenvolvimento orgânico, seguindo exatamente a embriogénese, a puberdade e a maturação.
Teoria do Erro da síntese proteica	Alterações na cadeia da molécula do ADN adulteram a informação genética conduzindo à formação de proteínas incompetentes e incapazes responsáveis pelo envelhecimento.
Teoria do Desgaste	Assemelha o processo do envelhecimento a uma máquina, que quanto mais trabalha mais se gasta, ou seja, debilita-se com o uso.
Teoria dos Radicais livres	O envelhecimento e a morte celular resultam da formação de radicais livres que provocam a peroxidade dos lípidos não saturados e transformam-nos em substâncias que envelhecem as células. Esta é uma teoria não genética, faz parte das teorias estocásticas (catastróficas) do processo de envelhecimento.
Teoria Neuro endócrina	A regulação do envelhecimento celular e fisiológico estão diretamente ligadas à coordenação entre o sistema endócrino e o sistema nervoso.

As teorias acima apresentadas não descrevem todos os resultados do envelhecimento, apenas a teoria do desgaste os descreve de uma forma global. Embora existam outras teorias biológicas, estas são as mais referenciadas na literatura. De referir

que todas elas definem o envelhecimento, e de certa forma é possível dizer que se encontram interligadas (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Alternativamente a estas teorias com base biológica, surgiram as teorias psicossociais que serão explicadas de seguida.

Paralelamente às alterações biológicas que só explicam o envelhecimento numa só vertente e que levantam inúmeras dúvidas, surgem também, no processo de envelhecimento, as alterações psicológicas e sociais. A partir da década de 1960, a psicologia afundou as suas raízes e iniciou um estudo profundo do processo do envelhecimento, da velhice e dos idosos (Neri, 2004).

A psicologia do envelhecimento focaliza as alterações cognitivas, emocionais e sociais, bem como modificações nas motivações, interesses, atitudes e valores, e enfatiza as diferenças individuais tendo em conta o desempenho de cada ser humano. Esta área do conhecimento caracteriza o funcionamento psicológico dos idosos, destacando a neurologia, a psiquiatria e a bioquímica. A avaliação comportamental e a reabilitação são compreendidas de uma forma clara através da psicologia. Esta disciplina interessa-se em descrever e explicar o potencial que cada indivíduo tem em preservar o comportamento e o desenvolvimento (Neri, 2004). De uma forma geral existem três teorias do envelhecimento psicossocial (Quadro 6): a Teoria da atividade, a Teoria da desinserção, e a Teoria da continuidade.

Quadro 6 - Síntese das teorias gerais do envelhecimento psicossocial

Teorias do envelhecimento psicossocial	
Teoria da atividade	Esta teoria propõe um padrão de sucesso na velhice, determinando que a pessoa que envelhece em boas condições é aquela que permanece ativa.
Teoria da desinserção	Envelhecimento acompanha-se de uma desinserção recíproca da sociedade e do indivíduo.
Teoria da continuidade	Esta teoria refere que o idoso mantém a continuidade nos seus hábitos de vida, ou seja, o envelhecimento é parte complementar do ciclo de vida, incluindo as suas preferências, experiências e compromissos, fazendo esta parte da sua personalidade.

Todas estas alterações associadas ao processo do envelhecimento colocam o indivíduo numa situação de maior vulnerabilidade que poderão eventualmente conduzir a situações de maior dependência de terceiros.

1.5- Uma abordagem socioclínica do envelhecimento

No decorrer deste estudo pretende-se abordar essencialmente a dependência do autocuidado do idoso, as suas repercussões na vida do cuidador informal e a gestão e adesão ao regime terapêutico por parte do recetor de cuidados, mas também avaliar as dificuldades e o impacto que estes fatores têm na vida do prestador de cuidados.

1.5.1. Dependência no autocuidado do idoso

Quando o envelhecimento é associado à doença do idoso, é necessário desmistificar a ideia de que o envelhecimento ocorre quando surge uma determinada doença, pois a maioria das vezes as pessoas idosas encontram-se funcionalmente ágeis e com capacidade de realizar as suas atividades de vida diárias (Figueiredo, 2007).

O conceito de dependência a nível mundial tem suportado uma bagagem importante, no que diz respeito à proteção social dos idosos, principalmente aqueles que necessitam de ajuda nas atividades de vida diária (Quaresma, 1996). No entanto, não existe consenso na existência de uma única definição, nem na forma de avaliar a dependência, existindo várias escalas de medida para a completarem. As atividades de vida diárias dividem-se em três categorias (Figueiredo, 2007):

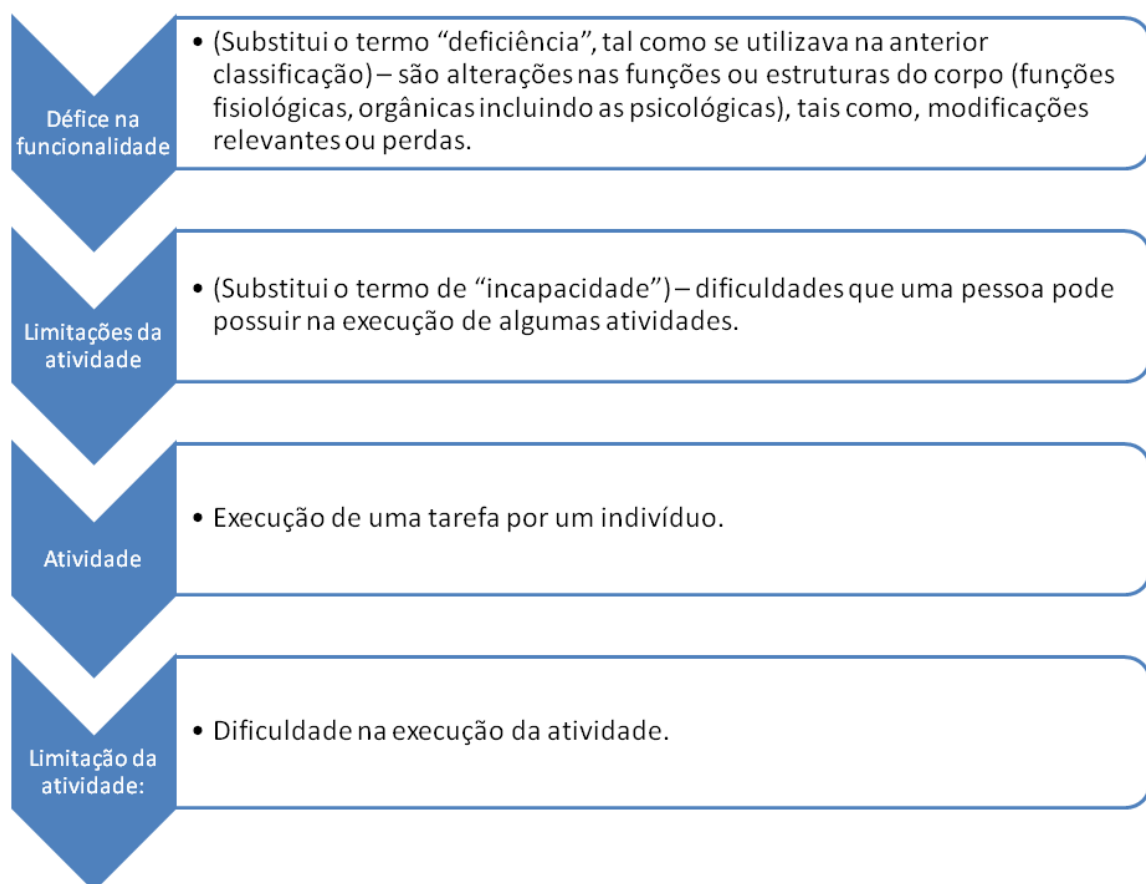
- i. Atividades básicas de vida diárias (exemplo: higiene pessoal);
- ii. Atividades instrumentais da vida diária (exemplo: tarefas domésticas);
- iii. Atividades avançadas da vida diárias (exemplo: atividades de lazer).

O grupo multidisciplinar do Conselho da Europa (1998) definiu o conceito de dependência como um

“estado em que se encontram as pessoas que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual têm necessidade de assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar necessidades específicas resultantes da realização das atividades da vida diária”

Esta perspetiva é coerente com a classificação atual de incapacidades da OMS denominada Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (DGS, 2004) e que propõe o seguinte esquema conceptual para interpretar as consequências das alterações da saúde (Figura 6).

Figura 6 - Representação esquemática para interpretação das consequências das alterações da saúde.



A dependência dos idosos brota mais frequentemente face aos obstáculos que o impossibilitam de satisfazer as suas necessidades, de acordo com Paschoal (2000, p. 314):

“o declínio funcional é mais lento ou mais rápido dependendo de uma série de fatores: da constituição genética, dos hábitos e estilos de vida, do meio ambiente, do contexto sócio-económico-cultural, ou ainda do facto de nascer numa sociedade mais ou menos desenvolvida e numa família mais ou menos abastada”.

A dependência requer a existência de obstáculos que impedem os indivíduos de desenvolverem as suas atividades diárias em permanente regularidade e normalidade. Neste contexto surgem os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, na ajuda, orientação e supervisão das atividades desenvolvidas por estes indivíduos ou pelos seus cuidadores, bem como na recuperação da autonomia. Neste sentido, define-se autonomia como a capacidade percebida em controlar e lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida quotidiana de acordo com as próprias regras e preferências (WHO, 2002).

Com o objetivo de promover uma vida mais saudável a estes idosos, recuperando em alguns casos a autonomia perdida, tentando mantê-los autónomos nas suas atividades de vida diárias, os prestadores de cuidados devem insistir em promover o autocuidado, fomentando assim a saúde e qualidade de vida (Soderhamn, 2000). Deste modo, pretende-se contribuir para que os idosos permaneçam sempre nos seus domicílios (Backman & Hentinen, 1999) e, conseqüentemente, diminuir a necessidade em recorrer aos serviços de saúde.

O autocuidado surge como a contínua contribuição para a existência do ser humano, da sua saúde e bem-estar, intervindo como uma função reguladora que envolve ações realizadas deliberadamente com o objetivo de regular a saúde, o funcionamento e desenvolvimento. Os indivíduos adquirem a capacidade de autocuidado na infância, principalmente no seio familiar, onde a cultura e as normas são apreendidas e passadas de geração em geração, esta base é defendida por Dorothea Orem que apresenta três requisitos principais (Quadro 7): a universalidade, o desenvolvimento, e o desvio de saúde (Orem, 2001).

Quadro 7 - Síntese dos três requisitos fundamentais no autocuidado

Requisitos	Características
Universais	Comuns a todos os seres humanos; Necessidade de ar, água, alimentos, os processos inerentes à eliminação, manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso.
Desenvolvimento	Condição que deriva de uma condição: gravidez, associação a algum acontecimento de vida marcante.
Desvios de Saúde	Predicados presentes em situações de doença, ou condição médica com o intuito de diagnosticar ou corrigir uma condição.

No contexto das doenças crônicas, o autocuidado pode ou não envolver uma parceria entre os utilizadores dos serviços de saúde e os profissionais de saúde. A identificação dos diversos obstáculos que condicionam a percepção e a obtenção das capacidades para realizar as atividades de vida diárias são os primeiros passos no caminho da redação de linhas de estratégias para alcançar ou manter comportamentos adequados às exigências do quotidiano. As barreiras que surgem estão muitas vezes relacionadas com os prestadores de cuidados de saúde, bem como com os próprios sistemas de saúde e as questões sociais e culturais.

O acesso aos cuidados de saúde, principalmente à dificuldade em aceder aos cuidados de saúde primários, pode tornar-se uma séria barreira no sentido de obter um pleno autocuidado. As barreiras que surgem aos indivíduos com doenças crônicas incapacitantes para a realização das suas atividades de vida diárias (Quadro 8) podem estar divididas em físicas, psicológicas, cognitivas, económicas, sociais e culturais (Baumann & Dang, 2012).

Quadro 8 - As barreiras do autocuidado

Barreiras	Características
Físicas	Condições crónicas, muitas vezes, resultam em deficiência física devido ao decréscimo da força, da sensação, ou da visão.
Psicológicas	A depressão e as alterações emocionais são as causas que mais influenciam o autocuidado dos indivíduos com diabetes, doença pulmonar obstrutiva crónica e patologias cardíacas. Normalmente altos níveis de angústia e frustração podem surgir como impulso na procura de ajuda.
Cognitivas	Conhecimentos sobre a patologia crónica e a sua condição de doente têm uma grande influência sobre a capacidade do indivíduo em se adaptar à realidade e ao que este provoca.
Económicas	Os recursos económicos adequados para apoiar o autocuidado no seu nível mais elevado possível para a condição de cada doente, bem como o acesso à continuação dos procedimentos, que a maioria das vezes são monetariamente dispendiosos, são condições importantes para o contínuo tratamento.
Sociais	O envolvimento familiar, ou de algum cuidador informal pode influenciar os componentes do autocuidado.
Culturais	A religião, espiritualidade, participação da religião na comunidade e as suas práticas culturais, poderão afetar o autocuidado.

Atualmente, existem alguns estudos que versam sobre o efeito da estimulação cognitiva no idoso com o objetivo de manter a sua saúde cognitiva. Deste modo, é possível tentar retardar a instalação de quadros demenciais e, conseqüentemente, melhorar a autonomia e independência destas pessoas. Um estudo realizado em Portugal não permitiu afirmar que a estimulação cognitiva tenha surtido um efeito positivo na sintomatologia depressiva e na autonomia das atividades de vida diárias. No entanto, mais de 20% e 17%, respetivamente, dos idosos submetidos ao programa evoluíram positivamente nestes aspetos. Estes resultados são encorajadores, no sentido da elaboração de mais estudos na temática. De facto, mesmo que sejam somente pequenas melhorias, ou até mesmo a estabilização das funções cognitivas, os resultados obtidos representam ganhos de saúde significativos. Como tal, a inserção da Estimulação Cognitiva nos programas de cuidados a pessoas idosas, de forma a contribuir para a preservação da sua capacidade cognitiva e funcional e, como resultado, possibilitar um maior nível de independência seria algo de fundamental. Adicionalmente, os diferentes estudos evidenciam que a estimulação

cognitiva tem uma boa relação custo-benefício paralela à medicação, o que permite um impacto económico positivo (Apóstolo, Cardoso, Marta, & Amaral, 2011).

O autocuidado é um hábito de vida, que implica um conhecimento das capacidades de cada indivíduo no que respeita às suas condições reais de dependência de algo ou de alguém, ou seja, requer um conhecimento das capacidades físicas e mentais e dos tratamentos a que estão sujeitos. Estas situações devem estar orientadas por profissionais de saúde na promoção de hábitos de vida saudáveis.

1.5.2. Gestão e adesão do regime terapêutico

A população portuguesa aumentou cerca de 2% na última década. Esta tendência foi acompanhada por uma diminuição do número de jovens e um aumento do número de idosos. Em 2001 a população com mais de 70 anos representava cerca de 11%, no entanto, em 2011 já representava cerca de 14 % da população total residente em Portugal (INE, 2012a). Em 2011 o índice de envelhecimento agravou-se para 128, ou seja, por cada 100 jovens existem 128 idosos, neste contexto verificámos um paralelismo com o aumento do número de doenças crónicas nesta população.

A doença crónica, normalmente é permanente, potencialmente incapacitante, provocando alterações patológicas irreversíveis, que implicam estímulo contínuo e reabilitação, podendo exigir um longo período de supervisão, e observação dos cuidados. É considerada stressante e frequentemente exige que o indivíduo readapte a sua vida e os significados que atribui a muitas das suas circunstâncias, implicando alterações na forma como lida com as suas emoções (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2010)

A avaliação rigorosa do estado de saúde dos idosos e dos tratamentos aos quais são submetidos, bem como um planeamento eficiente, com um seguimento eficaz do regime terapêutico atribuído a cada indivíduo, favorece um padrão de saúde válido e um aumento da esperança média de vida. Neste sentido, o profissional de saúde, assim como os cuidadores informais e os próprios indivíduos que padecem da doença são personagens responsáveis na gestão e adesão plena ao regime terapêutico apropriado (WHO, 2003).

A expressão adesão à terapêutica (*adherence*) foi utilizada durante muitos anos. A relevância do cumprimento da adesão das prescrições médicas foi desenvolvida por Hipócrates há 2400 anos, no entanto, o conceito de cumprimento (*compliance*) foi desenvolvido pela primeira vez por Haynes no século XX, e foi definida como “*the extent to which a person’s behavior coincides with medical or health care advice*” (Haynes, 1981). O termo *Adherence* (adesão) utiliza-se quando há evidência que o doente participou livre e ativamente no desenvolvimento e ajuste do seu plano terapêutico. O termo *Compliance* (cumprimento) é utilizado quando se verifica que o doente tem um papel passivo às ordens dos profissionais de saúde (Brawley & Culos-Reed, 2000).

A relevância da adesão ao regime terapêutico realça a sua importância no tratamento de doentes com patologia crónica, a sua não adesão pode provocar graves problemas de saúde pública, com repercussões na incidência e prevalência de muitas doenças (Bugalho & Carneiro, 2004). De facto, alguns estudos já demonstraram que a adesão ao regime terapêutico não inclui somente o regime medicamentoso, mas uma panóplia de comportamentos que incluem além da medicação, uma alimentação adequada e alterações de alguns hábitos de vida, caminhando todos lado a lado (Almeida, Versiani, Dias, Novaes, & Trindade, 2007).

A adesão ao regime pode ser definida como um acordo entre as recomendações dos prestadores de cuidados de saúde e o comportamento do indivíduo sujeito a esse regime (Haynes, McDonald, Garg, & Montague, 2003; WHO, 2003). Por outro lado, a não adesão ao regime instituído é uma realidade cada vez mais consistente. Uma investigação realizada por DiMatteo (2004 citado por ICN, 2009) demonstra que em média 24,8% dos indivíduos não aderem às recomendações do regime instituído. Consequentemente, verifica-se um aumento da mortalidade e uma diminuição na qualidade de vida destes sujeitos, causando decepções aos cuidadores informais e formais. De acordo com os dados da WHO (2003), presume-se que a não adesão ao regime terapêutico, a nível mundial, será maior nos países em desenvolvimento do que nos países desenvolvidos, embora estes ainda possuam uma elevada percentagem em indivíduos que padecem de doenças crónicas.

O impacto da fraca adesão ao regime terapêutico cresce com o aumento do número de doenças crónicas. Não são somente as doenças transmissíveis que estão a aumentar, as

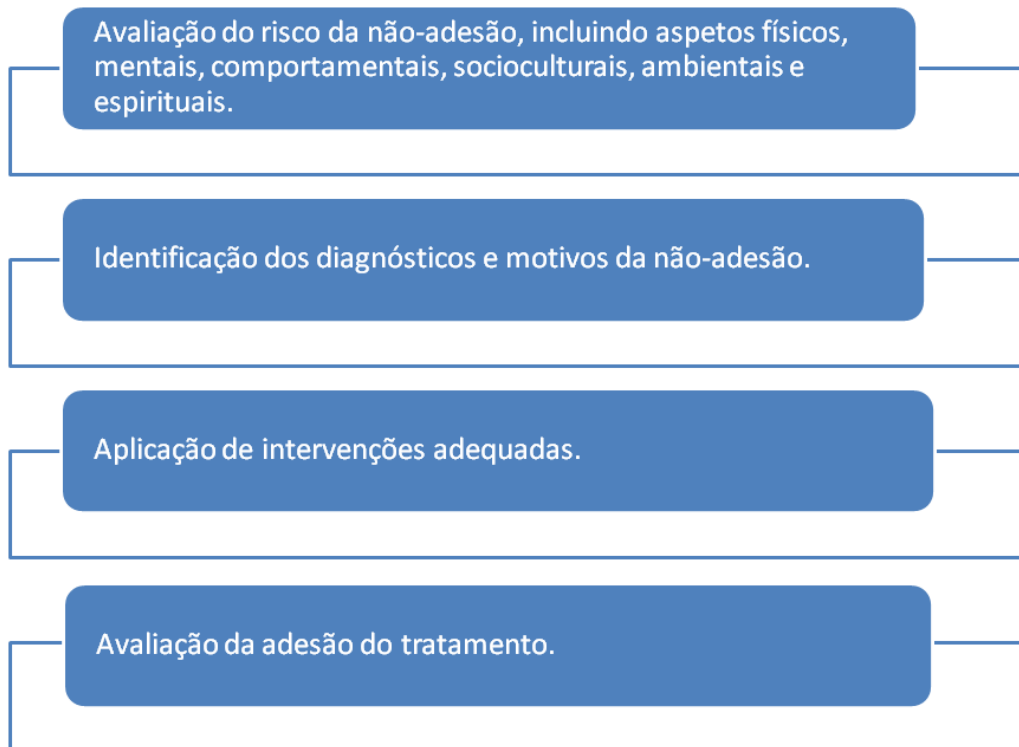
doenças não transmissíveis, inclusive as doenças mentais, são problemas de saúde que estão a aumentar em países desenvolvidos e em desenvolvimento.

O crescimento do número de pessoas doentes conduz a um aumento do sofrimento, desespero e situações de pobreza, por isso, minimizar o impacto das doenças é fundamental. A asma, a diabetes, a hipertensão, e a SIDA são patologias que se confrontam com uma pobre adesão ao regime terapêutico, resultando em menor controlo da doença e num declínio dos benefícios clínicos, causando complicações médicas e psicossociais. Todos estes fatores em conjunto contribuem para uma redução drástica da qualidade de vida destes indivíduos. Estas consequências diretas deterioram a capacidade dos sistemas de saúde mundiais em alcançar as metas de saúde da população (WHO, 2003).

Uma investigação realizada a idosos, no Brasil, analisou a complexidade do regime terapêutico a que estão submetidos (Acurcio *et al.*, 2009), tendo verificado que indivíduos com menor grau de escolaridade e poder económico possuem um regime terapêutico mais complexo e pertencem a um grupo mais vulnerável de complicações acrescidas desses procedimentos. Estes investigadores referiram que este grupo de indivíduos necessitava de maior acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, havendo neste grupo em particular uma necessidade adicional de ir verificando com frequência a adequação do regime terapêutico estabelecido, com o objetivo de facilitar o autocuidado.

A revisão periódica do regime terapêutico é de extrema importância, de forma a simplificar todo o processo da gestão e adequá-lo às necessidades de cada idoso. Nesta prática de cuidados, aos indivíduos com necessidades de terapêutica adequada e hábitos de vida regrados à sua condição, surgem os enfermeiros como personagem principal para avaliar, diagnosticar, intervir e monitorizar os resultados relacionados com a adesão. As doenças crónicas não são curáveis, mas podem ser controláveis e esse controlo depende do comportamento de autocuidado (Figura 7). Neste contexto surge como figura central o enfermeiro, pois este deve desenvolver estratégias para ajudar as pessoas e famílias, comunidade e o próprio sistema de saúde, no sentido de estes desenvolverem competências para lidar com a situação (ICN, 2009).

Figura 7 - Representação esquemática dos aspetos essenciais da prática de enfermagem no auxílio do desenvolvimento de competências dos doentes crónicos no sentido do autocuidado.



A WHO (2003) aborda o tema das barreiras que surgem aos profissionais de saúde e que comprometem as suas intervenções, sendo que estes sujeitos devem estudar a forma como podem contorná-los e intervir de imediato. O processo multidimensional engloba vários agentes de saúde em direta convergência. Existem cinco dimensões que devem ser estudadas e implementadas (Quadro 9), nomeadamente: os fatores sociais e económicos, fatores relacionados com os cuidados de saúde, fatores relacionados com a terapia, fatores relacionados com a condição, e fatores relacionados com o doente.

Quadro 9 - Fatores que interferem na não adesão terapêutica

Fatores	Características
Sociais e Económicos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ São os responsáveis políticos que têm a responsabilidade em gerir o ambiente dos cuidados de saúde e compreender a forma como os fatores sociais e económicos influenciam; ➤ As principais preocupações económicas e sociais são: a pobreza, o acesso à prestação de cuidados de saúde e medicamentos, analfabetismo, rede de suporte social (rede de suporte formal e informal) eficaz e mecanismos para a prestação de serviços de saúde sensíveis às crenças culturais sobre a doença e o seu tratamento. ➤ Implementações de grupos de apoio têm-se demonstrado muito eficazes: na partilha de experiências, fornecimento de informações médicas e na promoção da responsabilidade dos doentes pelos seus próprios tratamentos.
Relacionados com os cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Obstáculos ligados ao sistema de saúde e equipe de saúde: falta de consciência e o conhecimento sobre a adesão ao regime terapêutico, falta de ferramentas clínicas para a avaliação e intervenção nos problemas da não adesão, falta de ferramentas comportamentais na orientação de comportamentos saudáveis, lacunas na prestação de cuidados, dificuldade na comunicação entre profissional de saúde e doente; ➤ Para ultrapassar alguns obstáculos o prestador de cuidados deverá ter em conta o paciente como um ser único, avaliando e sugerindo intervenções acompanhando-o de perto.
Relacionados com a terapia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Barreiras de adesão: frequência e a incidência de efeitos colaterais; ➤ Cabe às equipes de saúde controlar estes efeitos.
Relacionados com a condição	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deficiências, doenças específicas e os sintomas são alvos dos profissionais de saúde; ➤ Os profissionais de saúde devem sugerir o melhor e identificar possíveis problemas que daí advém assim como o tratamento das comorbilidades que afetam a adesão.
Relacionados com o doente	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mudanças globais na prestação de serviços de saúde e a redução dos orçamentos de saúde também contribuiriam para a necessidade dos doentes se tornarem capazes de gerir os seus próprios tratamentos; ➤ O desenvolvimento da autogestão e as intervenções destinadas a melhorar a motivação e a adesão, com base na melhor evidência disponível, irá ajudar a preencher esta necessidade.

A ICN (2009) referencia vários fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico, entre eles: o baixo estatuto socioeconómico; analfabetismo ou baixo nível educacional; falta de trabalho; distância das unidades de saúde; custo relacionados com o preço dos medicamentos ou mesmo dos transportes; a tipologia das doenças; fatores relacionados com a terapêutica; e crenças culturais acerca da doença e do tratamento.

Com o intuito de ultrapassar as barreiras que impedem o indivíduo de aderir ao regime terapêutico surgem estratégias de melhorar a adesão terapêutica. Estas medidas

devem ter em conta o indivíduo como um ser único e todas as intervenções devem estar direcionadas para o contexto de vida daquela pessoa. Neste sentido, os profissionais de saúde devem estar munidos de conhecimentos para saberem detetar e ultrapassar esta situação (Bugalho & Carneiro, 2004). Estes investigadores elaboraram um trabalho que resultou da avaliação de cerca de 30 estudos, da qual realizaram uma análise e meta-análise que incidia particularmente em estudos sobre as patologias crónicas mais prevalentes, entre elas: a hipertensão arterial, a dislipidemia, as doenças cardiovasculares, a diabetes *mellitus*, a asma brônquica, a doença pulmonar obstrutiva crónica, a depressão, a esquizofrenia, a tuberculose e a infeção pelo VIH. Neste estudo dividiram o tipo de estratégias implementadas em estratégias educacionais e comportamentais, tal como se pode observar no Quadro 10 e 11, respetivamente. As estratégias educacionais centram-se na obtenção de conhecimentos acerca da doença e do seu tratamento mais adequado.

Quadro 10 - Intervenções educacionais

Intervenções Educacionais	
Informação a prestar	Oral Escrita Audiovisual e /ou informática Programas Educacionais Individuais Programas Educacionais em grupo

Por outro lado, as estratégias comportamentais incluem a agregação de mecanismos de adaptação e facilitação na adesão terapêutica nos comportamentos diários.

Quadro 11 - Intervenções comportamentais

Intervenções Comportamentais	
Intervenção	Ações
Aumento da comunicação e aconselhamento	Direto (em consulta); Por via telefónica; Mensagens telefónicas automáticas; Mensagens informáticas automáticas; Intervenção familiar.
Simplificação dos esquemas terapêuticos	Diminuição do número de doses medicamentosas; Diminuição do número total de fármacos; Fornecimento no local de trabalho (saúde ocupacional, medicina do trabalho).
Envolvimento dos doentes no tratamento	Auto monitorização da doença (monitorização da glicemia capilar, tensão arterial, função respiratória); Autoadministração do medicamento.
Memorandos	Embalagens especiais (com compartimentos divididos por dias da semanas e horas); Informação visual sobre a toma da medicação; Caixas de contagem e distribuição da medicação; Alertas para a adesão às consultas e à terapêutica; Alertas para a aquisição de receitas para a manutenção do esquema proposto.
Reforço ou recompensa pela melhoria da adesão à medicação e resultados terapêuticos	Redução do número de consultas; Incentivos monetários; Facilitação na aquisição de bens.

A adesão ao regime terapêutico é um processo dinâmico e multifatorial. As capacidades cognitivas, emocionais e comportamentais de cada doente são determinantes para o sucesso do regime terapêutico. Como profissionais de saúde necessitamos de monitorizar o processo de adesão e avaliar a eficácia do tratamento. Quando a terapia não consegue atingir a evolução clínica que o profissional deseja, este deve ser avaliado para verificar o que falhou (Farmer, 1999). Para isso, existem vários métodos de avaliação, que de uma forma geral podemos agrupar em diretos e indiretos, possuindo cada um as suas vantagens e desvantagens particulares (Margalho *et al.*, 2009).

Os métodos diretos baseiam-se essencialmente na evidência da ingestão do fármaco, isto é, fundamentam-se em técnicas laboratoriais, onde se inclui a técnica de observação direta (TOD), e determinação de contração séricas e marcadores biológicos. Estas metodologias têm como vantagens a elevada sensibilidade e especificidade, no entanto, a nível financeiro são bastantes dispendiosas e apenas avaliam a toma do medicamento naquele espaço de tempo, não observando o padrão comportamental do doente (Farmer, 1999; Margalho, *et al.*, 2009). Por outro lado, os métodos indiretos são os

mais utilizados na prática clínica. Farmer (1999) divide-os em autorrelatos, contagem do número de comprimidos, uso de dispositivos eletrónicos de monitorização ou *System MEMO CAPS – Medication Event Monitoring*, registo da retirada do medicamento da farmácia, tal como se pode observar no Quadro 12. Estes sistemas de avaliação são de mais fácil acesso e monitorização e de baixo custo económico, permitindo uma avaliação do doente através do seu discurso e do seu padrão comportamental, mediante a recolha de informação, que acontece principalmente na consulta. No entanto, são processos fáceis de contemplar variáveis parasitas e a informação recolhida torna-se subjetiva (Margalho, *et al.*, 2009).

Quadro 12 - Métodos indiretos de avaliação à adesão terapêutica

Métodos indiretos de avaliação à adesão terapêutica	
Entrevista do doente	<p>Método que utiliza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Questões abertas, não temíveis e sem julgamento; ➤ Permite relacionar o comportamento de adesão com as respostas fornecidas; ➤ Economicamente barato, sem utilização de tecnologia; ➤ As limitações deste método podem estar relacionadas com a forma como se fomenta a pergunta e a forma como eles são convidados a responder; O período de tempo que cada profissional tem para o doente pode não estar adequado às necessidades que indivíduo tem para se lembrar do que aconteceu.
Diários do doente	<p>Registo de todos os eventos relacionados com o fármaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Horário, quantidade utilizada de cada medicamento, dificuldades encontradas, situações externas que interferiram no horário de utilizar o medicamento, reações adversas e outros; ➤ Permite ao profissional avaliar o comportamento de adesão do doente e confrontar com os seus registos; ➤ Económico; ➤ Uma limitação é que requer a participação do doente e este pode ser barrado pelo analfabetismo ou esquecimento. <p>Método:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mais utilizado para avaliar a adesão à farmacoterapia; ➤ Utilização de questões diretas; ➤ Permite ao profissional avaliar a atitude do doente frente ao uso de medicamentos; ➤ Economicamente barato, rápido e de fácil utilização; ➤ As limitações estão relacionadas com a manipulação das respostas e a dificuldade de compreensão das questões.
Questionários estruturados	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Este método consiste na subtração do número de comprimidos devolvidos ao número de comprimidos prescritos para toma, calculando número de fármacos tomados pelo doente num período de tempo; ➤ Económico; ➤ Fácil aplicação; ➤ As limitações estão relacionadas com a não identificação da quantidade correta de comprimidos em intervalos inadequados, avaliando apenas a quantidade e não a forma como os cumprimentos foram ingeridos.
Contagem de comprimidos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Este método consiste na subtração do número de comprimidos devolvidos ao número de comprimidos prescritos para toma, calculando número de fármacos tomados pelo doente num período de tempo; ➤ Económico; ➤ Fácil aplicação; ➤ As limitações estão relacionadas com a não identificação da quantidade correta de comprimidos em intervalos inadequados, avaliando apenas a quantidade e não a forma como os cumprimentos foram ingeridos.
Registo da retirada do medicamento	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Monitoriza a periodicidade de retirada dos medicamentos da farmácia; ➤ Quando os doentes retiram com a periodicidade prescrita a medicação, estes são considerados aderentes; ➤ A avaliação é realizada através da verificação do grau de concordância entre o

da farmácia	<p>intervalo real (nº de dias entre a retirada anterior e a retirada atual) e o intervalo ideal (nº de dias estimado entre a retirada anterior e a atual);</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pode-se efetuar o registo de forma manual e arquiva-se ou de forma informatizada e articulada entre várias farmácias e unidades de saúde; ➤ Económico; ➤ Fácil utilização; ➤ As limitações têm em conta que este método apenas avalia o levantamento do medicamento e não a verificação da sua toma e quando os sistemas informáticos não estão interligados entre farmácias não é fácil saber se o levantamento está acontecer de forma correta.
Monitorização eletrónica ou System MEMO CAPS – Medication Event Monitoring	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O método de monitorização eletrónica fornece dados precisos na forma como o doente utiliza a medicação; ➤ Estes dispositivos contêm um microprocessador que regista a hora e a data que o doente obtém a dose de medicação ao detetar quando um frasco ou um blister é aberto, ou um dispositivo de inalação é acionado, ou um colírio é ativado; ➤ Dispendioso; ➤ As limitações estão relacionadas com a avaliação da adesão ao tratamento, pois apenas identifica padrões de consumo e não avalia o comportamento de adesão ao regime terapêutico.

A adesão terapêutica é um comportamento que resulta de vários fatores concomitantes e subjetivos. Nesta base de ideias, a avaliação deve ser rigorosa e deve possuir identificadores preditivos do comportamento do doente perante a doença e respetivo tratamento, sendo que devemos ter em consideração os traços de personalidade, os antecedentes pessoais e familiares, desenvolvimento cognitivo, emocional e motor, conhecimentos sobre a doença, crenças e costumes sobre o estilo de vida, estratégias de *coping*, e rede de apoio familiar e social (Margalho, *et al.*, 2009). A utilização dos métodos deve ser ajustada individualmente a cada indivíduo (Farmer, 1999; Margalho, *et al.*, 2009). A combinação de vários métodos é recomendada, visto que poderá haver um maior número de indivíduos a aderir adequadamente ao tratamento instituído pelo profissional de saúde (Farmer, 1999).

O contexto formativo desenvolve-se tendo em conta estes aspetos, pois é importante ao profissional de saúde tomar consciência do contexto que envolve o idoso e seus cuidadores, bem como desenvolver os processos formativos mais adequados.

2 - Cuidar de idosos dependentes

A conservação do bem-estar dos idosos é de extrema importância e a prestação de cuidados deverá incidir em aspetos que conduzem ao encontro desses ideais. Assim sendo,

é extremamente relevante o estudo dos cuidados e dos cuidadores que auxiliam nas atividades de vida diárias das pessoas idosas e dependentes. No presente estudo abordamos o sistema informal de forma mais intensa, através da pesquisa sobre o cuidar, os cuidadores informais, e as emoções despoletadas na prestação de cuidados a idosos dependentes.

2.1. O cuidar e o cuidador

Em todas as sociedades coloca-se o problema do aumento do número de idosos e do consequente agravamento da procura de cuidados de saúde, e da assistência que é prestada a este grupo de indivíduos. Neste contexto, verificam-se que os sistemas de assistência existentes não são em quantidade os mais adequados. Entende-se por sistemas de assistência “*um conjunto de organizações e práticas sociais, com base em crenças, símbolos ou filosofias culturalmente validadas*” (Abreu, 2003, p. 77). Segundo Kleinman (2003, citado por Abreu, 2003) permanecem três sistemas básicos de assistência à saúde (Quadro 13), de forma demarcada, mas relacionáveis entre eles, que são nomeadamente: o oficial, o popular e o informal.

Quadro 13 - Sistemas básicos de assistência em saúde

Sistemas	Constituição
Oficial	Constituído pelo Sistema Nacional de Saúde e as instituições de rede. É um sistema validado pelos mecanismos sociais nomeadamente pela referência cultural.
Popular	Afirma-se pela existência de indivíduos que são reconhecidos pelo poder da cura.
Informal	Manifesta-se por um conjunto de práticas culturais, recorrendo ao auxílio de leigos em caso de doença, que podem ser amigos, familiares, vizinhos que prestam cuidados a pessoas com um grau de autonomia reduzido.

A palavra “*cuidados*” possui vários significados. Etimologicamente “*cuidado*” difere consoante a língua dos vários países. Em Portugal, a palavra está relacionada ao verbo “*cuidar*”, deriva do latim *cura* que tem uma interpretação peculiar para a língua latina, remetendo para a ideia de tomar conta do outro. O que por sua vez implica a

concretização de um processo no qual está incluída a atenção, a preocupação e o zelo, em todas as ações do cuidado por uma pessoa querida ou algum objeto de estimação. Efetivamente, não se resume a um ato isolado, e sim a uma atitude de ocupação, preocupação e responsabilidade, tendo em conta as individualidades de cada ser humano (Zoboli, 2007).

A palavra “*cuidar*” foi valorizada numa primeira abordagem como um tema fulcral da disciplina de enfermagem por Madeleine Leininger (1981, 1995). A sua natureza transcultural, os valores dos indivíduos, as crenças, os padrões do comportamento, a forma de criar intervenções individualizadas, declarando que o cuidar é do conhecimento e da prática da enfermagem, assim como as características culturais, as dimensões psicológicas, biológicas, entre outras, definem esta teoria (Leininger, 1981, 1995).

Numa outra vertente surgem as ideias de Jean Watson (1985) que invoca uma abordagem existencialista e espiritual do cuidar. De acordo com Collière (1989, p. 29), o cuidar é “*manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que estão diversificadas na sua manifestação*”. Esta autora defende que os cuidados de enfermagem estão agregados a todos os cuidados necessários à sobrevivência, que é

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

O termo “*cuidar*” menciona os cuidados que “*diziam respeito a qualquer pessoa que ajudava qualquer outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a sua vida, em relação com a vida de grupo*” (Collière, 1989, p. 28), ou seja, os cuidados asseguram a continuidade das necessidades de vida diárias ou auxiliam na sua melhoria, de forma a tornar as pessoas mais autónomas possíveis.

Leonardo Boff (1999) reflete sobre a necessidade do ser humano de desenvolver a capacidade de cuidar de si próprio, do meio ambiente e das pessoas que nele sobrevivem. Deste modo, o ser humano procura a busca da dignidade, do respeito mútuo e da solidariedade para com o outro, doutrinando a parte imaterial do indivíduo, realçando os sentimentos e as emoções decorrentes da vivência em grupo.

Cuidar de alguém não é uma atividade restrita da profissão de um enfermeiro, o cuidar está intrínseco ao ser humano, apesar de esta ser nomeada como a essência da Enfermagem (Moniz, 2003). A grande variabilidade entre os cuidados sugere o cuidar como um processo idiossincrático, o que implica várias conclusões importantes, entre elas, que o cuidado é sempre um ato necessariamente único, tendo em conta as características individuais entre os indivíduos e o cuidador que estabelecem a relação de cuidar (Montgomery & Kosloski, 2009). Os estudos sobre o cuidado e os cuidadores poucas vezes se debruçam sobre a forma como o cuidar transforma e afeta a vida do cuidador, e sobre quais as estratégias de adotar no seu autocuidado. Neste sentido surge uma questão fundamental: **Afinal em que consistem os cuidados?**

Collière (1989) refere que os cuidados existem porque é urgente que a vida permaneça. Os cuidados são necessários desde o nascimento e estes deverão permanecer toda a vida. O cuidado constitui a essência da Enfermagem desde o final do século XIX, sendo que é através de Florence Nightingale que o cuidado passa a ter um carácter organizado, dando origem à Enfermagem moderna (Collière, 1989). Esta autora defende que os cuidados prestados por outrem ajudam a assumir as necessidades vitais. As opções ligadas à manutenção, desenvolvimento da vida e as que se aglutinam aos cuidados de reparação, não se excluem mutuamente e deveriam constituir objeto de análise em todas as situações de prestação de cuidados. De acordo com Collière (1989), existem dois tipos de cuidados de enfermagem (Quadro 14): os cuidados quotidianos ou habituais e os cuidados de reparação ou manutenção de vida.

Quadro 14 - Tipos de cuidados de enfermagem

Cuidados Quotidianos ou Habituais	Cuidados de Reparação ou Manutenção da Vida
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Funções de <u>manutenção</u>, formas de continuação da vida (hábitos de vida: costumes e crenças); ➤ Hábitos <u>diários</u>: lavar, comer, beber, mexer, deslocar, levantar, evacuar, ter relações, entre outros. 	<p>Funções de <u>contornar os obstáculos</u>; Estas funções são desprovidas dos cuidados habituais; Exemplo de obstáculos: fome, insuficiência de recursos, doença, falta de energia, acidentes, guerra, entre outros.</p>

Esta prestação de cuidados foi definida pela International Council of Nurses (ICN, 2002) na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão Beta 2,

como *“um tipo de ação interdependente com as características específicas: ações de providenciar cuidados, apoiando todas as idades e tipos de necessidades básicas, frequentemente associada à criação, estimulação e sustento”*. Para que esta assistência seja possível para os indivíduos possuidores de alguma dependência física ou mental é imprescindível que se encontrem pessoas que auxiliem nos cuidados e que o façam de acordo com as necessidades de cada indivíduo. O Papel de Prestadores de Cuidados pode ser percebido como:

“um tipo de interação de papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde, profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos cuidados aos membros dependentes da família (ICN, 2002).

De acordo com Hesbeen (1998), os prestadores de cuidados são indivíduos que destinam algum do seu tempo na vigilância de outras pessoas com a intenção de as auxiliar nas próprias vidas. Neste sentido, os prestadores de cuidados adaptam-se a todas as circunstâncias acrescidas desta atividade, que envolve cuidados físicos e emocionais, tendo sempre em mente as crenças, valores, cultura, dinâmicas familiares e o meio físico envolvente. Esta personagem a quem se dá o nome de cuidador tem como função considerar o estado funcional do doente, isto é, número e duração das tarefas que necessitam de supervisão e/ou de ajuda parcial ou total, de apoio emocional ou de outro tipo de ajuda instrumental. O cuidador é a personagem principal nos cuidados, tendo com principais funções o desenvolvimento ou coordenação dos recursos requeridos pelo indivíduo dependente. Os cuidadores são aqueles que garantem a maior parte do cuidado diário a quem sofre de uma doença e, ao mesmo tempo, permitem a estadia cómoda e segura à pessoa que por razões de idade ou incapacidade é totalmente dependente (Costa, 2002).

Atualmente, com a apologia da continuidade de cuidados e com a contenção de custos, os doentes têm alta hospitalar cada vez mais precoce, necessitando muitas vezes de cuidados médicos e de enfermagem no domicílio. Perante este cenário preocupante para o

cuidador, na maioria das vezes os doentes recorrem às Unidades de Saúde Local (USL) para obterem o auxílio necessário na prestação de cuidados especializados.

2.2. O cuidador informal: perfil e papel

O envelhecimento da população contribui para a fragilização do idoso, tornando-o mais vulnerável às diversas situações de vida e saúde. Deste modo, o fator crónico das doenças associadas ao aumento da longevidade da população portuguesa, contribui para o aumento de indivíduos com limitações funcionais, implicando a necessidade de cuidados constantes. A falta de saúde de cada idoso implica a necessidade do aparecimento de uma figura que colmate algumas falhas decorrentes da dependência. É neste âmbito que surge o cuidador, que muitas vezes de uma forma brutal, tem que se adaptar ao contexto na qual o idoso está inserido.

Muitos dos estudos publicados nos mais diversos países tentam explicar as diferenças entre o termo cuidador informal e cuidador formal, cuidador principal, cuidador secundário e terciário, e os fatores que designam o tipo de cuidador requerido para cada indivíduo dependente (Garrido & Almeida, 1999). Na política social, os cuidados estavam tradicionalmente associados ao cuidado formal, existindo uma diferenciação entre os cuidados formais e informais.

Os cuidados formais são prestados por entidades sociais em equipamentos sociais, como asilos, lares, hospitais e, no domicílio, pelos profissionais de saúde. Por outro lado, os cuidados informais são prestados dentro do grupo familiar, ou não. Efetivamente, os cuidados informais podem ser prestados por indivíduos fora do agregado familiar, não havendo sequer uma ligação entre dador e recetor de cuidados. A ideologia da desinstitucionalização dos cuidados formais foi ganhando força e iniciou o seu desenvolvimento nos finais das décadas de setenta e oitenta na maioria dos países centrais e do Norte da Europa. De acordo com esta ideologia, deverá favorecer-se o desenvolvimento dos cuidados no domicílio e/ou os “*community care*”. Atualmente, esta forma de organizar os cuidados tem adquirido mais adeptos e está a criar raízes cada vez mais profundas, principalmente na área dos cuidados a pessoas idosas dependentes, enfatizando a articulação e integração de cuidados (Figueiredo, 2007).

A integração dos indivíduos dependentes na comunidade subordina-se à existência de alguém que assuma a responsabilidade de responder às necessidades desses cuidados. Estes cuidadores, denominados de informais, são constituídos maioritariamente pelas filhas, esposas, outros familiares ou apenas amigos que ajudam os indivíduos dependentes nas atividades de vida diária essenciais à sobrevivência (Smith, 2005). Segundo Leme (2000, pp. 119-120), alguns estudos ingleses refletem que 95% dos idosos com alguma dependência são tratados pelos cuidadores informais, por

“filhos, cônjuges, noras e genros, sobrinhos e netos, amigos, membros de entidades paroquiais e de serviços que se dispõem, sem uma formação profissional de saúde, a dar aos doentes sob a sua responsabilidade os cuidados indispensáveis, tendo como sua maior arma a sua disponibilidade e boa vontade”.

Na sua investigação sobre o papel dos cuidadores informais, Neri (2000) apontou diversos apoios diários (Quadro 15) entre eles: suporte nas atividades instrumentais, apoio nas dificuldades funcionais de autocuidado, apoio emocional e gestão da tensão.

Quadro 15 – Domínios dos cuidadores informais

Suporte AVD'S Instrumentais	Apoio nas dificuldades funcionais de autocuidado	Apoio emocional	Gestão da pressão
Tratar da casa Preparar as refeições Ir ao supermercado (compras) Pagar as despesas	Higiene Vestir Alimentar Posicionar Deambular	Acompanhamento Dialogar	Enfrentar as tensões resultantes do cuidar

Para Bowers (1987 citado por Paúl, 1997) os cuidadores informais incluem-se em cinco categoriais de cuidados prestados: Antecipatórios, Preventivos, Supervisão, Instrumentais, Protetores (Quadro 16). Segundo a mesma autora, os familiares elegem o cuidado protetor como o mais importante. Por outro lado, os profissionais elegem o preventivo e o instrumental.

Quadro 16 – Categorias dos cuidados prestados por cuidadores informais

Cuidados	Características
Antecipatórios	Desenham acontecimentos mentais, propositadamente invisíveis na tomada de decisão ou atitudes /comportamentos apoiados na antecipação das necessidades.
Preventivos	Acautelam a doença e suas complicações, evitando o estrago físico e psicológico.
Supervisão	Incluem no cuidar um envolvimento direto e ativo, incidindo principalmente no tomar conta do idoso.
Instrumentais Protetores	Asseguram o bem-estar do corpo, a sua integridade física e o estado de saúde. Relacionam-se com o que não se consegue evitar e que prejudica o bem-estar emocional, afetando a autoestima e identidade.

Os cuidadores informais desenvolvem junto dos idosos diversas atividades diárias, tendo em conta a duração dos cuidados (horas, dias, meses, anos), a sua intensidade, a frequência relacionada com as necessidades de cada indivíduo dependente, podendo a dependência ser física ou mental (Martins, 2002). Desta forma, as diferentes necessidades implicam diferentes tipos de tarefas que auxiliam na diferenciação de três modelos de cuidadores, os quais são denominados como: cuidador primário, secundário e terciário.

O cuidador informal principal é a pessoa que providencia mais de metade dos cuidados à pessoa dependente, tornando-se uma entidade única (Borghgraef et al., 2012; Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007), é responsável pela promoção do conforto, estabelece comunicação e parceria com os profissionais de saúde, monitorizando e acompanhando os problemas da pessoa dependente (Vandepitte et al., 2016). Entre as mais diversas atividades do cuidador podem-se enunciar as funções relativas ao transporte, lides domésticas, confeção da comida, lavagem da roupa, cuidados pessoais e/ou suporte financeiro (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007).

Numa outra vertente, surgem os cuidadores secundários que possuem um papel complementar das tarefas do cuidador primário. Os papéis de cuidador secundário são diferentes dos papéis identificados no cuidador primário, devido principalmente a elementos de cariz motivacional, uma vez que as motivações são derivadas do afeto e sentido da responsabilidade para com o cuidador primário e a pessoa dependente (Martín, 2005). Os cuidados secundários podem até ser semelhantes ou às vezes iguais aos cuidados primários, no entanto, distinguem-se no grau de responsabilidade e decisão, atuando de

forma reveza com o cuidador primário que possui a maior fatia de responsabilidade e decisão.

Por sua vez, os cuidadores terciários não têm responsabilidades, apenas substituem os cuidadores primários pontualmente, ou em tarefas específicas como as compras (Vieira, Fialho, Freitas, & Jorge, 2011).

Numa visão global é possível verificar que o cuidador informal primário tem a responsabilidade principal de supervisionar, orientar e acompanhar o idoso dependente (Sequeira, 2007; Smith, 2005), enquanto os restantes cuidadores servem de suporte ao cuidador primário. Para Karsch (2003), a literatura internacional aponta quatro condições determinantes que estão na origem da constituição de um cuidador primário de idosos dependentes, são eles o parentesco (conjugues), o género (mulheres principalmente), a proximidade física e a proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos). A coabitação é frequentemente relatada como necessária para a prestação de cuidados de carácter instrumental, uma vez que o cuidado emocional parece não estar dependente da proximidade física (Paúl & Fonseca, 2005).

Vários investigadores nacionais e internacionais mencionam nos seus estudos que uma das variáveis fundamentais no tema dos cuidados prestados aos idosos dependentes é o género, sendo que o género feminino é claramente dominante, ou seja, a prestação de cuidados é realizada maioritariamente por mulheres (Figueiredo, 2007; Haug, Ford, Stange, Noelker, & Gaines, 1999; Inouye, Pedrazzani, & Pavarini, 2008; Miguel, Figueira, & Nardi, 2010; Moraes & Silva, 2009; Nakatan, Souto, Paulette, Melo, & Souza, 2003; Sequeira, 2007; Thober, Creutzberg, & Viegas, 2005; Wackerbarth & Johnson, 2002).

Historicamente, a mulher sempre foi responsável pelo cuidado da casa e dos filhos, enquanto o homem era responsável por assegurar financeiramente a família. No entanto, foram ocorrendo algumas transformações sociais que levaram a um ajuste nos papéis familiares do homem e da mulher. De facto, e muito embora a mulher assuma na maioria das vezes a prestação de cuidados, também somam inúmeras vezes o trabalho fora de casa, o que acaba por repercutir danos na sua própria vida e nos laços sociais (Neno 2004 citado por Paúl & Fonseca, 2005). Um estudo recentemente realizado no Grande Porto a cuidadores de idosos fragilizados, também destaca o facto de serem as mulheres a

assumirem os cuidados e, na maioria das vezes, possuírem outros cargos como cuidadora do lar e mãe de família (Pimenta, Costa, Gonçalves, & Alvarez, 2009).

No caso de o cuidador ser um familiar, a decisão é vista variadíssimas vezes pelos cuidadores como uma responsabilidade moral e um ato de amor, inibindo a culpa num futuro (Figueiredo, 2007; INSERSO, 1995; Paúl & Fonseca, 2005). Entre os familiares são as esposas e as filhas que ganham mais protagonismo, pois revelam-se as principais personagens de ajuda no cuidado (Figueiredo, 2007; Haug, et al., 1999; Inouye, et al., 2008; Sequeira, 2007).

Quando o cuidado é prestado por alguém do sexo masculino, esse cuidador na sua maioria das vezes presta cuidados à esposa ou então existe algum grau de parentesco entre ele e a pessoa dependente (Ribeiro, 2005; Wackerbarth & Johnson, 2002).

Da revisão de literatura realizada constatou-se que a experiência da prestação de cuidados é construída por diversas relações de parentesco tais como pais, cônjuges, irmãos, filhos e, por vezes, outras pessoas significativas sem relação de parentesco. No entanto, os cônjuges são a principal fonte de assistência ao idoso dependente. A filha assume também um papel de importância na prestação de cuidados e os amigos e vizinhos tornam-se cuidadores na ausência de familiares. Em relação à composição familiar, a maioria dos cuidadores são casados e têm filhos (Figueiredo, 2007; Inouye, et al., 2008; Moraes & Silva, 2009; Nichols et al., 2009; Pimenta, et al., 2009; Rosa et al., 2010). Por outro lado, alguns estudos também demonstraram uma percentagem significativa de cuidadores solteiros, seguidos pelos viúvos e divorciados (Moraes & Silva, 2009; Nakatan, *et al.*, 2003).

A idade do cuidador é um outro fator que pode assumir uma elevada relevância, essencialmente porque em muitos estudos a média da idade do cuidador situa-se normalmente acima dos 50 anos, o que se associa dependência do idoso à própria velhice do cuidador (Figueiredo, 2007; Inouye, et al., 2008; Miguel, et al., 2010; Pimenta, et al., 2009; Thober, et al., 2005; Wackerbarth & Johnson, 2002).

A importância do conhecimento do nível de escolaridade é uma variável que também deve ser valorizada, na medida em que são os cuidadores informais que recebem as informações/formações dos profissionais de saúde. A educação em saúde está muito ligada à capacidade de aprendizagem das pessoas. A maioria dos estudos refletem a ideia

que os cuidadores têm um grau de escolaridade muito reduzido, realçando aqueles que são analfabetos ou com uma escolaridade reduzida (Inouye, *et al.*, 2008; Nakatan, *et al.*, 2003; Pimenta, *et al.*, 2009).

Os resultados do estudo de Fernandes e Garcia (2009) evidenciam que quanto menor o grau de escolaridade da mulher, mais alterações emocionais pode evidenciar como resultado da assunção do papel de cuidadora familiar do idoso dependente. Segundo os mesmos autores, o nível de escolaridade estreita a relação com o baixo rendimento familiar, pois quanto menor é a escolaridade, menor número de salários que recebem mensalmente, o que poderá provocar forte tensão no cuidador. Neste sentido, é fundamental que os profissionais de saúde tenham acesso ao nível de escolaridade dos cuidadores e tenham o cuidado de adequar a linguagem, de forma a minimizar a possibilidade de os cuidadores não compreenderem como devem executar as suas tarefas. Os profissionais de saúde estabelecem uma ligação de formação/educação em relação a estes cuidadores, pelo que é fulcral que a linguagem seja adaptada caso a caso, no sentido de promover um melhor entendimento entre estas personagens da prestação de cuidados.

Relativamente às atividades desenvolvidas pelos cuidadores informais, parece não existir um consenso. Alguns estudos demonstram que a maioria dos prestadores de cuidados não trabalha fora de casa e dedica-se severamente aos idosos dependentes, pelo que o tempo de partilha de cuidados é integral na maioria das situações (Inouye, *et al.*, 2008; Miguel, *et al.*, 2010; Pimenta, *et al.*, 2009). No entanto, vão surgindo cuidadores com atividades extra domicílio. Efetivamente, alguns estudos referem que os cuidadores são maioritariamente mulheres e donas de casa que não possuíam uma atividade profissional, muito embora também se verifique o contrário (Gonçalves, Alvarez, Sena, Santana, & Vicente, 2006; Moraes & Silva, 2009). A acumulação da atividade de prestador de cuidados com a acumulação de um emprego fora do contexto domicílio não é comum na União Europeia (Figueiredo, 2007).

A experiência do cuidador informal em tratar indivíduos com alguma dependência assume-se também como um fator de extrema relevância quando se encontra perante um acontecimento inesperado (Sequeira, 2007). O conhecimento no atuar adequadamente nas mais diversas situações, de forma eficaz e eficiente, permite a diminuição dos fatores de tensão (Fernandes & Garcia, 2009). A proximidade geográfica também determina a

escolha do próprio cuidador, pois acontece muitas vezes residirem no mesmo domicílio ou em residências próximas (Figueiredo, 2007; Haug, *et al.*, 1999; Miguel, *et al.*, 2010; Pimenta, *et al.*, 2009; Wackerbarth & Johnson, 2002).

Gonçalves, Costa, Martins, Nassar e Zunino (2011) efetuaram um estudo na região do grande Porto que incluiu idosos com mais de 80 anos e os seus cuidadores, ao longo de um período de um ano (2009-2010), com o objetivo de conhecer a dinâmica de família de idosos no domicílio. A maioria da amostra foi composta por mulheres e viúvas. Contudo, 31,8% da amostra ainda se encontrava casada, mesmo com 80 e mais anos de idade, dos quais a metade é cuidada pelo cônjuge. Os cuidadores tinham uma média etária de 58 anos, oscilando entre 30 e 89 anos. Eram maioritariamente casados, muitos ainda trabalham fora de casa e cuidavam de outros dependentes na família. Quando questionados sobre como percebem a sua própria saúde, prevaleceu a resposta saúde regular.

2.3. Os motivos que levam à assunção do papel de cuidador informal

As motivações para o cuidado explicam e justificam as razões de um ser humano ajudar o outro (Quinn, Clare, & Woods, 2010). O apoio do sistema informal aos idosos dependentes proporciona múltiplos serviços com objetivo de dar respostas às suas necessidades. Estes indivíduos, os cuidadores informais, possuem as mais variadas motivações, podendo ser recorrentes das necessidades dos idosos, da obrigatoriedade, do interesse, da reciprocidade, da complementaridade e do compromisso (Carvalho, 2009).

De acordo com a investigação efetuada por Carvalho (2009), os cuidados familiares prestados às pessoas idosas dependentes em Portugal possuem motivações referentes às necessidades. Estas surgem quando um familiar está em situação aguda de doença e necessita de ajuda urgente. A obrigatoriedade está relacionada com a necessidade do cuidar quando não existe outra alternativa. O interesse pelo cuidar implica uma conveniência por algo que vai beneficiar ou a procura de um estatuto social de cuidar de alguém. A reciprocidade depende de uma contra dádiva, ou seja, quando alguém está em dívida com algo ou alguém, por exemplo, quando anteriormente existiu uma oferta, ou seja, de pais para filhos, esposa para marido ou vice-versa. A complementaridade refere-se a um apoio

formal por parte do Estado, e por último, surge o compromisso principalmente afetivo, existindo um sentimento pela pessoa cuidada.

Atualmente, é possível indicar vários fatores que levam à assunção da prestação de cuidados (Quadro 17), tais como: a ideia depreciativa da institucionalização do idoso, com os sentimentos desprezíveis por parte da sociedade, dos lares e da falta de assistência da rede familiar, tendem a tornar-se motivos relevantes na assunção do papel de cuidador (Figueiredo, 2007).

Quadro 17 - O perfil do prestador de cuidados

Fator	Características
Sexo e idade	<ul style="list-style-type: none"> • Normalmente o ato de cuidar recai sobre um elemento feminino mais próximo; • Participação do sexo feminino está a aumentar; • Maiorias dos cuidadores situam-se entre os 45-60 anos.
Grau de Parentesco	<ul style="list-style-type: none"> • Os cônjuges são a principal fonte de assistência ao idoso dependente; • A filha assume também um papel de importância na prestação de cuidados; • Amigos e vizinhos tornam-se cuidadores na ausência de familiares.
Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> • Os casados são os principais prestadores de cuidados; • Solteiros ou divorciados; • Viúvos (percentagem menos significativa).
Proximidade geográfica	<ul style="list-style-type: none"> • Os cuidadores vivem próximo do idoso em situação de dependência.
Emprego	<ul style="list-style-type: none"> • Acumulação de uma profissão com a tarefa de cuidar pouco frequente na União Europeia.
Duração dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Tarefa de longa duração (+ de 15 anos) – Cuidador em Série.

As emoções são muitas vezes os principais motores na assunção do papel de cuidador informal, sendo que estas empurram de forma brutal o ser humano na ajuda do outro. No entanto, pode não haver uma motivação dominante e pode ocorrer o cuidado onde o sentimento não está presente (Quinn, *et al.*, 2010). Uma investigação realizada por Cahill (1999 citado por Quinn, *et al.*, 2010) pesquisou um grupo de mulheres cuidadoras de pessoas com demência, sendo que a maioria destas relataram que os motivos que as

levaram a assumirem este papel foi o sentimento de preocupação, e em seguida, e por ordem decrescente, o amor, dever, obrigação moral e culpa.

Um estudo realizado na região do grande Porto, por Pimenta e colaboradores (2009) a cuidadores de idosos fragilizados indicou como motivo principal na assunção do papel de cuidador a obrigação moral, seguindo-se a constatação que não há outra alternativa senão assumir este papel, ou ainda, que a pessoa cuidada e a família valorizam esse papel, sentindo-se dignos como pessoa.

Uma outra investigação a cuidadores informais de idosos dependentes por Acidentes Vascular Cerebral pertencentes a famílias do Grande Porto e Braga, realizada por Araújo, Paúl e Martins (2009) afirmaram que se tornaram prestadores de cuidados por falta de outras opções e por este papel já estar imaginado ou predeterminado. Efetivamente, as razões que levam a que um indivíduo assuma o papel de cuidador na vida de outra pessoa podem ser muito variadas, dependendo se existe ou não um grau de parentesco, no entanto uma das razões que parece assumir uma grande evidência é a obrigação moral.

Independentemente do motivo pelo qual se tornaram cuidadores, este grupo de pessoas desempenha um conjunto de atividades diárias perante um quadro de dependência de um idoso. O conhecimento do perfil dos cuidados e das suas dificuldades no processo de cuidar, permite aos profissionais de saúde planear e implementar políticas e programas públicos de suporte social voltados para a realidade do cuidador. Isso porque o cuidador está em condições de sobrecarga de trabalho, o que contribui para adoecer e para o desenvolvimento de situações de conflito entre o cuidador e o idoso dependente. O cuidador informal perante uma situação de dependência de um idoso possui determinadas funções que estão diretamente ligadas à manutenção do bem-estar do doente. O desempenho deste papel ganhou corpo e adquiriu forma. Os aspetos da vida pessoal, familiar, laboral e social dos familiares cuidadores predispõem a conflitos com a própria família e/ou ambiente que os envolve. A probabilidade de alguém se transformar em cuidador não se reparte de forma homogénea por diferentes variáveis como: sexo, idade, grau de parentesco e proximidade geográfica, tal como foi anteriormente discutido, o que pode levar a um aumento de tensões no seio familiar.

Os diferentes cuidadores sentem diferentes pressões na assunção do papel de cuidador. Alguns dos fatores mais relatados têm sido as expectativas que possuem em relação ao papel que têm que desempenhar, e em que circunstâncias podem abandonar esse papel, tendo em conta as características individuais, as características das famílias e a cultura envolvente. Assim sendo, quando se obtém o relato de um cuidador sobre o papel que este desempenha, é necessário ter muito cuidado para não generalizar, porque cada cuidador enfrenta diferentes problemas mediante as características que lhe são muito próprias. O cuidar emerge de uma relação já existente, não é um papel que é visto como um novo papel, mas como uma adição aos papéis já existentes na vida de um indivíduo, sendo vista pelos cônjuges, filhos, e até mesmo pelos amigos como um dos papéis mais relevantes nas relações sociais existentes nas suas vidas. Os cuidadores podem não só alterar os seus comportamentos, como também modificar a forma como veem o seu papel em relação ao recetor dos cuidados. Esta mudança pode ocorrer, por exemplo, devido ao aumento do nível de dependência do destinatário dos cuidados (Montgomery & Kosloski, 2009).

A seleção da pessoa que irá assumir o papel de cuidador não é meramente emocional ou conveniente. As forças institucionais, bem como as suas bases normativas, desempenham um papel importante na classificação e filtram as escolhas dos cuidadores. Apesar das ligações pessoais terem um papel importante, estas não explicam satisfatoriamente a razão pela qual alguns membros da família assumem com maior frequência o papel de cuidadores. Aparentemente, a escolha da pessoa para desempenhar o papel de cuidador dependerá da experiência de vida e da estrutura das relações familiares. Diferentes pessoas estão estruturalmente situadas em melhores condições do que outras para assumir o desempenho de determinadas tarefas. Nunca existe a situação de que várias pessoas tenham a mesma possibilidade de serem cuidadores, uma vez que socialmente este papel só pode caber a um único indivíduo. De um ponto de vista cultural existem determinados papéis já destinados a alguns membros da família. O protótipo destes membros seria constituído por mulheres solteiras, que residiam com a pessoa a cuidar, com estatuto laboral não ativo, o que geralmente corresponde às filhas das pessoas dependentes (Martín, 2005).

A investigação acerca da prestação de cuidados informais primários tem atribuído diferentes atividades básicas e instrumentais de vida diária. Algumas destas funções do

cuidador informal prendem-se com: a cooperação nos cuidados de higiene corporal (cabelo, unhas, pele, barba); estimular e/ou ajudar na alimentação; ajudar nos cuidados com as eliminações; apoiar na locomoção, incentivando e estimulando as atividades físicas; no apoio ao sair do leito, mesa/cadeira e voltar, ajudando-o na mobilidade, movimentando articulações, cedendo massagens de conforto; promover e estimular atividades de lazer e ocupacionais, estimulando a memória e o intelecto, mantendo o interesse pelo autodesenvolvimento (espiritualidade, autoestima, revisão da própria vida). O cuidador do idoso deverá estimular, manter ou adaptar o desenvolvimento de atividades laborais, segundo as possibilidades da pessoa. A higiene da casa, assim como todos os trabalhos domésticos pesados e leves, deverão pertencer ao papel do cuidador informal, favorecendo um ambiente seguro e confortável. Assegurar um ambiente descontraído para repousar adequadamente e proporcionar um sono reparador. De entre as principais competências do cuidador informal atenua-se o elo de ligação entre a pessoa cuidada, a família e a equipa de profissionais de saúde, sendo solidário com o idoso, escutando-o e confortando-o. O assegurar do transporte é outra tarefa de extrema importância, tanto nas deslocações dentro do domicílio ou em volta deste, como no transporte às consultas, exames ou hospitalizações, bem como prestar outros cuidados elementares no tratamento ao idoso (Finlayson & Cho, 2008; Vieira, *et al.*, 2011).

Os vários papéis realizados pelos diferentes indivíduos que interagem no cuidado ao idoso distribuem-se por familiares ou não familiares. Os apoios que estes idosos recebem pelos indivíduos não pertencentes à família são essencialmente fornecidos pela comunidade, vizinhos, padre/pastor ou amigos. O papel dos filhos incide sobre as atividades regulares e constantes, entre elas a alimentação, higiene, banho, barba, corte de cabelo, mobilização, transporte, ajuda financeira, tarefas domésticas, e atividades externas. O papel da comunidade baseia-se essencialmente no apoio emocional e financeiro, como o fornecimento de fraldas descartáveis, a cesta de alimentação básica, orações e diálogo. O papel do vizinho é usado particularmente em casos de emergência ou de grande necessidade por parte dos cuidadores primários (Nardi & Oliveira, 2008). O cuidar, surge muitas vezes diretamente ligado à prestação de cuidados diretos (Quadro 18), sendo de salientar também ao nível das atividades de vida diárias as seguintes tipologias: preocupação, supervisão, orientação, ajuda parcial e substituição (Sequeira, 2007).

Quadro 18 – Atividades da prestação de cuidados

Cuidados	Características
Preocupação	Surge em situações em que existe a possibilidade de ocorrer um problema ao desempenhar uma tarefa e com isso prejudicar a saúde.
Supervisão	É um tipo de vigilância com o objetivo de verificar se o idoso ao efetuar uma determinada tarefa fá-lo corretamente, sem danos para a saúde (neste ainda existe a capacidade de realizar algumas tarefas).
Orientação	Para que ocorra a orientação é porque existe uma incapacidade para realizar uma tarefa de forma autónoma, necessitando de ajuda no sentido de explicar como fazer.
Ajuda Parcial	Implica a substituição em parte de uma determinada tarefa, constitui um apoio complementar.
Substituição	Ocorre quando existe no idoso uma incapacidade total para o desempenho de uma determinada tarefa de forma a proporcionar bem-estar ao idoso.

As atividades anteriormente descritas como pertencentes a um leque intenso de funções que o cuidador informal desempenha provocam alterações negativas no prestador, no entanto, também é possível realçar aspetos positivos. Neste contexto, surge a família como o grupo primário que tem o papel mais importante no assumir do cuidar, especialmente quando se considera um compromisso a longo prazo.

Perante os conceitos explicitados no texto verifica-se que existe um elevado número de fatores, que em conjunto conduzem ao despertar do papel de cuidador, ocorrendo uma transição pacífica ou não para esta situação.

2.4. Transição para o papel de cuidador

O ser humano e a sua natureza revelam que a atitude e o comportamento que implicam o cuidado é uma característica primária do sujeito. Não existindo o cuidado, o homem deixa de ser humano, desmantela a razão e a paixão de viver e debilita-se, ou seja, perde o sentido e morre. Ao longo da vida, se não permanecer o cuidado em tudo o que se desenvolver e criar, tudo ao nosso redor desmorona-se (Boff, 1999).

O cuidar implica uma relação com o outro. Nesta investigação, o cuidar implica uma relação entre o cuidador informal e o idoso dependente. Este processo “cuidador” é algo que implica uma tomada de decisão sobre o que implica ser cuidador, que comumente não é tido em consideração, na medida em que rapidamente e sem pensarem, tornam-se prestadores de cuidados. Assim sendo, e muitas das vezes sem um processo racional e temporal, o cuidador vê as suas responsabilidades para com aquele indivíduo dependente a serem acrescidas às suas responsabilidades pessoais.

A intenção de tornar-se cuidador desperta o processo de transição que compreende modificações que ocorrem ao longo do ciclo vital. Estas alterações pessoais, sociais e emocionais necessitam de compreensão dos familiares e da sociedade. É necessário que estas modificações sejam reconhecidas pelos órgãos governamentais, pois estes medeiam a implementação de programas direcionados à população cuidadora, para efetivar o verdadeiro cuidado transacional (Abreu, 2008).

Em Enfermagem, o conceito de “*Transição*” é relevante e de elevado interesse para os profissionais de saúde e para a sua investigação. A Enfermagem consiste na facilitação dos processos de transição (Meleis & Trangenstein, 1994).

A transição é observada como uma passagem de um lado para o outro, ou seja, a transferência de um vértice inseguro para outro que transmite alguma segurança e que poderá levar a um certo equilíbrio (Chick & Meleis, 1986). Habitualmente, quando o indivíduo se encontra em situações causadores de stresse, os seus meios de adaptação ativam-se e proporcionam uma mudança no seu estado.

Zagonel (1998) refere na sua investigação que a transição deverá implicar uma mudança e um crescimento. Para que ocorra desenvolvimento terá que se encontrar uma resolução dos problemas e, conseqüente, contorno de forma positiva para que o ser humano possa evoluir e ultrapassar aquela fase.

Para Meleis (2012), a transição implica uma modificação no estado de saúde, na forma de relacionamento, nas esperanças e nas capacidades, realçando mudanças nas necessidades dos indivíduos, ou seja, os sujeitos caminham através da vida e continuamente experimentam mudança e transição.

É neste contexto que o conceito de transição para o papel de cuidador se insere, pois estes experimentam a mudança, na maioria das vezes de forma inesperada causando

um grande impacto nas suas vidas. O processo de cuidar introduz na vida do cuidador alterações às suas necessidades, que podem ocorrer de forma positiva ou negativa. Neste sentido, é fundamental que o cuidador reconheça estas modificações de forma inovadora. Só assim é possível atingir um equilíbrio nas respostas humanas ao nível fisiológico, psicológico, social, cultural ou espiritual. De acordo com a mesma autora, este processo implica alterações inerentes a um determinado papel, orientando os cuidadores a obterem novos conhecimentos e, conseqüentemente, alteração de comportamentos face a novos acontecimentos. Este processo implica tempo, mas também é variável consoante cada ser humano, na medida em que cada indivíduo tem uma capacidade única e pessoal para se adaptar consoante cada tipo de transição. Esta teoria aponta como pilares fundamentais: utente, transição, interação, processo de enfermagem, meio assistência e saúde (Meleis, 2012).

Em relação ao utente, este é um ser humano com diversos papéis na sociedade, papéis esses que lhe exigem uma verdadeira interação com o meio envolvente. Neste sentido, caso tudo ocorra dentro dos parâmetros considerados normais dessa interação, o indivíduo encontra-se em perfeito equilíbrio. No entanto, se ocorrer alguma situação provocadora de doença ou outros fatores de vulnerabilidade, esse equilíbrio altera-se e provocará desmoronamento dos seus pilares. Estes fatores denotam limitações das atividades de vida, aumento da dependência e da capacidade de se autocuidar (Abreu, 2008). É neste contexto que surge o aparecimento de um prestador de cuidados, é a ele que cabe a tarefa de responder essencialmente às necessidades humanas básicas do dependente.

A interação remete-nos para uma postura de ajuda, abrangendo um “conjunto de estratégias de compreensão, percepção e relação” (Abreu, 2008, p. 26), e favorecendo o mecanismo de equilíbrio da prestação de cuidados na interação entre doente/cuidador. Deste modo, é possível atingir um estado saudável dos intervenientes. Para o mesmo autor, a influência do meio ambiente nos processos de saúde e de doença é determinante na resolução dos problemas, incluindo os sistemas sociais, a família, a cultura e o contexto social. Efetivamente, quando o indivíduo se encontra inserido num contexto instável de constante mudança, no qual cada mudança provoque desequilíbrio, então este ser humano também se depara com permanentes desequilíbrios, não encontrando a sua recuperação e facilitação do seu bem-estar e saúde.

O conceito de saúde sempre foi muito discutido, no caso particular desta investigação adotou-se o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), que define saúde não apenas como ausência de doença, mas também um equilíbrio do bem-estar físico, mental e social. No sentido de observar a necessidade de articular todos os domínios e definir um conceito de saúde metaparadigmático, Meleis e Trangenstein (1994 citado por Abreu 2008, p. 29) referem que:

“o enfermeiro interage (interação) com o ser humano numa situação de saúde/doença (utente), o qual é uma parte integrante do seu contexto sociocultural (ambiente) e o qual está em alguma espécie de transição ou antecipando essa mesma transição (transição); a interação enfermeiro - cliente está organizada à volta de uma intenção (processo de enfermagem) e os enfermeiros usam algumas ações (intervenções terapêuticas) para aumentar ou facilitar a saúde e o bem-estar”.

A organização e a prestação de cuidados de enfermagem necessitaram de um método para elaborar a assistência ao indivíduo, desta forma, foi criado o Processo de Enfermagem. O foco principal deste processo foi criar uma estrutura que suporta as necessidades do indivíduo, da família e da comunidade, numa verdadeira interação entre o enfermeiro e o principal foco de atuação. Para a utilização deste processo são necessários conceitos e teorias de enfermagem, de forma a aprofundar os conhecimentos da mesma (Dell'Acqua & Miyadahira, 2002).

The Nursing Interventions Classifications (NIC) define intervenções de enfermagem como a implicação de um tratamento que implique o julgamento e o conhecimento científico, e que seja aplicado nos cuidados de enfermagem com resultados visíveis na evolução positiva do estado físico e mental do indivíduo (McCloskey & Bulechek, 1996).

Para Abreu (2008), a enfermagem encontra-se no caminho do indivíduo como um fator facilitador da transição, de forma a encontrar o bem-estar e que incluí ações de interação enfermeiro/doente, supervisão e/ou ensino de atividades para poderem suprir as necessidades dos próprios doentes, devido às incapacidades dos indivíduos.

O enfermeiro percorre todo um caminho de relação de ajuda com o cuidador ajudando-o a ultrapassar as complexidades do papel de prestador de cuidados. Abreu

(2001) reconhece quatro componentes do enfermeiro (Quadro 19) que estão intimamente relacionadas com este seu papel.

Quadro 19 – Componentes do papel do enfermeiro na relação de ajuda ao cuidador informal

Componente	Características
Cognitiva	Agregado de saberes de natureza cognitiva que o enfermeiro enaltece na relação com o utente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Contexto ➤ Situação saúde /doença ➤ Recursos ➤ Modos de intervenção de si próprios.
Processual	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estratégias de gestão da informação; ➤ Transferência de saberes para o tratamento do utente; ➤ Processos de intervenção; ➤ Supervisão; ➤ Recurso à investigação.
Avaliativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Processos de reflexão; ➤ Análise; ➤ Comparação no decorrer dos cuidados.
Emocional	Engloba a carga emocional de envolve os aspetos cognitivos e avaliativos do trabalho.

No processo de transição (Figura 8), Meleis *et al.* (2000 citado por Abreu 2008) identificou seis condições centrais que interagem entre si.

Figura 8 - Representação esquemática das condições centrais no processo de transição.



Adicionalmente, foram identificadas as condições da transição, nomeadamente, os significados (como por exemplo o significado que as pessoas atribuem à situação); as expectativas (face a uma situação); o nível de conhecimento e competências (quais os conhecimentos que a pessoa tem acerca da situação e quais as competências que já possui para lidar com ela); o ambiente (o ambiente físico, mas também psicossocial onde a pessoa está inserida); o nível de planificação (a planificação que a pessoa é capaz de desenvolver face à situação); e o bem-estar físico e emocional (o nível de bem-estar físico e emocional conseguido na situação) (Schumacher & Meleis, 1994).

As transições, tal como foram abordadas anteriormente, podem ser consideradas de desenvolvimento, situacionais ou de saúde-doença. Existem duas transições de desenvolvimento que podem estar associadas com problemas de saúde psicológicos e biofisiológicos: a transição da infância para a adolescência, a qual tem o potencial de estar associada com problemas que surgem com o abuso de drogas ou gestação na adolescência, e a transição da idade adulta para a terceira idade, período acompanhado de problemas geriátricos relacionados a identidade, reforma e doença crónica (Meleis, 2012).

A mesma autora define outra transição dentro do domínio de enfermagem designada como transição situacional. Esta transição inclui, por exemplo, a adição ou perda de um membro da família por nascimento ou morte. Cada situação requer uma definição

ou redefinição dos papéis em que o indivíduo (uma pessoa fora do círculo familiar ou mesmo um familiar) está envolvido. Embora todas as transições sejam responsáveis por alterações na vida de cada pessoa e tenham implicações importantes na sua saúde e bem-estar, a transição para o papel de prestador de cuidado de um idoso dependente é um exemplo de uma transição especialmente crítica.

De facto, as respostas dos cuidadores informais que estão a passar por processos de transição são variadas e incluem aspetos internos e externos que circundam o momento. A presente investigação situa-se no domínio de uma transição situacional que afeta o cuidador na sua totalidade.

O processo de tornar-se cuidador pode ser imediato ou gradual e as decisões para assumir os cuidados são mais ou menos conscientes. Atualmente podem ser diversos os motivos que contribuem para que uma pessoa se torne cuidadora principal, tal como foi anteriormente mencionado.

Segundo Jani-Le Bris (1994), as vias de entrada para a prestação de cuidados são duas: um processo sub-reptício ou no surgimento de um incidente inesperado. O primeiro processo denominado por sub-reptício acontece quando há uma lenta progressão de perda de autonomia da pessoa de quem se cuida, sendo difícil para o cuidador precisar a data de início dos cuidados, pois começa a cuidar sem ter consciência que essa pessoa está cada vez mais dependente de si. O segundo processo, designado de acontecimento inesperado, poderá ter três origens: doença ou acidente, seguido de uma saída do hospital que impede o retorno ao domicílio no caso de o doente viver sozinho; a viuvez; e a demissão ou morte da pessoa que prestava cuidados. Nestes casos, é mais fácil para o cuidador determinar a data que iniciou a prestação de cuidados e a tomada de decisão será realizada de forma mais consciente. A mesma autora destacou outro processo designado por vias de entradas intermédias, pois englobam situações como a interrupção do processo sub-reptício, ou seja, uma prestação de cuidados repentina, mas intensa e que um dia se poderá tornar definitiva.

2.5. Repercussões associadas ao cuidar

As necessidades decorrentes da prestação dos cuidados a idosos dependentes denotam um leque variado de características individuais dos cuidadores informais, alterando conforme diversos fatores, tais como: o grau de dependência do idoso, a sua situação financeira e os meios de apoio existentes na comunidade.

Uma revisão sistemática da literatura que se baseou nas necessidades dos cuidadores de idosos dependentes constatou que estes sentiam uma forte necessidade de formação / informação, suporte profissional, de uma comunicação eficaz, apoio jurídico e financeiro no decorrer da prestação de cuidados a idosos (Silva, Teixeira, Teixeira, & Freitas, 2013).

Quaresma (1996), defende que entre as necessidades do cuidador informal, evidenciam-se as técnicas, as financeiras, as de proteção e assistência / apoio social, a disponibilidade de tempo, os apoios da comunidade, a facilidade em estar acompanhado, o acesso à formação e informação (Quadro 20).

Quadro 20 – Tipo de necessidades dos cuidadores informais

Tipo de Necessidades	Características
Técnicas	Possibilitando uma maior autonomia do idoso dependente; auxiliando na ajuda do prestador de cuidados (camas articuladas, cadeiras de rodas, andadores e bengalas).
Financeiras	Relevante às despesas com o idoso (saúde, alimentação e apoio social).
Proteção, assistência e apoio social	Devido às privações resultantes da incompatibilidade em continuar a assumir uma atividade profissional e a prestação de cuidados.
Disponibilidade de tempo	Aumentando o seu próprio isolamento causado pelas funções e responsabilidades que assume, de forma a possuir tempo livre para as suas próprias necessidades.
Apoios da comunidade	Facilitando o acesso à informação e permitindo, assim, a entrada dos serviços disponíveis.
Facilidade em estar acompanhado	Conviver e ser próprio ao nível psicossocial, permitindo a partilha da situação em que se encontra, dos seus receios e/ou dificuldades.
Acesso à formação	Permitir a ajuda mais adequada ao idoso dependente cuidado.
Acesso à informação	Sobre o modo como ajudar de forma mais eficaz o idoso dependente, com o reconhecimento dos serviços disponíveis na sociedade.

A natureza das diferentes necessidades emergentes da prestação de cuidados está relacionada com vários determinantes, entre eles o ambiente, que poderá ser o ambiente familiar, o suporte social, o suporte emocional, o ambiente físico, ou mesmo determinantes relacionadas com o próprio cuidado. Em relação ao ambiente familiar, muitos cuidadores afirmaram que até já vivenciavam problemas neste contexto antes de assumirem o cuidado. O suporte social é algo comumente referido como um apoio de natureza restrita. A maioria dos cuidadores referem possuir alguém com quem partilhavam alguns dos seus sentimentos. O ambiente físico foi um fator referido como desfavorável e determinante de tensão no cuidador, pois não possuem estruturas na casa, como quarto ou casa de banho adequada às necessidades do idoso dependente. O fator relativo à duração temporal da prestação de cuidados é mais importante no desenvolvimento de alterações físicas e emocionais no cuidador do que o tipo de ação por ele realizada (Fernandes & Garcia, 2009).

Alguns investigadores referem que as necessidades relatadas pelos cuidadores baseiam-se essencialmente nas terapêuticas, educacionais, psicológicas, emocionais e económicas, e prático-instrumental. Estes indivíduos apontam para a necessidade de conhecer exatamente os diagnósticos sobre a doença dos idosos dependentes e a sua terapia farmacológica. Em relação às necessidades educacionais, mencionam a necessidade de formação sobre o desenvolvimento das capacidades comunicacionais, o conhecimento do manuseamento não farmacológico e a forma de gerir as desordens comportamentais com o paciente, assim como sessões de treinos para melhor orientação do idoso. A falta de competência na gestão do stresse, a necessidade de ajustar as reações emocionais como a ansiedade, sentimento de culpa, depressão, solidão, raiva, e vergonha são designadas por necessidades emocionais. Neste contexto, os cuidadores também referem os problemas relacionados com a mudança de papéis que ocorrem na vida ao tornarem-se prestadores de cuidados, bem como a dificuldade em gerir o luto, o respeito e o reconhecimento dos cuidadores. As carências económicas para gastos médicos ou, simplesmente para necessidades básicas, são também frequentemente mencionados pelos cuidadores. As tarefas do cuidado diário ao idoso dependente, assim como a acumulação das tarefas domésticas são fatores precipitantes de tensão para o cuidador (Guedea *et al.*, 2009; Rosa, *et al.*, 2010).

Uma investigação que abrangeu 128 cuidadores de doentes com Alzheimer, realizada por Wackerbarth e Johnson (2002) detalha-nos as necessidades essenciais de informação geral, suporte, e as informações pessoais. Neste contexto, e em relação às necessidades de informação em geral, verificou-se que os cuidadores consideravam importante saber onde encontrar os melhores cuidados, o que esperar destes cuidados, e, ainda, como planear e providenciar os cuidados. Adicionalmente, referiram uma grande necessidade de conhecer os termos e os diagnósticos médicos, bem como efetuar uma pesquisa atual sobre estes elementos. No que diz respeito ao diagnóstico e tratamento das patologias, os cuidadores mencionaram sentir necessidade de conhecer os resultados dos exames, estar ao corrente das opiniões sobre os tratamentos, assim como obter ajuda nas decisões dos tratamentos. Os cuidadores também consideraram como algo fundamental conhecer o comportamento do paciente durante os tratamentos, bem como a explicação dos seus resultados. Em relação às necessidades de apoio, os cuidadores indicam como principal fator os cuidados emocionais. Outros fatores considerados relevantes são o ter em conta os seus sentimentos e a capacidade de comunicação com o recetor dos cuidados.

Neste contexto, a adequação da linguagem e o fornecimento de informação pertinente e abrangente sobre o diagnóstico e expectativas, bem como as alternativas terapêuticas induzem, tanto no doente como nos cuidadores, uma sensação de controlo. Esta sensação de que participam ativamente na sua terapêutica e na via de tratamento aumenta a sua sensação de bem-estar, bem como de qualidade de vida.

As consequências do ato de cuidar conduzem a alterações na vida e no bem-estar dos cuidadores informais/familiares dos idosos dependentes, estas consequências dificultam a prestação de cuidados, interferindo tanto no bem estar emocional do cuidador como o doente dependente (Floriano *et al.*, 2012).

Vários investigadores têm estudado o impacto negativo que o cuidar conduz, no entanto, os benefícios também são evidentes, embora se encontrem menos estudados. O cuidado pode ter um significativo impacto negativo sobre o bem-estar psicológico e a saúde do cuidador, daí a necessidade dos profissionais de saúde intervirem de forma adequada e oportuna para que a situação do cuidador não se deteriore com a continuidade dos cuidados.

Uma investigação levada a cabo por Sequeira (2013) a cuidadores informais de idosos dependentes, teve como objetivo analisar, no contexto português, as principais dificuldades, estratégias, fontes de satisfação e níveis de carga associadas ao cuidar. Esta investigação estabelece uma comparação entre os cuidadores de idosos dependentes devido a causas físicas, e os cuidadores de idosos dependentes devido a causas mentais. Os resultados obtidos neste estudo demonstraram que os cuidadores de idosos dependentes devido a alterações mentais evidenciavam maiores dificuldades, essencialmente relacionadas com restrições sociais e de relacionamento. De uma forma geral, os cuidadores indicaram que a pessoa de quem cuidam os consegue conduzir à loucura. Não conseguem encontrar tempo para descansar, o que vai induzindo alterações significativas no sistema nervoso. Adicionalmente, referem que os restantes membros da família não ajudam tanto quanto gostariam, o que leva à geração de emoções negativas. Neste contexto, tentam encontrar diversas estratégias para minimizar o impacto da prestação de cuidados. Por outro lado, os cuidadores de idosos dependentes devido a causas físicas tinham uma melhor noção das medidas a adotar. Os cuidadores focavam-se nas estratégias da prestação de cuidados. Uma grande maioria dos cuidadores referiu que tentavam manter os idosos o mais ativos possível, tentando várias soluções até encontrar a que melhor se adequava à sua situação. Estes cuidadores indicavam procurar ativamente resoluções de ajuda social ou encontrar estratégias baseadas no problema e no ambiente envolvente. Estes procuravam informação sobre o problema em questão e medidas preventivas e, ainda, partilhavam o problema com alguém, tornando assim a pressão psicológica inerente do ato de cuidar menos proeminente, do que no caso dos cuidadores de idosos dependentes por causas mentais.

Os pesquisadores desta temática têm vindo a argumentar que a saúde e o bem-estar dos cuidadores afeta o cuidado que eles são capazes de fornecer às pessoas debilitadas. As repercussões que se manifestam sobre quem cuida, variam ao longo do processo de cuidar, sendo que a sobrecarga é mais intensa no início da relação, com probabilidades de diminuir à medida que o cuidador se vai adaptando à nova situação e vai adquirindo mais competências para cuidar (Gonçalves, *et al.*, 2011), bem como atividades que exigem atenção, amor, carinho e apoio emocional (Elliott, Shewchuk, & Richards, 1999; Vieira, *et al.*, 2011), no entanto, com o avançar do tempo, o cuidador vai-se adaptando a tais tarefas.

Pimenta, Costa, Gonçalves e Alvarez (2009) investigaram cuidadores informais da região do Grande Porto que indicaram sentir cansaço com frequência, chegando mesmo a perceberem o seu próprio estado de saúde como algo que se degrada, necessitando eles próprios de cuidados de saúde. O tempo de trabalho fora de casa diminuiu, assim como a possibilidade de ir de férias, ou simplesmente de ter tempo para os amigos. Desta forma, veem reduzindo o tempo de lazer, o que leva a que eles se sintam cada vez mais deprimidos e stressados, sem tempo para cuidar de si próprios. Verifica-se um aumento dos problemas económicos e com o cônjuge. Efetivamente, somente 15% dos 120 cuidadores que participaram neste estudo referiram que o cuidar não provocava consequências.

O fator acumulativo da necessidade de prestação de cuidados de forma sistemática provocam pressões, tornando os cuidadores informais em potenciais doentes, sendo que são frequentemente apontados como as segundas vítimas da doença. É comum que se esqueçam de cuidar de si próprios em prol de atender às necessidades do idoso, relegando-se para segundo plano e envolvidos por uma rotina stressante, o que em muitos casos resulta num cansaço excessivo. A maior parte dos cuidadores possui alguma patologia, entre as mais referidas figuram a hipertensão, diabetes, depressão, e doenças relacionadas com a coluna (Miguel, *et al.*, 2010).

Nesta linha de pensamento existe um estudo espanhol sobre a qualidade de vida das mulheres cuidadoras levada a cabo García-Calvent, Rodríguez e Navarro (2004) que revela um impacto negativo sobre a saúde física e psicológica destas prestadoras de cuidados. Estas cuidadoras têm uma perceção negativa sobre a sua própria saúde, indicando ter um ou mais problemas crónicos, físicos, bem como problemas emocionais e um grande uso de medicação. As alterações decorrentes do ato de cuidar têm algumas repercussões em relação à vida laboral, sendo a mais referida o impedimento em aceder a um emprego, diminuindo as possibilidades de trabalhar fora de casa, tendo muitas vezes de deixar de trabalhar de forma temporária ou até definitiva.

Na maior parte das vezes, a rotina diária é alterada, colocando de parte a vontade própria do cuidador e as suas preferências, em detrimento das exigências do idoso dependente. Uma investigação a cuidadores brasileiros, com idosos familiares a seu cargo, demonstrou que a rotina diária do cuidar provoca alterações na integridade física, no entanto, caso o cuidador seja contratado para essa tarefa, estes exercem o cuidado como

algo que não fatiga. Esta afirmação parece, de facto, sugerir que a ausência de laços familiares isenta os cuidadores não familiares de um envolvimento emocional desgastante (Thober, *et al.*, 2005).

É necessário que todos aqueles que cercam o cuidador informal, desde os profissionais de saúde, familiares, a amigos, revelem preocupação com a saúde do cuidador, de forma a prevenir o impacto emocional negativo e a sobrecarga que pode afetar gravemente a sua vida (Cerqueira & Oliveira, 2002; Martins, Pais, & Garret, 2003). Estes autores defendem que é um processo contínuo, raramente reversível, que encerra cinco situações de crise: consciência da degeneração, imprevisibilidade, limitações do tempo, relação afetiva entre cuidador e o sujeito alvo dos cuidados, e a falta de alternativas de escolha.

A sobrecarga percebida pelos cuidadores poderá ser subjetiva ou objetiva. A sobrecarga subjetiva é confrontada pelos sentimentos, atitudes e estados emocionais do cuidador e do ato de cuidar, incluindo a forma como sentem a situação de sobrecarga e o seu desânimo, ansiedade ou depressão (Brito, 2002; Morris, Morris, & Britton, 1989). Por outro lado, a sobrecarga objetiva é definida como os acontecimentos e atividades concretas, quantificáveis e observáveis (Paúl & Fonseca, 2005), ou seja, está diretamente relacionada com a situação da doença e dependência, com o tipo de cuidados necessários e com as repercussões da situação na vida do cuidador informal.

Paúl (1997) indicou que na avaliação da sobrecarga subjetiva é necessário ter em atenção, não apenas variáveis objetivas, como também todo o conjunto de variáveis mediadoras que influenciam a resposta emocional do cuidador. Exemplos desta afirmação são: o tipo de relação afetiva com a pessoa cuidada, o grau de apoio sentido, as estratégias de *coping* utilizadas, e os significados atribuídos à situação.

Segundo Jiménez, Salvá, Travieso, Tocabens e Chang de la Rosa (2013) o *coping* pode assumir-se de diferentes formas: comportamental, cognitivo e focado. O *coping* comportamental inclui formas ativas e passivas. As ativas são aquelas que se caracterizam pela luta contra o problema e a visão na resolução do problema que está diretamente implementando, por exemplo, num plano de ação. As formas passivas incluem o descompromisso comportamental, a busca de apoio social por razões instrumentais e evitando escapar e concentrar-se nas tarefas ou atividades. Por outro lado, o *coping*

cognitivo ativo refere-se a uma análise lógica da situação e resulta de uma desconstrução do problema em pequenas partes, com o teste de alternativas e as suas consequências prováveis. Neste tipo de *coping* pode-se incluir o redireccionamento da vida (reformulação da situação com base numa busca dos significados positivos, abordando a situação com humor, ou aprendendo a viver com a situação). Entre as formas de esquiva, encontram-se a reivindicação, ao negar a situação, descompromisso mental através da religião, ou a utilização de substâncias (álcool). Por fim, o *coping* focado nas emoções está entre as formas ativas, ao ser responsável por diminuir a intensidade da resposta emocional negativa, a recuperação emocional, o confronto e a regulação emocional, além do procurar apoio afetivo, onde a experiência emocional é compartilhada com os outros. As formas passivas incluem a descarga emocional e a expressão de sentimentos negativos, bem como a ventilação das emoções.

No decurso da prestação de cuidados informais, os cuidadores ficam desprovidos do seu escudo protetor e os conflitos que daí possam advir interferem na vida pessoal, familiar, laboral e social. É comum observar-se um maior número de patologias psiquiátricas nos cuidadores (Zarit, 1997), aborrecimentos pessoais e familiares disseminam-se rapidamente, ocorrendo isolamento social e sentimentos de obrigações morais geradoras de tensões. A saúde mental e física dos cuidadores debilita-se com o tempo despendido para cuidar de alguém com dependência física ou mental.

Um estudo internacional demonstrou as alterações na saúde dos indivíduos ao longo de dois anos de prestação de cuidados. Os resultados mostraram claramente que, ao longo do tempo pré-determinado, os cuidadores necessitaram de maior necessidade de ajuda com atividades pessoais e instrumentais da vida diária, verificando-se que tanto a saúde física como mental diminuiu no período em que decorreu a investigação (Haug, *et al.*, 1999).

Segundo Martins, Ribeiro e Garret (2002), num estudo realizado com familiares cuidadores de doentes com AVC, é possível afirmar que os/as maridos/esposas apresentavam níveis mais elevados de ansiedade e depressão do que as filhas/noras. Este facto pode ser justificado tendo em atenção que os cônjuges enaltecem sobretudo as situações de dependência e as suas consequências na dinâmica das suas vidas quotidianas.

Estes autores defendem a existência de ligações entre a dependência e a sobrecarga física, emocional e social do cuidador.

Numa outra vertente, um estudo internacional realizado por Jiménez, Salvá, Travieso, Tocabens e Chang de la Rosa (2013) teve como objetivo a caracterização da sobrecarga e as formas de *coping* usadas pelos cuidadores informais, utilizando o questionário COPE. De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que ocorreu uma sobrecarga em 47,62 % dos cuidadores do estudo. Entre estes, as mulheres encontravam-se em maioria e representavam 90% das situações de sobrecarga. A idade que prevaleceu no grupo de cuidadores foi de 60 anos ou mais, seguido pelo grupo entre 40-59 anos. Em ambos os grupos distribuíram-se as maiores percentagens dos cuidadores que sofreram a sobrecarga 50 e 40%, respetivamente. Também se verificou que os cuidadores mais sobrecarregados eram casados (50%), seguido por solteiros (35%). A maioria eram filhos e cônjuges, sendo que a sobrecarga era mais frequente em cuidadores com nível de escolaridade superior e médio (45%), seguido do nível secundário (25%). Ao longo do estudo, observou-se uma maior percentagem de sobrecarga naqueles que cuidam de doentes mais de 12 horas por dia (63.6%), confirmando deste modo que a sobrecarga aumenta com o aumento do número de horas de cuidados.

Os resultados obtidos no estudo acima citado são consistentes com alguns anteriores a estes, na medida em que os cuidadores informais experimentam morbidez psicológica substancial na forma de depressão, além da sobrecarga do cuidado quando assumem o papel do cuidador informal, recorrendo a várias estratégias para lidar com as estirpes associadas com as exigências físicas e emocionais complexas envolvidas no cuidado (Papastavrou, Charalambous, & Tsangari, 2012).

Uma investigação realizada por Gonçalves, Costa, Martins, Nassar e Zunino (2011), no grande Porto, a idosos e respetivos cuidadores, demonstrou que a perceção da qualidade de vida tem um valor subjetivo importante, dado que influi diretamente no bem-estar, na saúde e na sensação de maior ou menor competência para administrar a própria vida em qualquer circunstância.

De facto, e muito embora as consequências negativas decorrentes do ato de cuidar tenham vindo a receber uma maior atenção por parte da maioria dos investigadores, é de

salientar também os aspetos positivos decorrentes da prestação de cuidados, que não são menos importantes e são fator de motivação na continuidade desses mesmos cuidados.

As fontes de satisfação vivenciadas ao longo da relação cuidador/idoso dependente podem estar diretamente relacionadas com a dança afetiva que se move entre estas duas pessoas. De acordo com Brito (2002, p. 45):

“em casos que os elementos gratificantes relacionam-se com os significados atribuídos pelo prestador de cuidados (...) desde o facto de estar a desenvolver novas competências e capacidades, até ao sentimento de estar a cumprir um dever moral ou de estar a retribuir cuidados ou carinho recebidos no passado, passando por todo um conjunto de “pequenas coisas e pequenos nada” que no quotidiano podem revestir-se do maior valor, pela forma como mantêm ou aumentam a autoestima da pessoa, até pelo reconhecimento que outros expressam acerca do seu desempenho”.

Desta forma, inserem-se neste contexto muitos dos prestadores de cuidados que realçam a forma positiva como encaram a prestação de cuidados e todos os elementos que podem gratificar as suas vidas.

No estudo desenvolvido por Neri e Sommerhalder (2002) sobre os benefícios do ato de cuidar, estes mencionaram o aumento do sentimento de orgulho, da destreza que adquirem para resolverem problemas e desafios, bem como a habilidade no controlo das mais diversas situações do dia-a-dia. Estes factos possibilitam-lhes um crescimento pessoal, que por sua vez lhes permite sentirem-se retribuídos e retribuírem. É ainda de realçar que, muito embora possam efetivamente surgir estes benefícios, eles não deverão atuar como desculpa que isente a participação das entidades públicas. A família não deve assumir toda a responsabilidade, sendo que esta prestação de cuidados deve ser partilhada, pois todos os benefícios realçados não descartam a presença de sentimentos de tensão, sobrecarga, cansaço fácil, diminuição do tempo para a vida pessoal, bem como o aumento de conflitos e doenças associadas.

A importância das “pausas nos cuidados”, ou seja, a substituição temporária do cuidador principal através, por exemplo, de internamentos temporários é muitas vezes relatada pelos cuidadores informais e formais. Alternativamente, pode-se recorrer-se a cuidadores secundários ou terciários de forma a proporcionar tempos de repouso ao cuidador principal. É necessário criar a possibilidade de travarem novas experiências no

quotidiano, com o intuito de restabelecerem as relações sociais, sendo que todos estes elementos irão favorecer o aparecimento de sentimentos de satisfação e que se podem repercutir positivamente nos cuidados prestados (Brito, 2002).

Segundo Dahdaha e Carvalho (2014) os cuidadores de idosos dependentes, nomeadamente as cuidadoras têm uma vantagem no domínio psicológico, apontando para o contato com sentimentos de amor, proximidade e responsabilidade pelo idoso, de sentir-se bem consigo mesmas, estar satisfeitas com esse papel. Além de satisfação e sensação de dever cumprido, ressaltaram sentimentos de solidariedade, melhoria nas relações e maior coesão com outros familiares, no entanto, também apresentavam elevados índices nos itens tristeza pela irreversibilidade do quadro do idoso, sobrecarga, irritação e ansiedade.

A criação de estratégias facilitadoras de situações positivas e que não proporcionem ambientes críticos para os cuidadores são essenciais ao longo de todo o processo de cuidados, devem ser valorizados por todos os grupos profissionais que direta ou indiretamente relacionam-se com os cuidadores informais.

2.6. Estratégias facilitadoras da prestação de cuidados

A experiência do cuidado abarca especificações que determinam as necessidades de intervenção do profissional de saúde. No entanto, este profissional necessita de conhecer o cuidador, o idoso e o contexto da prestação de cuidados. Na medida em que, somente desta forma é possível compreender todo o leque de intervenientes e interferências que destabilizam o processo de cuidar e provocam o aparecimento de emoções negativas. Com o intuito de ajudar a ultrapassar estes determinantes, o profissional de saúde deverá identificar as necessidades e estimular as estratégias adequadas que facilitem a relação terapêutica.

A definição do tipo de serviços de apoio que será necessário proporcionar aos prestadores de cuidados não é uma questão simples. Efetivamente, é muito raro os prestadores de cuidados serem o foco direto de uma intervenção (Jegermalm, 2003).

Do ponto de vista de Sequeira (2007), as estratégias de *coping* podem ser treinadas e potenciadas, sendo que o profissional de saúde deve conhecer as necessidades do

cuidador informal e do contexto onde estes se inserem e, desta forma, adequar as intervenções facilitando a prestação de cuidados (Quadro 21). Neste sentido, o profissional de saúde desempenha um papel ativo, nomeadamente no aumento do bem-estar e da autoestima do cuidador, facilitando ajuda na resolução de situações de conflito/crise. Assim sendo, a participação multidimensional do profissional de saúde pode recorrer a várias intervenções que podem ser ajustadas a cada caso em particular.

Quadro 21 – Estratégias gerais de apoio ao cuidador informal

Estratégia	Descrição
Facilitadoras da prestação de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientar na necessidade dos cuidados e suas rotinas, na criação de um ambiente adequado e nas estratégias de apoio; ✓ Orientar para a importância da manutenção do idoso (estimulação, deambulação, participação social e estimulação cognitiva); ✓ Informação sobre a patologia e a sua evolução e a gestão do regime terapêutico correto; ✓ Informar sobre as ajudas técnicas, e a forma de solicitar ajuda, assim como sobre as estratégias de resolução de problemas; ✓ Informar sobre estratégias de comunicação verbal e não-verbal.
Sistemas de apoio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informar a família sobre a necessidade de apoio; ✓ Informar sobre os sistemas de apoio disponíveis e a sua adequada utilização, como grupos de autoajuda e a participação em atividades sociais; ✓ Determinar o grau de apoio familiar e facilitar o seu envolvimento na prestação de cuidados.
Apoio ao cuidador principal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporcionar conhecimentos sobre a prestação de cuidados, disponibilizando ajuda e esclarecendo dúvidas; ✓ Ajudar a identificar as dificuldades e sobrecarga e as estratégias para as superar, bem como o treino de estratégias específicas; ✓ Promover a adoção de estratégias de <i>coping</i> eficazes, verbalização de sentimentos e expectativas, disponibilizando um “espaço” de escuta ativa; ✓ Orientar para atividades promotoras de saúde e necessidade de vigilância da saúde, informando sobre recursos em situações de urgência.
Promoção da participação da família	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar as capacidades e recursos da família para participar na prestação de cuidados tendo em conta o estado de saúde e suas necessidades, disponibilizando ajuda; ✓ Orientar sobre estratégias a adotar para lidarem com situações potencialmente stressantes; ✓ Identificar grau de coesão e adaptação da família, potenciar as formas de superação familiar consciencializando da importância da participação com o intuito de aliviar o cuidador informal.

Um estudo internacional que visou a revisão da literatura de cuidadores adultos de pessoas com cancro ou a receber cuidados paliativos, realizado por Harding, List, Epiphaniou e Jones (2011) identificou 7 tipos de intervenção:

- a) modelos psicológicos individuais;
- b) intervenções psicológicas duplas para doentes/cuidadores;
- c) intervenções de cuidados paliativos;
- d) informações e as intervenções de treino;
- e) intervenções de pausa;
- f) intervenções de grupo;
- g) intervenções físicas.

Relativamente aos modelos psicológicos individuais, nomeadamente às intervenções, estas são de carácter psicoeducativos. Estes modelos visam interferir na capacidade que o cuidador tem de enfrentar as situações decorrentes da sua prestação de cuidados. Neste sentido, pode dizer-se que tem como objetivo aumentar a perceção, a competência, as recompensas e, conseqüentemente, a diminuição da angústia dos cuidadores. Ao longo do tempo, têm vindo a ser relatadas várias intervenções usadas em estudos científicos, nomeadamente intervenções como as visitas semanais presenciais ou por telefone, com o objetivo de apoiar os prestadores de cuidados deprimidos. Quanto às intervenções psicológicas duplas para doentes/cuidadores, tem-se vindo a demonstrar uma melhoria da qualidade de vida, diminuição da incerteza, maior autoeficácia e melhor comunicação entre doentes e cuidadores, bem como a diminuição do stresse e depressão (Harding, List, Epiphaniou, & Jones, 2011).

Uma revisão da literatura efetuada por Melo, Rua e Santos (2014) corroboram algumas das estratégias acima mencionadas como as intervenções de apoio, que permitem pausas na prestação de cuidados ao cuidador informal, através do apoio dos vizinhos amigos, família, como apoio de outros recursos, como os centros de dia, grupos de voluntariado, entre outros. As intervenções psicoeducativas também se destacam através de programas de capacitação do cuidador, fomentando tanto conhecimentos práticos como incidindo nas estratégias de *coping* e apoio emocional. As intervenções multicompetentes debruçam-se nas necessidades demonstradas por cada cuidador informal. Todas estas

estratégias permitem uma diminuição da sobrecarga, respeitando a individualidade de cada dador/recetor de cuidados.

Os investigadores supracitados insistiram na ideia que a intervenção (uma das estratégias utilizadas) que visa fornecer informação e formação, devia ser baseada na utilização de uma lista de questões abertas. Esta metodologia permitiu que o cuidador pudesse aumentar o número de questões, colocando assim as suas dúvidas e anseios durante a consulta. As intervenções de pausa demonstraram ser eficazes para os cuidadores do estudo, na medida em que estes evidenciaram satisfação com a oportunidade para descansar, sendo esta pausa compreendida como um meio para aumentar a competência na prestação dos cuidados.

Por outro lado, é possível falar das intervenções de grupo, pois existem melhorias significativas para o cuidador, sintomas do doente e diminuição do sentimento de sobrecarga do cuidador. A última intervenção possível refere-se à intervenção física. Neste caso, evidenciou-se que a participação em atividades como o ioga pode ser benéfica como estratégia de superação (Harding, *et al.*, 2011).

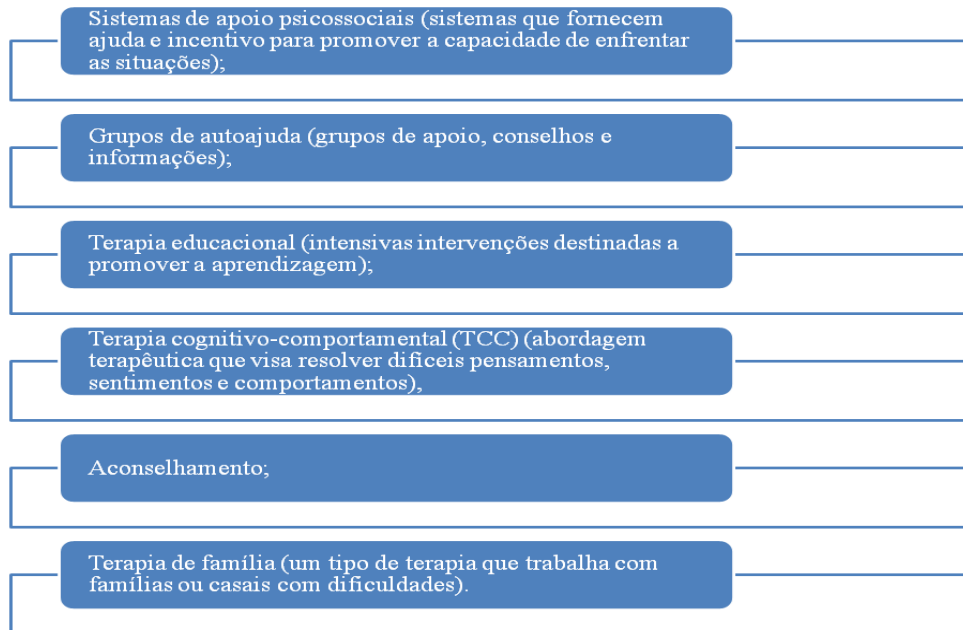
A família e os amigos são muitas vezes o grande apoio dos cuidadores de pessoas em final de vida. Este apoio é fundamental e favorece o aparecimento de emoções positivas, que em última análise são benéficas, tanto para o cuidador, como para o idoso. É necessário evitar o aparecimento de inquietações que possam afetar tanto o cuidador como o idoso e, desta forma, tornarem-se preocupantes, tanto a nível físico como mental. As estratégias de apoio desenvolvidas podem proporcionar o carinho e o apoio prático. No entanto, não é claro que estas estratégias sejam benéficas para todos os cuidadores.

Uma revisão bibliográfica do tema, levada a cabo por Candy, Jones, Drake, Leurent e King (2011) avaliou intervenções para apoiar a família e os amigos do doente em final de vida demonstrou que as intervenções efetuadas num curto espaço de tempo não resultavam numa diminuição significativa do sofrimento psicológico. Efetivamente, estas intervenções não tinham um papel benéfico no sentido de melhorar a situação e aumentar a qualidade de vida.

Numa outra visão, Santin, Coleman, Mills, Cardwell e Donnelly (2012) analisaram, as estratégias psicossociais (Figura 9), essencialmente constituídas por intervenções não

farmacológicas que incluem componentes psicológicas e sociais que visam a diminuição da tensão resultante da prestação de cuidados.

Figura 9 - Representação esquemática das estratégias psicossociais



Ainda dentro desta temática, uma investigação americana, realizado em Chicago por Joyce, Berman e Lau (2014), na qual foram efetuadas 120 entrevistas telefónicas a cuidadores de doentes em final de vida e no qual se avaliou o apoio formal e informal dos cuidadores familiares no domicílio relativamente à gestão dos medicamentos. Os dados obtidos permitiram verificar que 39% dos cuidadores não tinham nenhum apoio adicional com a gestão de medicamentos, 22,5% recebiam apoio formal, 37% apoio informal, e 7,5% recebiam os dois tipos de apoios. Dos cuidadores que recebiam apoio formal (19%) e informal (31%) relataram desentendimentos relativamente ao plano de medicação instituído. Também se constatou que os cuidadores que vivem com os doentes nas suas casas e que não recebem apoio formal tendem a ser minorias raciais e étnicas e relatam maior carga emocional. A falta de apoio informal aos cuidadores era referente, principalmente aos cônjuges dos doentes ou a outras pessoas que relatavam experiências carinhosas para com os doentes em fim de vida. Este estudo sugeriu que uma elevada proporção dos cuidadores podem não ter suporte na gestão dos medicamentos em doentes

que recebem cuidados paliativos em casa, sendo este um dado particularmente preocupante.

Segundo Jiménez, Salvá, Travieso, Tocabens e Chang de la Rosa (2013) a maioria dos cuidadores não participavam em programas educacionais (95%), sendo que estes 95% evidenciaram sinais de sobrecarga. Estes programas são oferecidos nas áreas de saúde e tentam ajudar os cuidadores a identificar e compreender as emoções que experienciam. O tipo de estratégias mais usadas pelos cuidadores foi a aceitação, seguida do *coping* ativo da reformulação positiva. Por outro lado, os menos utilizados foram o uso de substâncias e a negação. Dos diversos tipos de *coping*, verificou-se que a amostra recorreu mais predominantemente ao comportamental ativo, que inclui atividades diretamente destinadas à modificação ou minimização do impacto da sobrecarga; sendo que o menos utilizado foi o cognitivo passivo. O *coping* comportamental ativo verificou-se que era mais usado pelos homens do que pelas mulheres. Uma outra variável que influenciava o tipo de *coping* usado era o nível de escolaridade. O tipo de *coping* mais usado, tendo em conta grupos de idade, foi também o comportamental ativo.

Um estudo português, conduzido no distrito de Aveiro (Portugal) por Barbosa, Figueiredo, Sousa e Demain (2011), utilizou uma amostra de 180 cuidadores de idosos dependentes, 90 cuidadores primários e 90 cuidadores secundários, aos quais foram aplicados a versão em Português do índice de gestão de avaliação dos cuidadores – CAMI. Os resultados deste estudo sugerem que as estratégias cognitivas da emoção são as mais eficientes para cuidadores secundários (por exemplo, desenhos em crenças religiosas ou pessoais). Nenhum dos grupos de estudo foi altamente eficiente na gestão do stresse relacionado com o cuidado, mas ambos identificaram benefícios de tirar férias ou manter interesses fora do cuidado. Nesta investigação evidenciaram-se várias estratégias utilizadas pelos cuidadores primários, nomeadamente: as estratégias de resolução de problemas, as cognitivo-emocionais, e lidar com as consequências do stresse. É bastante evidente que todas as estratégias que envolveram ação direta foram usadas e percebidas como úteis por mais de 50% dos participantes, sendo que os cuidadores primários entenderam como mais úteis, uma vez que se basearam nas suas próprias experiências e conhecimentos (98,88%). Os cuidadores primários conseguem lidar com as situações de forma firme, antecipam a prevenção dos problemas, colaborando com os profissionais de saúde e modificando o ambiente no domicílio, de forma a torná-lo mais eficaz para a prestação de cuidados. Por

outro lado, todas as estratégias cognitivo-emocionais foram consideradas úteis na diminuição da sobrecarga. Também se verificou que os resultados para lidar com as consequências do stresse mostraram que manter um pouco de tempo para si mesmo e manter interesses fora do cuidado, foram os mecanismos mais amplamente usados e úteis para os cuidadores primários e secundários. O uso de técnicas de relaxamento ou a participação em grupos de autoajuda foram algumas das estratégias de *coping* menos aplicadas. O chorar foi uma estratégia abordada como útil para os cuidadores primários. Estes resultados podem orientar os profissionais no direcionamento e acompanhamento das intervenções com o objetivo de desenvolver estratégias de *coping* mais assertivas para os cuidadores. É ainda importante ressaltar que encorajar os cuidadores secundários em intervenções atuais e serviços, geralmente direcionados para o cuidador primário, é de extrema necessidade, na medida em que eles podem ter um papel fundamental na redução da sobrecarga dos cuidadores primários, bem como evitar a institucionalização do idoso.

Outro aspeto importante e utilizado como estratégia de *coping* é o recurso à espiritualidade e à religião. Nos últimos 30 anos, este tema tem interessado particularmente aos investigadores em Gerontologia, na medida em que a espiritualidade e a religião nos idosos, são questões essenciais a considerar, pois podem desempenhar um papel positivo na sua saúde e bem-estar (Koenig *et al.*, 2012 citado por Agli, Bailly, & Ferrand, 2015).

Uma revisão da literatura permitiu verificar que os resultados são, por vezes, ambíguos. A maioria dos estudos indicam que vários aspetos da religião e da espiritualidade poderiam aumentar o bem-estar e reduzir os níveis de depressão e angústia psicológica, melhorar o funcionamento cognitivo, preservar a saúde física e reduzir a morbidade e mortalidade. Além disso, a espiritualidade e a religião emergiram como um importante recurso para as pessoas lidarem com o stresse, particularmente em indivíduos com idade mais avançada e mesmo em populações com demência. A espiritualidade é uma abordagem cognitiva humana que busca dar sentido à vida, para definir valores e às vezes para buscar a transcendência, resultando numa identidade espiritual. Isso faz parte do desenvolvimento humano, especialmente em adultos e idosos (Agli, *et al.*, 2015).

Tal como foi possível observar pelos estudos anteriormente apresentados, os cuidadores informais podem enfrentar dificuldades a nível da saúde física e mental decorrente da sua atividade. Assim sendo, estes podem não conseguir responder

adequadamente às necessidades dos idosos dependentes. Deste modo, verifica-se que para poder cuidar dos idosos é necessário cuidar também dos seus cuidadores. É fundamental cuidar de forma permanente, tendo em conta também as suas necessidades e inquietudes, garantindo a sua qualidade de vida e bem-estar. Neste contexto, é importante a delimitação de estratégias ou programas de promoção da saúde e prevenção da doença, possibilitando processos de transformação nos cuidadores e nos seus contextos.

2.7. Processos formativos e supervisão clínica aos cuidadores informais

A transição para cuidador pode ser um processo inesperado, o cuidador informal torna-se repentinamente cuidador principal de alguém que necessita de respostas adequadas e atempadas para satisfazer as suas necessidades, na maioria das vezes, este é um processo que ocorre sem formação específica. A permanência do idoso dependente no domicílio é uma situação cada vez mais frequente, aumentando assim a responsabilidade dos cuidadores. Neste sentido, é frequente que os cuidadores recorram aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros e aos serviços sociais, com o objetivo de obter formação/informação que lhes permita responder adequadamente às necessidades do idoso dependente. O risco de isolamento social, a perda de emprego, alterações emocionais, e uma consequente redução na qualidade de vida, estão relacionados com a experiência ao longo do tempo da prestação de cuidados.

Face a esta realidade, os meandros das sociedades tentam desenvolver formas de gerenciar estas alterações, através de redes de suporte formais e informais de apoio aos idosos e seus cuidadores. A rede de apoio formal é constituída pelos organismos governamentais que gerem todo um conjunto de instituições, nomeadamente os hospitais e centros de saúde, as Unidade de Saúde Familiar e as Equipas de Cuidados Continuados Integrados que apoiam os cuidadores e os doentes nas suas residências. Estas instituições possuem profissionais de saúde que dentro das suas possibilidades respondem às necessidades destes indivíduos. No entanto, com o aumento do número de idosos dependentes e que permanecem no domicílio, os profissionais de saúde têm vindo a sentir dificuldades em responder atempadamente a todas as solicitações a que diariamente estão sujeitos (Santos, 1995).

Os cuidados aos idosos são assumidos pelos cuidadores informais e o papel da formação, surge na vertente informal do trabalho, da reflexão e da experiência como um trio polarizador de novos desenvolvimentos (Costa, 2006). A formação em si sempre existiu desde o início da humanidade. Segundo Josso (2005), formar é conduzir o formando nas suas problemáticas decorrentes do processo da formação e do seu quotidiano, bem como da aprendizagem decorrente da sua vida, desde o nascimento até aos dias de hoje, tendo em conta as experiências vivenciadas. Para Mão de Ferro (1999, p. 16) a formação define-se como:

“um conjunto de atividades, organizadas e desenvolvidas com o objetivo de habilitar as pessoas no desempenho de determinadas profissões, ou seja, proporcionar aos indivíduos, em situação de formação, oportunidades e meios para que adquiram: conhecimentos – o “saber – saber”, capacidades práticas – o “saber – fazer”, as atitudes e comportamentos – “saber – ser”, conhecimentos capacidades e atitudes que permitam - o “saber - evoluir”.

Segundo Costa (2006, p. 55), estes

“recursos, formais e informais, nomeadamente o da responsabilidade de gestão dos cuidados e, administrativamente, das unidades de internamento, fazem capitalizar relações sócias determinantes (...) e coloca ainda os diferentes profissionais interdependentes nos contextos quotidianos de negociação”.

No contexto dos cuidados de saúde geriátricos, os processos formativos devem acontecer tendo em conta o ambiente onde estão inseridos e os atores em questão (cuidador e idoso dependente), desta forma, o formador deve examinar o ambiente, as expressões simbólicas e os valores culturais (Leininger, 1991 citado por Costa, 2006).

Os processos formativos informais, decorrem normalmente em meio natural e de forma descontraída, possibilitando a reflexão consequente da experiência. Estes processos estão centrados na abordagem do indivíduo a quem é importante promover o saber. É neste contexto que surgem os cuidadores informais de idosos dependentes. Apesar de se verificar uma crescente importância dos cuidadores informais, estes não têm recebido a devida formação e supervisão das suas práticas, de forma a conseguirem atenuar as dificuldades que decorrem da prestação de cuidados. Neste contexto, os enfermeiros assumem um papel de supervisores, pois são estes profissionais de saúde que fazem um acompanhamento mais

presencial, permitindo avaliar a consecução dos objetivos e uma eventual necessidade da sua reformulação, tendo em vista os diagnósticos, os resultados pretendidos e mesmo a validação do próprio processo de enfermagem (Abreu, 2003).

O conceito de supervisão defendido por Alarcão e Canha (2013, p.19) apresenta-se como um processo de “*acompanhamento e regulação*” de uma atividade desenvolvida por indivíduos dentro de um determinado contexto. Afigura-se como um “*processo de monitorização, regulação, avaliação, gestão, coordenação e liderança*”. O “*contexto formativo*” deve ser o ambiente selecionado com vista a “*potenciar as capacidades destes formandos com a intenção da qualidade, desenvolvimento e transformação*”. Segundo as mesmas autoras, a supervisão tem como finalidade apoiar e disciplinar o processo formativo, preparando para a atuação em situações complexas que impõem adaptabilidade, observação crítica, problematização, investigação, diálogo e análise de diversos papéis, o relacionamento plural e multifacetado e o autoconhecimento relativo de saberes e práticas.

Para Sá-Chaves (2007) a supervisão permite dirigir, orientar e inspecionar, e terá que ser realizado por alguém com uma posição superior ou supostamente mais habilitado para o fazer. A evolução do conceito de supervisão está base das organizações de saúde, dos processos formativos, da dinâmica das equipas, assim como da sua maturação e aperfeiçoamento (Abreu, 2002).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros e no âmbito do Modelo de Desenvolvimento Profissional (Lei 111/2009 de 16 de Setembro) referente à prática tutelada, a supervisão clínica apresenta-se como um processo formal, de acompanhamento contínuo da pessoa através de um supervisor certificado, incutindo a toma de decisão autónoma, assegurando a proteção da pessoa e dos cuidados prestados, incentivando à reflexão da prática de cuidados (OE, 2010). O regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoas em situação crítica (2011, p. 5), enuncia que na prevenção das complicações do indivíduo, na procurar do bem-estar e autocuidado, os enfermeiros para além de identificar os problemas de forma rápida, intervir adequadamente e referenciar para outros profissionais, devem ser capazes de efetuar uma “*supervisão das atividades que concretizem as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro*”. É neste contexto que surge a supervisão clínica na nossa investigação, pois compete ao enfermeiro dos cuidados de saúde primários fazer uma supervisão de todos os cuidados

prestados pelos cuidadores informais dos idosos dependentes, sejam cuidadores primários como secundários ou outros que estabelecem algum tipo de relação com o doente.

Para os enfermeiros que caminham lado a lado com os cuidadores é importante que esteja implícita a reflexão em toda a caminhada, esta é prática normativa da supervisão clínica. A reflexão conjunta ou individual, articulando o profissional de saúde e o cuidador, é essencial na evolução e na mudança de comportamentos para uma melhor qualidade de vida destas personagens.

Segundo Abreu (2003) a reflexão possibilita o desenvolvimento do processo de supervisão que inclui uma aprendizagem centrada na prática, permite definir estratégias, focos de intervenção e matrizes de decisão. Facilita o envolvimento de todos os participantes da prestação de cuidados, implicando mudanças no sujeito através da aquisição de conhecimentos e certificação dos saberes. Para que todo este processo se realize de forma eficiente o sujeito deverá ter consciência de si próprio (Abreu, 2007). É no centro deste pensamento que os enfermeiros da saúde comunitária necessitam que os cuidados informais se encontrem, mas para isso, precisam de trabalhar arduamente na formação destes indivíduos.

Os investigadores A'Campo, Spliethoff-Kamminga e Macht (2010) realizaram um estudo com base numa estrutura psicossocial, que abrangeu diversos países da Europa como a Estónia, Finlândia, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha e o Reino Unido, tendo sido realizado um Programa de Educação do doente com Parkinson e dos seus cuidadores. O seu objetivo era ajudar doentes e cuidadores na adaptação dos seus conhecimentos e comportamentos às mudanças na sua vida causados pela doença de Parkinson. De acordo com os dados recolhidos a maioria dos cuidadores e doentes avaliaram o programa como positivo, justificado principalmente na aquisição de conhecimentos e habilidades essenciais para a autogestão da doença. É de ressaltar, principalmente a troca de informações entre os participantes que foi classificado como sendo útil. Outra vantagem encontrada neste estudo foi a redução do isolamento. Adicionalmente, um quinto dos pacientes e cuidadores avaliaram os exercícios que foram introduzidos para ajudá-los a aprender e desenvolver novas habilidades e integrá-los na vida diária como muito difíceis, bem como a presença de um humor elevado quando comparado com seu humor antes da sessão. Estas elevações de humor sugerem uma influência positiva das intervenções dos participantes. Os

cuidadores sentem-se menos incomodados por problemas psicossociais devido à doença do indivíduo que cuidam e têm menos necessidade de os ajudar após o término do programa. No entanto, verificou-se que tanto os cuidadores, como os doentes, não apresentaram melhoria no estado de saúde/qualidade de vida e depressão após o término do programa. Porém, noutros estudos efetuados sobre com cuidadores de diferentes doenças crónicas, verificou-se uma melhoria na saúde relacionada com a qualidade de vida após participar em programas de educação. Neste sentido, os autores do estudo indicaram que esta ausência de melhoria poderia estar relacionada com uma limitação dos instrumentos de colheita de dados utilizados, reforçando assim a necessidade da escolha de instrumentos adequados à pesquisa em causa.

Segundo Zambano-Dominguez e Gerra-Martin (2012) da análise que realizaram com cuidadores de idosos dependentes, permitiu verificar que tinham recebido algum tipo de formação, nomeadamente ensinamentos sobre os cuidados básicos que uma pessoa com dependência necessita. A maioria recebeu a formação em contexto clínico e uma pequena amostra recebeu o apoio no domicílio. Todas as formações foram ministradas por enfermeiros, em geral pelos enfermeiros de família. Uma outra investigação corrobora estes resultados e demonstra a importância dos cuidados de enfermagem na prestação de cuidados aos idosos e seus cuidadores, salientando a importância do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros de saúde comunitária que desempenham um importante papel na avaliação da saúde dos cuidadores, ou seja, auxiliar os cuidadores a perceberem se os cuidados funcionam, podem ajudá-los a compreender melhor o estado de saúde dos cuidadores (Imaiso, 2015).

Efetivamente, a formação dos cuidadores informais é extremamente relevante no seu papel de prestador de cuidados. Somente quando os cuidadores estão devidamente informados das vicissitudes da sua atividade, e se sentem apoiados para ultrapassar os problemas que possam dela advir, é que é possível atenuar as emoções negativas associadas a uma prática insegura e inadequada. Neste sentido, as equipas de saúde, bem como as equipas sociais de apoio, devem articular-se e proporcionar a estes grupos de pessoas programas psicoeducativos com o objetivo de melhorar os cuidados de saúde prestados aos idosos.

3- Emoções e disposição para o cuidado

O cuidar de idosos dependentes pode levar a um turbilhão de emoções, tanto para o cuidador informal, como para a pessoa que necessita de ajuda. O dia-a-dia dos idosos dependentes é violentamente atacado por situações decorrentes da prestação de cuidados que interferem em todas as esferas da sua vida: social, profissional e pessoal. Neste sentido, o tratamento de idosos dependentes deve ser multidimensional, pois só assim é possível ter um papel ativo e benéfico em todas as suas esferas. É neste contexto que surge o estudo das emoções na nossa investigação. Neste estudo visa-se a busca de um equilíbrio pessoal na articulação entre a tarefa de cuidador informal com as outras tarefas diárias, que despertam nestas pessoas emoções passíveis de serem investigadas.

O comportamento humano e as suas variações foram observados e analisados pela psicologia, com o objetivo de determinar métodos passíveis de análise desses mesmos comportamentos. Por outro lado, a filosofia também tenta compreender a forma de agir do ser humano, no entanto, o conceito de emoção não está ainda definitivamente formulado. Assim sendo, com o tempo foram surgindo novas teorias das emoções, no sentido de tentar explicar e discutir alguns aspetos da vida humana.

3.1. Conceito e significado de emoção

A existência de um conceito de “emoção” é questionável por muitos investigadores, filósofos, psicólogos e, quando William James (2007) questionou em 1984 “*O que é uma emoção?*”, surgiram os mais diversos conceitos. No entanto, Branco (2004, p. 28) refere que “*não parece haver um conceito de emoção, nem tal se afigura possível*”, pois os vários esforços que têm sido empreendidos numa tentativa vã de encontrar uma definição consensual têm sido infrutíferos (Izard, 2009). Um dos conceitos que parece ser amplamente aceite quando se visualizam as emoções como aspetos essenciais da condição humana, é que estas representam uma grande parte da evolução biológica, cultural e da adaptação ao ambiente físico e social dos seres humanos (Darwin, 1872,1965; Ekman & Friesen, 1971; Hamburg, 1963; Izard, 1971; Plutchik, 1980 citado por Izard, 2002).

Recentemente, o estudo das emoções tem vindo a despertar um elevado interesse por parte dos investigadores, todavia, pode dizer-se que os princípios da teoria da emoção remontam à filosofia (Quadro 22). Esta origem filosófica das teorias da emoção foi registrada por Strongman (1998).

Quadro 22 - Teorias de origem filosóficas anteriores ao século XIX

Filósofo	Teoria
Platão	Platão não visualiza um papel muito relevante na emoção. A razão, espírito e apetite é que desfrutavam de grande dimensão. Quando muito, Platão considerou a emoção como algo perturbador que interrompe e se intromete com a razão humana.
Aristóteles	Segundo este filósofo as emoções eram consequência de uma combinação da vida cognitiva superior e da vida sensual inferior. Estas sensações eram produto da nossa visão do mundo- <i>cosmovisão</i> . Considerou que a emoção estava aliada ao prazer e à dor.
Descartes	Descartes referiu que existia um corpo fisiológico e uma mente, ou seja, havia uma duplicação da alma, neste contexto, localizou as emoções descomprometidamente na alma e tornou-as um assunto exclusivamente humano-os animais apenas têm corpo. As informações sobre o mundo são levadas à alma por intermédio dos sentidos. Após isso, a alma encaminha mensagens a todo o corpo orientando-o a produzir sensações de imagem espelhada de tudo o que está a acontecer, isto é as emoções.

Ao longo do século XIX, Darwin representou uma grande e importante contribuição para o conhecimento das emoções e da sua definição. As emoções são produto de um desenvolvimento de Darwin e podem ser caracterizadas como estados motivacionais ajustados de rapidez (Lang, 1995). As suas investigações descreveram as emoções como resultado de influências adaptativas. No seu estudo sobre as expressões emocionais sustentou que os detalhes da expressão facial e muscular acompanham as diversas emoções. Este autor era da opinião que a expressão da emoção seria um vestígio das reações em espécies ancestrais (Izard et al., 2008).

Atualmente, e tal como já foi mencionado, não existe uma definição única para emoções, sendo que quase existe uma para cada investigador que versa sobre esta temática.

No Quadro 23, serão apresentadas algumas das perspectiva de diferentes autores sobre as emoções.

Quadro 23 - Perspetivas de vários autores sobre conceito emoção

Autor	Perspetiva
Plutchik	<ul style="list-style-type: none"> • Perspetiva quase sistémica; • Afirma que cada uma das emoções ajuda-nos na adaptação com o meio ambiente; • Complexa sequência de reações perante um estímulo (inclui: avaliação cognitiva, percepção subjetiva, arousal neurológico, impulso para ação e comportamento específico).
Carlson e Hatfield	<ul style="list-style-type: none"> • Tendência motivacional genética e adquirida, para responder cognitiva, fisiológica e comportamental a determinados estímulos internos e externos.
Damásio	<ul style="list-style-type: none"> • Conjunto de mudanças a que denomina de estado de corpo, aliciadas pelos órgãos através das terminações nervosas, sob dominação do sistema cerebral, podendo essas mudanças serem observadas no exterior ou não.
Goleman	<ul style="list-style-type: none"> • Reforço da dicotomia entre a racionalidade e emoção.
Queirós	<ul style="list-style-type: none"> • Emoção abrange três níveis: neurofisiológico, comportamental e experiencial.

Numa outra perspetiva, a emoção pode ser estudada como possuidora de uma componente motivacional, influenciando a cognição e a ação (Izard, Stark, Trentacosta, & Schultz, 2008). Pode ser visualizada como um motor do desenvolvimento humano, facilitando o funcionamento e a organização de diversos sistemas basilares (Izard, Kagan, & Zajonc 1984). Este estudo considera a emoção como a chave para o funcionamento adaptativo do ser humano ao meio. A vivência das emoções é consequência de acontecimentos externos ou internos, incorporando características únicas de processos neuroquímicos, motores, mentais e experimentais.

De acordo com Damásio (2000), a emoção pode ser vista como um rótulo sob o qual se abrigam diferentes tipos de sensações, mediadas por sistemas neuronais distintos e específicos, que tiveram origem na história evolutiva do homem. Neste sentido, pode dizer-se que já não existe no cérebro uma faculdade chamada emoção. A emoção provavelmente estabeleceu-se na evolução antes do aparecimento da consciência e emerge em cada um de nós como resultado de indutores que com frequência não reconhecemos

conscientemente. Numa mesma linha de pensamento surge Goleman (2001), que afirma que as emoções são sentimentos que se revelam em impulsos e numa extensa gama de intensidade, gerando ideias, condutas, ações e reações. As ações e reações são atos observáveis e muito se tem falado sobre o facto de a emoção ser manifestamente observável. Ao mesmo tempo em que alguns aspetos das emoções podem-se tornar evidentes, não podemos associá-las apenas com estas manifestações. Na verdade, as emoções podem ser definidas como *“um conjunto complexo de reações químicas e neurais, formando um padrão”* (Damásio, 2000, p. 74).

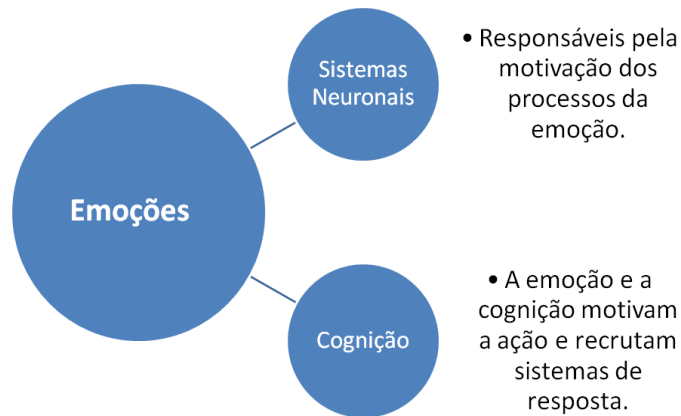
Para a enfermagem e segundo a Classificação Internacional para a prática da Enfermagem, a emoção é um *“processo psicológico: sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stresse ou com a doença.”* (ICN, 2011 p. 51).

As emoções assumem um papel fulcral no desenvolvimento da consciência, principalmente na influência da evolução da consciência, influenciam o aparecimento de graus mais elevados de consciência durante a Ontogenia e determinam o evoluir da consciência durante toda a vida. O seu papel no ser humano está relacionado com uma função motivacional e informativa, em virtude da parte experiencial ou sentimento. A sua utilização depende das interações eficazes emoção-cognição. É adaptável e diretamente relacionável com a experiência, sentimento da emoção/motivação, de forma a aprender habilidades cognitivas, sociais e comportamentais (Izard, 2009).

As emoções formam a base para a consciência e o comportamento moral através do seu papel empático, da simpatia e do carinho (Eisenberg & Fabes, 1998; Hoffman, 1978, 2000, citado por Izard, 2002), pode-se argumentar que as emoções servem de base para a personalidade e para o carácter (Goldsmith & Campos, 1982; Izard, Libero, Putnam & Haynes, 1993; Malatesta, 1990; Watson Clark, 1992, citado por Izard, 2002).

Muitos investigadores, não encontrando uma definição consensual para o termo *“emoção”*, concordam mesmo assim que as emoções têm um conjunto limitado de componentes e características (Figura 10).As emoções possuem sistemas neuronais que motivam os processos da emoção, e que a emoção e a cognição motivam a ação e recrutam sistemas de resposta (Izard, 2009).

Figura 10 - Representação esquemática dos componentes e características das emoções.



No entanto, nem todos os especialistas estão de acordo com o que medeia a precisão das emoções. Uma tentativa de consenso entre as diferentes formas de definir as emoções surge com a definição das emoções básicas que estão enraizadas principalmente na evolução e biologia e os esquemas das emoções que abrangem as componentes cognitivas que diferem entre pessoas e culturas (Izard, 2007a, Panksepp, 2007, citado por Izard, 2009). O mesmo autor afirma que as emoções podem ser divididas em dois tipos, nomeadamente: as emoções básicas e as interações dinâmicas de emoção–cognição ou esquemas de emoções. Segundo o mesmo investigador fazer esta distinção é de extrema importância. Uma vez que é necessário estudar a natureza das emoções e das questões relacionadas com a emoção-cognição-ação, como também atribuir uma considerável importância aos pesquisadores, no sentido destes olharem para a forma como as emoções se relacionam e os efeitos que derivam das diferentes experiências e interações.

Relativamente às emoções básicas, segundo Izard (2007) estas podem ser definidas como: processos seguros concebidos por sistemas cerebrais emocionalmente velhos sobre a deteção de um estímulo ecologicamente válido. Neste sentido, as emoções básicas dividem-se em emoções positivas e negativas. Estas surgiram no início do desenvolvimento do ser vivo e estão sujeitas a alterações devido ao desenvolvimento desse mesmo organismo. A parte mais sensível a estas mudanças decorreu desde a aquisição da linguagem e da consequente capacidade em comunicar experiências emocionais (Izard, Stark, *et al.*, 2008).

No contexto da biologia humana, as emoções distinguem duas funções, a primeira está relacionada com as reações básicas das pessoas. Reações que a pessoa tem

instintivamente perante uma determinada situação, seja ela de fuga, combate, paralisação ou somente de aprovação ou outro comportamento positivo. Uma segunda função está diretamente relacionada com a adequação do meio interno. No entanto, estas duas funções lutam por uma conformidade com o meio, no sentido da homeostasia (Damásio, 2000). Outras funções, como a regulação de tarefas, a previsão e o planeamento de ações futuras, assim como funções cognitivas e comunicacionais, emergem das emoções (Damásio, 1995).

Segundo Damásio (2000), existem três níveis de emoções: primário, secundário e de fundo, tal como se pode observar na Figura 11. As emoções primárias, também designadas de emoções básicas, podem-se encontrar a alegria, a tristeza, o medo, a raiva, a surpresa, e a repugnância. Estas emoções são consideradas universais nos aspetos da expressão facial e da possibilidade de reconhecimento da sua manifestação. Por outro lado, as emoções secundárias ou sociais incluem o embaraço, o ciúme, a culpa, o orgulho, entre outras. Esta distinção é muito útil. A principal emoção que sentimos é denominada de emoção primária, a emoção secundária é o que conduz à principal. Por último, surgem as emoções de fundo como o bem-estar, mal-estar, calma ou tensão. Estas emoções de fundo podem ser percebidas através da postura do corpo, a velocidade, o contorno dos movimentos, mudanças mínimas na quantidade dos movimentos oculares e no grau de contração muscular facial. As emoções de fundo podem ser causadas por um esforço físico prolongado, pelo stresse ou excesso de trabalho, ou por grandes períodos de tensão.

Figura 11 - Representação esquemática dos três níveis de emoções



As emoções de fundo são geradas por situações extremas. Uma outra característica é o contágio dessas emoções entre os membros de um grupo, no entanto, o efeito devastador dessas emoções permanece apenas por curtos períodos de tempo. Por outro lado, Damásio (2000, p. 76) retrata as emoções de fundo em termos de “*tensão, irritação, desânimo, entusiasmo, abatimento ou animação sem que nenhuma palavra tenha sido dita para traduzir qualquer desses possíveis estados*”. Os elementos que induzem uma emoção de fundo são geralmente internos, ou seja, certos estados internos gerados por processos físicos contínuos ou por interações do organismo com o meio, ou ainda por ambas as coisas, que causam reações que constituem as emoções de fundo.

Independentemente das definições de emoções anteriormente descritas, é possível constatar que as emoções têm um papel fundamental na vida de um indivíduo e que compreendê-las permite aos cuidadores informais conhecerem-se melhor, no sentido de aumentar a sua qualidade de vida e bem-estar.

Colocar as emoções dentro da experiência do cuidado informal exige considerar dois aspetos distintos que provocam inquietação (Milligan, 2005):

- a) a experiência emocional incorpora os cuidados informais: ou seja, o cuidador informal sente as respostas para os cuidados e como estes provocam impacto sobre a sua própria saúde e bem-estar;

- b) a entidade afetiva ou emocional do trabalho dos cuidados informais: isto envolve uma compreensão de como o cuidador informal interpreta e responde às necessidades do destinatário de cuidados e pode envolver trabalho, no sentido de controlar a expressão externa de seus próprios sentimentos, executar as ações que podem estar em desacordo com o estado interior.

Entre as habilidades e qualidades que o cuidador formal ou informal deve desenvolver, sem dúvida deverá ter-se em atenção as habilidades técnicas, qualidades éticas e morais, qualidades físicas e intelectuais, motivacionais e as que pertencem ao nosso objeto de estudo que são as qualidades emocionais. É fundamental que o cuidador informal possua domínio e equilíbrio emocional, facilidades de relacionamento humano, capacidade de compreender os momentos difíceis vividos pelo idoso, capacidade para se adaptar às necessidades sofridas por ele e pelo cuidador informal, e ter tolerância mediante situações de frustração pessoal. Efetivamente, os cuidadores informais sentem-se frequentemente debilitados emocionalmente ao ponto de inibir o seu normal funcionamento. É possível que se isolem e, em alguns casos, sofram mesmo de reações psicológicas como a depressão. Os efeitos da prestação de cuidados podem não desaparecer com o fim do compromisso de cuidar, muitas vezes os cuidadores demonstram sentir esses feitos anos mais tarde (Figueiredo, 2007). Neste sentido, é relevante compreender as influências que as emoções têm no decorrer da prestação de cuidados. Para tal, serão abordadas de seguida as teorias sobre a temática.

3.2. Teoria das emoções diferenciadas

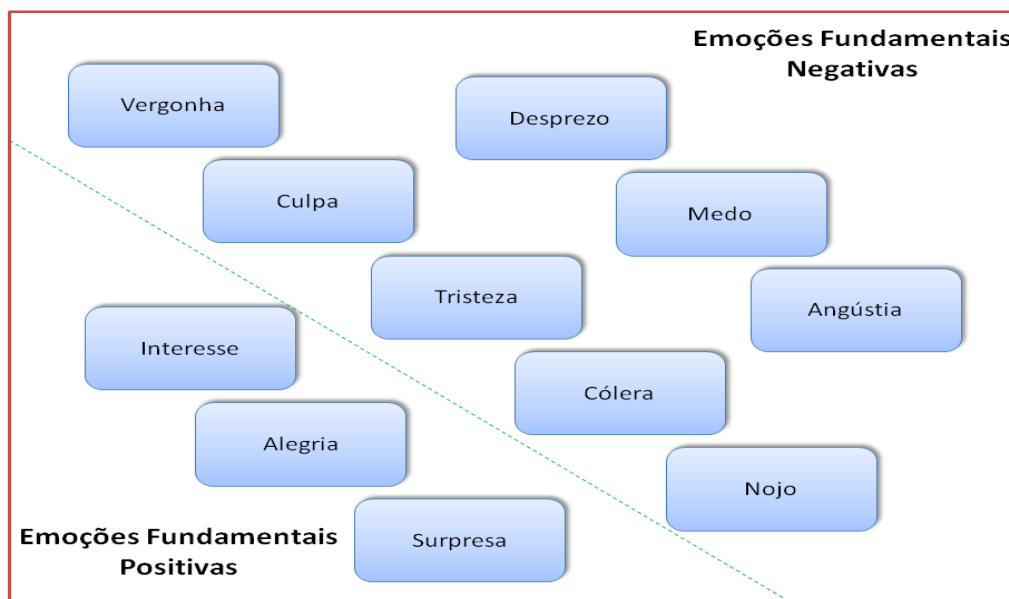
Apesar do estudo sobre a emoção ser recente, alguns investigadores consideram-no como o principal sistema motivacional do ser humano, sendo gerada como uma motivação para a cognição e para o comportamento, encarada como o impulsionador do desenvolvimento humano, permitindo o funcionamento e a organização dos vários sistemas orgânicos (Izard, 1991). As referências teóricas da Teoria das Emoções Diferenciadas (TED) (Izard, 1971, 1977, 1991) têm sido essenciais para o conhecimento do desenvolvimento emocional, cognitivo e da linguagem. Neste sentido, pode dizer-se que

emergem dois sistemas auxiliares relevantes para a emoção: o sistema de ativação reticular, que amplia ou atenua a emoção; e o sistema visceral, que permite o aparecimento da emoção e a sua sustentação.

Izard (1991) e Queirós (1997) referem que as emoções constituem um subsistema da personalidade, que são consequência da interação complexa entre seis grandes sistemas: homeostático, pulsional, emocional, perceptivo, cognitivo e motor. A TED incorpora para além do sistema motivacional, o sistema de ativação das emoções que é também influenciado pelas desigualdades individuais, agentes interpessoais, sociais e contextuais. O impacto destes fatores causa alterações no funcionamento emocional do ser humano. A ocorrência das emoções básicas depende de um número limitado de estímulos ecologicamente válidos, nas culturas contemporâneas em contexto de relaxamento em relação à saúde, segurança e vida. São também estas mesmas emoções básicas que trabalham eficazmente em situações críticas do ser humano (Izard, 2007).

A Teoria das Emoções Diferenciadas constitui-se como uma forte teoria da biologia das emoções. Izard (1991) defende que existem 11 emoções fundamentais: Interesse, Alegria, Surpresa, Cólera, Nojo, Desprezo, Medo, Angústia, Vergonha, Culpa e Tristeza (Figura 12). Cada emoção desempenha efeitos explícitos no sistema cognitivo e comportamental e são ativadas, quer por informações advindas do próprio organismo, ou por informações sensoriais como a sensação de dor, as expressões faciais, ou ainda por acontecimentos neuronais e bioquímicos, como a mudança de temperatura sanguínea cerebral, ou ainda por processos cognitivos (Izard & Harris, 1995)

Figura 12 - Representação esquemática das emoções fundamentais



Uma análise do Quadro 24 permite observar as principais características de cada emoção primária e as suas principais causas, integrando os contributos das diferentes perspetivas. Desta forma, é possível proporcionar uma visão mais completa do fenómeno das emoções, bem como uma melhor compreensão de cada agrupamento emocional (Izard, 1991; Queirós, 1997).

Quadro 24 – Principais características das emoções primárias

Emoção	Características da Emoção
Interesse	<ul style="list-style-type: none"> • Emoção positiva; • Motiva a aprendizagem, o desenvolvimento das competências e o envolvimento do ser humano no meio; • Apoia no desenvolvimento de laços sociais positivos e de apoio; • Explora o ambiente físico e social que rodeia o indivíduo, de forma a suportar a atividade produtiva ao longo do tempo; • O processo neuronal específico do interesse é muito importante por exemplo para a memória do trabalho, ou seja, o efeito positivo desta emoção tem demonstrado interesse na exploração, aprendizagem e produtividade. <p>Causas: Inúmeras; Variam com as características da pessoa, nomeadamente com a personalidade e a idade;</p> <p>Desencadeador: a novidade da situação - atenção e a curiosidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normalmente associado a outras 2 emoções primárias: alegria e a surpresa.
Alegria	<ul style="list-style-type: none"> • Emoção positiva;

	<ul style="list-style-type: none"> • Emoção mais facilmente reconhecida, expressada mais vezes pelo sorriso (só quando é espontânea mobiliza a musculatura facial); • Abertura e aproximação no relacionamento com os outros; • Caracterizada por um sentido de confiança e contentamento. <p>Causas: durante uma fantasia, um sonho, num estado de alerta; associada normalmente a situações agradáveis, com implicações fisiológicas (aumento do ritmo cardíaco, atividade muscular na face, alteração da respiração) e psicológicas (maior autoconfiança, sentido de competência e bem-estar).</p> <p>Desencadeador: várias: satisfação das necessidades básicas, sucesso, competência em diversas tarefas, desaparecimento de dificuldades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Associada essencialmente ao interesse.
Surpresa	<ul style="list-style-type: none"> • Emoção positiva; • Estado transitório; • Integra-se na dimensão da expectativa (juntamente com a angústia); • É a emoção filogeneticamente mais antiga. <p>Causas: relacionado com acontecimento súbito e inesperado, que momentaneamente domina a consciência.</p> <p>Desencadeador: Inovação, aumento súbito na estimulação.</p> <p>Função: preparar o sujeito para algo novo;</p>
Cólera	<ul style="list-style-type: none"> • Emoção negativa; • Emoção primária mais difícil de gerir. <p>Desencadeador: limitação imposta ou bloqueio, sentimento de perigo, ameaça simbólica ao amor-próprio ou à dignidade, por exemplo quando alguém é tratado com injustiça, agressividade ou humilhação.</p> <p>Por outro lado, há uma tendência de seguir em frente, um movimento impulsionador no sentido de conquistar o desejado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Associada à vergonha (após expressão de cólera), ao nojo e ao desprezo (se as situações são avaliadas como frustrantes), a tristeza e a vergonha (em situações de desapontamento ou insucesso) e também à culpa e ao medo.
Nojo	<ul style="list-style-type: none"> • Emoção negativa; • Resposta a algo físico ou psicologicamente deteriorado; • Parece ter uma dimensão psicológica reduzida remetendo para algo mais instintivo e neuro químico. <p>Causas / desencadeador: Pode ser desencadeado pela observação ou imaginação;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nível perceptual: ocorrem alterações fisiológicas como as náuseas e os vómitos. • Podem ser desencadeados comportamentos destrutivos; • Associado à cólera, desprezo e nojo (tríada da hostilidade);
Desprezo (Aversão)	<ul style="list-style-type: none"> • Emoção negativa; • Associada ao sentimento de superioridade e invulnerabilidade que pode levar a um comportamento agressivo; • Normalmente associado aos preconceitos, remetendo para uma dimensão moral; • O desprezo constitui, juntamente com a cólera e o nojo, a tríade da hostilidade.
Medo	<ul style="list-style-type: none"> • Emoção negativa; • Ajusta-se à dimensão da fuga; • Mais tóxica e temida; • Experimentada como apreensão, incerteza, sensação de ameaça ou perigo para a integridade pessoal; • Considerada adaptativa, do ponto de vista físico e psicológico, reduzindo as

	<p>ameaças à sua integridade.</p> <p>Causas / desencadeador: necessidades básicas (fisiológica); medo de ser abandonado, aproximação rápida de alguém, situações que despertam medo por antecipação, como o medo de perder o controlo, medo de falhar e medo do sucesso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normalmente associado a uma surpresa desagradável; alegria (sentir alívio depois o medo); interesse (explorar uma situação nova); culpa (em relação a determinado ato).
Angústia	<ul style="list-style-type: none"> • Emoção negativa; • Estado de apreensão e preocupações difusas; • Medo menos intenso mas prolongado no tempo; • Normalmente associado ao medo;
Vergonha	<ul style="list-style-type: none"> • Emoção negativa; • Tende a possuir um carácter mais social; • Sobre-exposição de aspetos vulneráveis da self (avaliação negativa do self de si mesmo); • Marcante autoconsciência relativamente à inadequação de uma ação específica; • Sentimento de nudez, indignidade, defeito, ridículo, • Funções relevantes na regulação das relações e na interiorização e adoção de padrões e normas sociais; <p>Desencadeador: apenas em situações que tem significado para o sujeito;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normalmente associado ao medo, à cólera, culpa, ao nojo (como forma de disfarçar a expressão da vergonha) e ao desprezo (por ter demonstrado sentir vergonha); ✓ Integra-se juntamente com a culpa na dimensão da responsabilização.
Tristeza	<ul style="list-style-type: none"> • Emoção negativa mais comum; • Associada a uma inibição e um abrandamento da atividade cognitiva, podendo-se refletir em retiradas passivas ou estagnação; • Inclui sentimento de solidão, desalento, repúdio e insatisfação pessoal; • Pode levar o indivíduo a avaliar fontes de problemas, a procurar suporte social e a favorecer o estreitamento das relações com os outros, na medida em que se podem desencadear nestes comportamentos de ajuda; <p>Causas: separação física ou psicológica e o insucesso;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normalmente associado à culpa, à cólera, ao medo e à vergonha (por expressar tristeza).
Culpa	<ul style="list-style-type: none"> • Emoção negativa; • Emoção associada à responsabilidade pessoal pela violação de regras internas; • Sensação de ter praticado um ato reprovável, como por exemplo, desrespeito por alguém ou algo, transgressão de valores anteriores aceites ou diminuição na confiança em alguém; • O indivíduo desenvolve esforços para reparar os seus erros ou desvios de padrões; • Normalmente associado à vergonha (integram a dimensão da responsabilização).

As emoções descritas no Quadro 24 são as mais estudadas na investigação e, de certo modo, podem ser facilmente divididas em dois grupos: emoções negativas e positivas. Efetivamente, verifica-se que o número de emoções positivas é substancialmente menor do que as negativas, pelo que não será surpresa constatar que o número de estudos sobre as emoções negativas ultrapassa facilmente as positivas (Fredrickson, 2004; Strongman, 1998). No entanto, dever-se-á realçar que é o estudo das emoções positivas que, no presente, têm sido mais esmiuçado (Fredrickson, 2004).

As emoções básicas positivas são essenciais no desenvolvimento, sobrevivência e evolução, no entanto, a duração de cada emoção, bem como a sua estrutura diferem entre si. As alterações mais importantes são mediadas pela aquisição da linguagem, a capacidade de comunicar, e a criação de laços com os outros, partilhando experiências através de processos simbólicos (Izard, 1971, Izard et al. 2008 citado por Izard, 2009). Por outro lado, as emoções básicas negativas têm mais influência na infância e diminuem com o desenvolvimento do ser humano, com a socialização e conseqüente aprendizagem social (Izard, 2007). A persistência das emoções negativas de forma descontextualizada e imprópria produz variações na conduta das pessoas, como a repugnância, transtornos de personalidade, violência, ansiedade, depressão, alterações alimentares e sexuais, stresse físico e, em alguns casos, poderá conduzir ao suicídio. As emoções básicas negativas seguem o seu curso de forma automática e estereotipada num breve período de tempo, sendo ativadas pelo processo subcortical sensorio-discriminativo em respostas a estímulos ecologicamente válidos (Ekman, 2003, LeDoux, 1996, Ohman, 2005 citado por Izard, 2009).

As funções das emoções, tendo em conta a Teoria das Emoções Diferenciadas, assentam no princípio de que cada emoção tem diferentes propriedades motivacionais e fornecem funções adaptativas (Izard, 1977, 1991). As emoções são rápidas e automaticamente ativadas por processos cognitivos e não cognitivos, advindo do meio externo e interno (Abe & Izard, 1999). De acordo com estes autores, a emoção tem como função organizar o comportamento expressivo, fisiológico, perceptivo e da cognição, de forma a facultar as respostas adaptativas, aquando da ativação da componente avaliativa neural. A estrutura inata de cada emoção possibilitou lidar com as tarefas da vida diária ao longo do desenvolvimento do ser humano, bem como com a resolução dos problemas. Algumas dessas funções compreendem o cuidar de crianças, a formação, articulação e

compreensão entre os indivíduos, manter a ordem social, administrar o perigo, confrontando as ameaças e gerindo as perdas. É de extrema importância nunca esquecer que todos estes aspetos são influenciados pelo meio e pela experiência de cada ser vivo como um ser único e adaptável.

A TED revela que as emoções estimulam avanços sociais e cognitivos de várias formas, realçando as interações sociais que favorecem a progressão na perspetiva social no domínio das mais variadas habilidades individuais. Adicionalmente, e na perspetiva funcional, as emoções podem provocar um avanço cognitivo e social, uma vez que permitem às pessoas reavaliar expetativas e comportamentos. Um exemplo disto é a raiva, pois esta é geralmente ativada no indivíduo quando os objetivos pretendidos são impossibilitados de se concretizarem e as expetativas criadas são anuladas (Izard, 1991). De forma semelhante ocorrem as emoções de vergonha e culpa, pois provocam no indivíduo danos dolorosos, conseqüente da violação das regras sociais e morais, obrigando a reavaliar a situação e a conduta da pessoa em si (Barrett, 1995 citado por Abe & Izard, 1999). De acordo com os investigadores citados, a emoção tem como função representar um motor social e cognitivo, pois permite representações da emoção e do conhecimento. Isto é, transações emocionalmente carregadas com fatores advindos do meio ambiente que são passíveis de estimular avanços qualitativos no funcionamento social e cognitivo e que, por sua vez, são suscetíveis de cooperar no desenvolvimento emocional. Desta forma, as emoções e os sistemas cognitivos estimulam-se mutuamente, ajudando o indivíduo a adaptar-se às alterações do meio externo. Nos primeiros meses de vida, a cognição não tem um papel muito saliente no domínio das emoções. No entanto, ao longo do desenvolvimento a expressão das emoções começa a assumir um controlo cada vez mais voluntário, tornando-se visível um controlo muscular superficial do rosto. O controlo cognitivo da expressão das emoções também é possível, uma vez que o indivíduo é capaz de expressar uma emoção que não está realmente a sentir (Hubbard *et al*, citado por Izard, 2007).

3.3. Contribuições da influência da emoção

Para Batson, Shaw e Oleson (1992), as emoções têm como função promoverem a informação e o desenvolvimento. Estas são capazes de proporcionar informações, no sentido em que comunicam aos sujeitos informações sobre a sua relação com um objetivo e, conseqüentemente, com os seus valores. O padrão das emoções depende do tipo de objetivos e da posição do indivíduo em relação a estes. Por outro lado, as emoções também geram desenvolvimento da motivação orientada para os objetivos, uma vez que os sistemas neurofisiológicos e hormonais envolvidos na experiência emocional são os mesmos que estão envolvidos na ativação do organismo para a atividade, tal faz com que a componente de ativação fisiológica da emoção desenvolva o nível de prontidão para o comportamento.

Os primeiros capítulos do livro de Goleman (1995) “Inteligência Emocional”, fazem uma breve apresentação sobre a evolução do estudo das emoções. Para este autor, as emoções dos seres humanos têm um potencial para servir um sistema interno delicado e sofisticado, alertando quando as necessidades humanas naturais não estão a ser atingidas. Exemplos simples deste facto são: quando nos sentimos sós, a nossa necessidade de conexão com as outras pessoas deverá ser atendida; quando nos sentimos receosos, a nossa necessidade de segurança não é atendida; quando nos sentimos rejeitados e a nossa necessidade de aceitação não é atendida. As emoções são também uma fonte de informação valiosa, que apoiam na tomada de decisão. De acordo com este autor, quando as conexões emocionais de uma pessoa são cortadas no cérebro, ele não é capaz de efetuar até mesmo uma decisão simples, uma vez que não sabe o que vai sentir sobre as suas escolhas. As emoções são também necessárias para nos ajudar a prever os nossos comportamentos, bem como os das pessoas com as quais convivemos. Quando o comportamento do outro provoca sentimentos de desconforto, as emoções alertam para tal. Se aprender a confiar nas emoções e se sentir confiante em expressá-las, pode dizer-se que a pessoa tem consciência do sentimento. Isso ajudará a ajustar os limites dos seres humanos que são necessários para proteger a saúde mental e física.

Goleman (1995) também defende a facilidade em comunicar através das emoções, pois quando uma pessoa olha para outra de uma forma triste ou magoada, é porque pretende demonstrar aos outros que precisa da sua ajuda. Se uma pessoa se apresenta

verbalmente hábil, a capacidade de expressar as necessidades emocionais é mais acessível. As emoções são talvez o maior potencial de unir todos os membros da espécie humana.

Por sua vez, Ekman e Davidson (1994) advogam que as emoções têm propriedades motivacionais, na medida em que as pessoas procuram maximizar a experiência das emoções negativas. Estas propriedades motivacionais traduzem-se pelas organizações de padrões comportamentais e fisiológicos que possibilitam ao sujeito lidar melhor com as situações que induzem as emoções. Os investigadores concluem que as emoções são fundamentais, uma vez que a experiência individual das pessoas afeta o seu bem-estar e pode ter implicações graves na sua saúde.

O aspeto motivador ou desmotivador da emoção influencia o comportamento humano, pois toda a emoção é um chamamento à ação ou uma renúncia a ela. As emoções inibem também algumas reações. Deste modo, a emoção mantém o seu papel de organizador interno do nosso comportamento. Se fizermos alguma coisa com alegria, as reações emocionais de alegria não significam nada, a não ser que vamos continuar a tentar fazer a mesma coisa. Se fizermos algo com repulsa, isto significa que no futuro procuraremos por todos os meios interromper essas ocupações. Por outras palavras, o novo momento que as emoções inserem no comportamento consistem inteiramente na regulação das reações pelo organismo (Vygotsky, 2001). O mesmo autor sugere a existência de emoções com implicações diferentes, ou seja, uma útil ao cuidador, pois leva o indivíduo a continuar o seu trabalho, a que muitos autores denominam de emoções positivas e outra que dificulta o cuidador, pois leva o sujeito a deixar de realizar o que causa desconforto emocional, as chamadas de emoções negativas.

A prestação de cuidados contínua e ininterrupta conduz o cuidador a estados de stresse e sentimentos de exaustão, surgindo emoções como a culpa e/ ou o medo, provocando momentos de distúrbios psicológicos e sociais (Paúl, 1997; Shah, Wadoo, & Lato, 2010).

A nível cognitivo, surge um estudo de Cohen, Colantonio e Vernich (2002) que concordam com vários aspetos positivos e negativos do cuidar. A nível emocional, os cuidadores experimentam no seu papel a satisfação, advindo daí os benefícios e as recompensas. Observou-se que, os cuidadores que se reportam sentimentos mais positivos,

eram menos propensos a fatores associados à carga e depressão, assim como a outros problemas relacionados com a saúde.

Na investigação sobre o tema emoções existe uma certa negligência no estudo das emoções positivas. Isto ocorre muito provavelmente, porque de uma forma tradicional, ocorre uma centralização nos problemas psicológicos causadores de mal-estar individual e social, como fobias e desordens de ansiedade, agressão e violência, depressão e suicídio, desordens alimentares, disfunções sexuais e desordens físicas decorrentes do stress. Neste contexto, os problemas originados pelas emoções positivas têm sido secundarizadas pela sua menor magnitude, como a mania e a adição. No entanto, as emoções positivas podem fornecer soluções para os problemas originados pelas emoções negativas. Enquanto as emoções negativas específicas têm configurações faciais específicas, isto é, sinais universalmente conhecidos, as emoções positivas específicas partilham o sorriso e não possuem um valor de sinal único.

Alguns conceitos gerais sobre as emoções que associam as emoções a tendências específicas de ação, o que demonstra a função adaptativa da emoção. No entanto, existe uma dificuldade em definir tendências específicas de ação para as emoções positivas. Segundo o autor citado anteriormente emergem duas assunções dos modelos explicativos das emoções positivas: a tendência de ações específicas e a tendência de ação física. As emoções com tendência de ações específicas são menos prescritivas, do que as emoções negativas, relativamente às ações que deverão ser tomadas. Por outro lado, as emoções com tendência de ação física acarretam mudanças sobretudo na atividade cognitiva (Fredrickson, 1998).

O autor referenciado anteriormente defende que as emoções positivas possuem uma função multifacetada e tripartida no processo de adaptação. Enquanto inspiradoras, fazem parte de um período habitualmente associado a comportamentos ligados à realização e consecução de tarefas. A sua importância advém do facto de serem parte integrante da excitação subjacente aos desafios e ao otimismo relativo à esperança. Por último, pode dizer-se que as emoções positivas são restauradoras, podendo ser entendidas como elementos facilitadores do processo de recuperação de prejuízos ou perdas. Adicionalmente, as emoções positivas facilitam a condução de mensagens positivas à mente, excluindo memórias desagradáveis, o que melhora o desempenho individual. Desta

forma, é possível resolver os problemas de forma mais eficaz, através da adição de criatividade e facilitando o processo de informação (Isen, 1993). De acordo com este autor, existem três categorias de evidências que apoiam os efeitos benéficos das emoções:

- a) Afetam o que as pessoas recordam, e conseqüentemente, a sua organização de pensamentos, imprimindo um sentimento de bem-estar face a determinada situação;
- b) As pessoas que fomentam emoções mais positivas, normalmente tomam decisões e escolhas quando confrontadas com problemas complexos, em menos tempo e com mais qualidade no processo do que as pessoas que são mais negativas;
- c) Existem evidências em estudos longitudinais que demonstram que a emoção positiva como a felicidade/alegria têm importantes efeitos ao nível da longevidade.

Apesar de importantes, as emoções positivas são muitas vezes anuladas pelas emoções negativas. As situações de dependência em idosos provocam frequentemente nos seus cuidadores alterações do comportamento, do estilo de vida, das relações familiares e na distribuição de papéis. Todas estas mudanças conduzem ao aparecimento de emoções negativas (Hay, 1996). De acordo com Fiedler (1988), as emoções negativas podem levar a uma constrição da atenção e da falha em procurar novas alternativas, conduzindo a um uso da informação mais rápido e menos discriminado. Tal facto poderá originar um aumento da precisão das escolhas em tarefas mais fáceis, mas diminuí-las em tarefas mais complicadas. No entanto, as emoções negativas podem também possuir um valor adaptativo. Oatley (1992) refere que uma emoção negativa pode ter um efeito positivo, pois ao assinalar que um importante objetivo não pode ser atingido ou que um determinado plano falhou, implica que uma estrutura específica de resolução de problemas, competências ou conhecimentos está desadequada e pode necessitar de ser inteiramente reconstruída para se ajustar às novas circunstâncias.

Para além das alterações emocionais, o cuidador enfrenta alterações a nível financeiro e social. Estes contornos agravam-se quando o cuidador tenta ao mesmo tempo manter o emprego e educar a família. É facilmente compreensível que o desempenho do papel de prestador de cuidado informal desperte o aparecimento de emoções que poderão interferir no desempenho das suas funções. Neste sentido, o desenvolvimento de

mecanismos que auxiliem o cuidador a ultrapassar as emoções negativas terá como consequência uma melhoria da qualidade de vida e bem-estar do cuidador e do idoso.

3.4. Estratégias de superação das emoções negativas

O papel de cuidador informal de idosos introduz algumas alterações na rotina do cuidador. Como por vezes o papel de cuidador é assumido quase de forma inconsciente, onde a dependência do idoso vai ocorrendo de forma gradual e o seu cuidador é um familiar que com ele reside, é possível que estas alterações ocorram de forma progressiva e estejam associadas a tensões emocionais que não foram perceptíveis ao cuidador, mas que influenciam a sua vida. Efetivamente, no papel de cuidador, podem surgir alterações da rotina diária, na capacidade de se relacionar com os outros, organizar a casa, o tempo despendido para as atividades agrícolas e a assunção de novas responsabilidades relacionadas com a prestação de cuidados.

Neste sentido, o conhecimento/desconhecimento que os cuidados estão associados a todos estes aspetos dependem de opções e estratégias de *coping*. O desenvolvimento destas estratégias resulta no bem-estar do prestador de cuidados e consequentemente do idoso dependente. Para que as estratégias de *coping* desenvolvidas sejam as mais adequadas, não se pode recorrer ao generalismo. De facto, é necessário adaptá-las às necessidades particulares dos intervenientes.

Os conceitos de *coping* têm sido várias vezes aceites pelas comunidades científicas e posteriormente abandonados (Quadro 25), sendo que esta inconstância de conceitos tem dado origem às mais diversas abordagens.

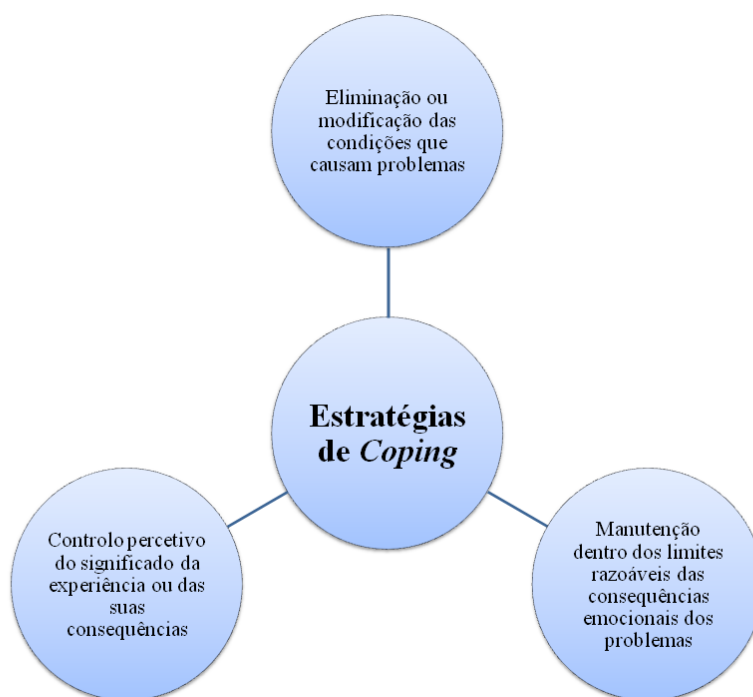
Quadro 25 – Principais teorias sobre os conceitos de *coping*

<i>Autor</i>	<i>Definição</i>
Lazarus e Folkman (1984)	Tentativas cognitivas e comportamentais efetuadas pelos indivíduos no sentido de lidar com situações (internas ou externas) que exigem dele muito para além dos seus recursos.
White (1985 citado por Vaz)	É possível falar de <i>coping</i> quando temos em mente uma modificação relativamente drástica ou um problema que

Serra, 1999)	desafia as formas familiares da pessoa se comportar, dando origem com frequência a afetos desconfortáveis como a ansiedade, o desespero, a culpa e a vergonha.
Syder e Dinoff (1999)	<i>Coping</i> tem como objetivo diminuir a carga física, emocional e psicológica através de um misto de soluções que o stresse pode provocar nos indivíduos.
Vaz Serra (1999)	Quando os indivíduos estão sujeitos a fatores de stresse, estes devem ter acesso às estratégias mais ajustadas para responderem da forma mais apropriada às situações indutoras de stresse, que podem surgir isoladamente ou em conjunto.

De forma a lidar com os aspetos negativos e indutores de stresse, é possível desenvolver estratégias de *coping*, cujo principal objetivo é do tipo protetor (Pearlin & Schooler, 1978 citado por Vaz Serra, 1999), tal como se pode observar na Figura 13.

Figura 13 – Representação esquemática da função das estratégias de *coping*



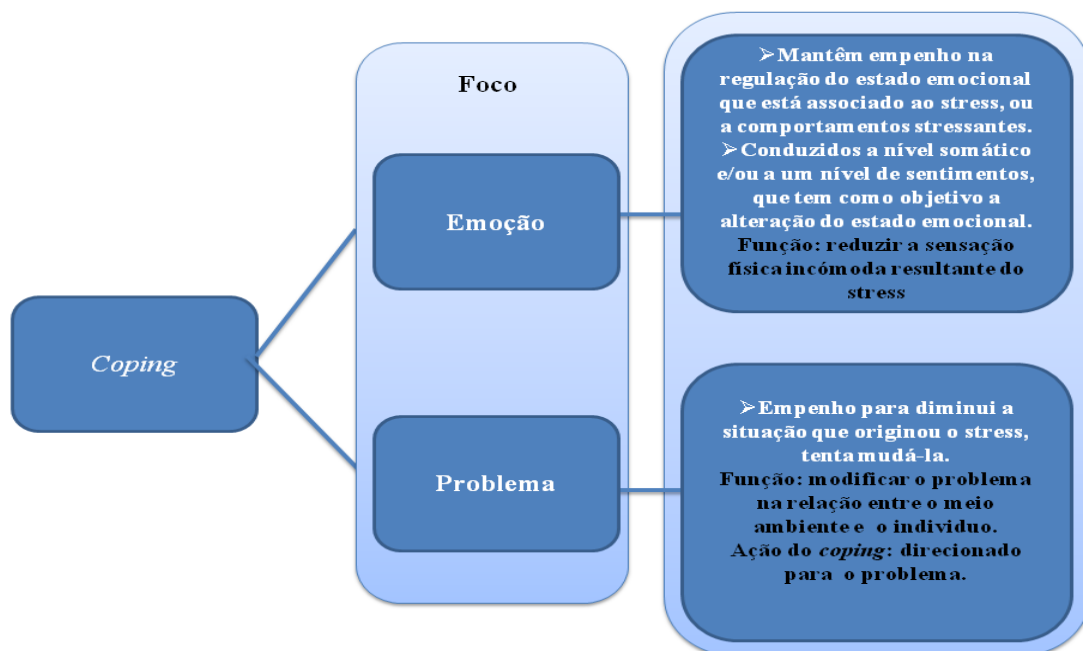
As características sociodemográficas e pessoais, bem como o género, o grau de escolaridade, a maturidade de cada indivíduo, a profissão, o estatuto socioeconómico podem influenciar na escolha das estratégias de *coping* (Lawton, Moss, Kleban, Glicksman, & Rovine, 1991; Whitlatch, Schur, Noelker, Ejaz, & Looman, 2001 citado por

Martins, et al., 2003). Adicionalmente, fatores como as crenças filosóficas e religiosas, a situação cultural, que incluem regras e valores, a doença e sua cronicidade, as limitações decorrentes, o grau de dependência, as exigências decorrentes desse estado e o tempo de prestação de cuidados podem ser responsáveis neste processo de *coping* (Pearlin *et al.*, 1990 citado por Martins, *et al.*, 2003).

A escolha das estratégias de *coping* deverá ser adequada às necessidades de cada indivíduo, muito embora nem sempre isso aconteça. Todos os fatores anteriormente mencionados, bem como a proximidade e o tipo de relação afetiva entre cuidador e doente, o suporte social, familiar e dos amigos, e outros recursos comunitários, tais como a acessibilidade a programas de recuperação, as experiências anteriores, podem influenciar na escolha das estratégias de *coping* e podem ser adaptáveis às necessidades ou não (Martins, *et al.*, 2003).

Para Folkman e Lazarus (1980), as estratégias de *coping* assumem uma dinâmica, pois podem-se alterar ao longo de uma situação de stresse, tornando-se impossível prever respostas às diferentes situações. Segundo estes autores, e tendo em conta a sua função, estas estratégias de *coping* podem-se dividir e classificar-se em dois tipos (Figura 14): o *coping* focalizado na emoção, e o *coping* focalizado no problema.

Figura 14 – Representação esquemática da classificação das estratégias de *coping*



O *coping* focalizado no problema é dirigido para uma fonte externa responsável pelo stress. Esta estratégia de *coping* geralmente inclui reestruturação cognitiva como, por exemplo, a redefinição do elemento responsável pelo stress. De acordo com Folkman e Lazarus (1980), o uso de estratégias de *coping* direcionadas para a emoção ou para o problema, depende de uma avaliação do efeito que induziu o stress a que o indivíduo está sujeito. Segundo esta teoria existem dois tipos de avaliação: a avaliação primária e a avaliação secundária:

- a) Avaliação primária: o processo cognitivo que resulta de uma perceção do indivíduo sobre o risco que envolve uma determinada situação de stress.
- b) Avaliação secundária: a avaliação decorre segundo as opções e os recursos disponíveis para os indivíduos poderem lidar com as situações.

Efetivamente existem fatores que condicionam a estratégia de *coping* que o indivíduo adota. A investigação de Vaz Serra (1999), por exemplo, demonstrou que os indivíduos adaptavam as respostas às diferentes situações com as quais eram confrontados. De facto, muito embora se obtivessem atitudes semelhantes em diferentes situações, como o pedido de colaboração a amigos e familiares, em muitos outros casos as respostas não tinham um fundamento comum. Nomeadamente, as questões de investigação referentes ao conforto e resolução do problema normalmente levam a diferentes estratégias de *coping*. A distinção entre os géneros também foi relevante neste estudo, dado que os homens referem estratégias tais como o exercício físico, ou resolvem o problema minimizando as consequências. Os homens sentem-se mais controlados nas situações, no entanto, as mulheres comem mais ou procuram apoios sociais, recorrem à ajuda de familiares ou de amigos para desabar e sentem-se mais aliviadas (Vaz Serra, 1999).

Num estudo de Cristina Faria, Vaz Serra e Horácio Firmino (1986 citado por Vaz Serra, 1999) com uma amostra de 966 pessoas foi verificado que, em ocasiões de stress, os indivíduos tinham uma tendência para ficarem irritados, pensavam muito tempo nas situações, isolavam-se e tornavam-se apáticos, ou seja, demonstravam ser pessoas que perdiam o controlo sobre as situações.

Por outro lado, o *coping* centrado na emoção tem como objetivo diminuir o stress e encontrar estratégias cognitivas para o fazer. Os indivíduos que se encontram deprimidos e ansiosos estão mais propensos a utilizar estratégias centradas na emoção do que estratégias centradas na tarefa. Este tipo de estratégia é mais utilizado pelas mulheres. As estratégias de *coping* centradas na emoção incluem, por exemplo, tentar apreender um ponto de vista positivo ou até confidenciar com amigos (Endler & Parker, 1990).

Vários investigadores têm-se debruçado no estudo das emoções positivas e na sua utilização em momentos de tensão e stress. Os resultados mais recentes têm demonstrado que as emoções positivas, bem como estratégias positivas de enfrentamento como a reavaliação positiva, servem de efeito tampão contra o stress. A atribuição de aspetos positivos a acontecimentos comuns em associação com o *coping* focado no problema está intimamente relacionado com o aparecimento e manutenção de afeto positivo. Neste contexto, verifica-se que as emoções positivas são instrumentos valiosos para imprimir resultados aprimorados de bem-estar (Folkman & Moskowitz, 2000 citado por Tugade & Fredrickson, 2004). Ainda nesta linha de pensamento, de acordo com os resultados obtidos numa investigação sobre cuidadores, as estratégias adotadas pelo cuidador, de forma a gerir as situações que originaram stress decorrentes da sua atividade, influenciam de forma positiva ou negativa a qualidade de vida deste (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006).

A criação de meios que possibilitem uma melhor articulação entre os cuidadores informais, os doentes e os profissionais de saúde no sentido de proporcionar oportunidades para que todos conheçam o contexto, a doença e conseqüentemente compreendam o doente, são essenciais na prática clínica. Estas estratégias visam o bem-estar e qualidade de vida de todos os intervenientes da prestação de cuidados. Tentam facultar a diminuição da sobrecarga física, emocional, económica e social que poderão comprometer a estadia do doente no domicílio (Leite, Menezes, Lyra, & Araújo, 2014; Vilar, & Lopes, 2012).

Uma das estratégias utilizadas para tentar diminuir o impacto negativo da prestação de cuidados é a implementação de programas psicoeducativos, que em alguns casos têm demonstrado ganhos na saúde e qualidade de vida emocional e física dos cuidadores informais (Navidian, Kermansaravi, & Rigi, 2012; Northouse, et al, 2010).

A realização de um estudo português levado a cabo por Alves, Brandão, Teixeira, Azevedo, Duarte, Ribeiro e Paúl (2015) pretendeu comparar dois programas de intervenção psicoeducativa no *distress* psicológico experienciado pelos cuidadores informais, nomeadamente aqueles que participaram no projeto Cuidar de Quem Cuida e Cuidar em Casa. Os resultados demonstraram uma diminuição do *distress* psicológico, reforçando assim a necessidade de disseminação deste tipo de programas e práticas interventivas.

Segundo Vilar e Lopes (2012) algumas estratégias de promoção do bem-estar do cuidador refletem-se com a realização de visitas domiciliárias dos enfermeiros semanalmente, assim como dos médicos e/ou gerontólogos, com o objetivo de proporcionar maior confiança, ajudando a criar outras estratégias de *coping* direcionadas e individualizadas para a superação das dificuldades. O apoio psicológico / emocional semanalmente é também relevante para os cuidadores, assim como a existência de um profissional que tenha a função de estabelecer uma ponte entre o cuidador primário e os restantes membros da família, pois estes têm tendência a afastarem-se em momentos de crise.

De facto, as diferentes situações podem levar a estratégias de *coping* díspares para o mesmo indivíduo, pelo que é necessário ter muito cuidado quando se pensa em generalizar resultados. Fatores como o género, a predisposição para solicitar ajuda junto da comunidade, entre outros, influenciam a estratégia a adotar. No entanto, de acordo com os estudos efetuados, tem-se verificado uma correlação entre as emoções positivas e as estratégias positivas com uma diminuição do stresse.

As emoções têm um importante papel na forma como os indivíduos enfrentam as situações de stresse, pelo que à luz dessas considerações, este estudo teve como objetivo avaliar de que forma a prestação de cuidados interfere na gestão de emoções do cuidador informal.

3.5. A importância das emoções no cuidar e as suas implicações para a pesquisa

O tema das emoções por si só remete-nos para a discussão da sua definição, bem como da sua contribuição na vida das pessoas. Coloca-se muitas vezes a questão da necessidade das emoções, à qual Martin e Boeck (1997) responderam que as emoções servem para reagir de forma rápida aos acontecimentos inesperados, tomando decisões com prontidão e segurança e comunicando de forma não-verbal com os indivíduos. Assim sendo, o cérebro emocional protege-nos de situações perigosas, isto é, situações limite, pois reconhece com maior rapidez e facilidade colocando em ação os mecanismos corretos, o que facilita a tomada de decisão. Aquando da prestação de cuidados, os cuidadores informais tendem a interagir com variadas situações stressantes, quer com idoso dependente e/ou família deste, quer com todos aqueles que integram a “equipa de cuidadores”, se for caso disso. Desta forma, é necessário efetuar algum tipo de controlo sobre as emoções despoletadas e as situações que lhe deram origem. Este controlo necessita de treino, tanto para os cuidadores formais (caso dos enfermeiros), como para os cuidadores informais. A tomada de decisão é certamente algo de extrema importância e em muitos casos decisiva para a continuação dos cuidados.

A gestão das emoções pelo cuidador e por aqueles que os rodeiam é segundo Goleman (1999), uma capacidade que emerge do autoconhecimento, pois quem não se conhece, muito dificilmente será capaz de gerir os seus sentimentos, o que impossibilita a capacidade de se controlar. Neste contexto é pertinente defender a adequação dos afetos, das emoções, o abordar da sua gestão e refletir estas capacidades, no sentido de fortalecerem a formação e o desenvolvimento pessoal e relacional dos cuidadores. Conforme foi referido por Morris, Morris e Briton (1989), as diferenças de género poderão ser um fator importante, uma vez que as mulheres tendem a estar mais envolvidas emocionalmente, a manifestar níveis mais elevados de tensão perante as situações e a ter maior dificuldade em aceitar apoio externo para a prestação de cuidados.

De uma forma geral, é possível afirmar que as emoções desempenham um papel fulcral tanto para os cuidadores formais, como para os informais no contexto do acompanhamento de idosos dependentes. Neste sentido, é necessário formar os cuidadores

para que possam gerir melhor as emoções geradas pelas situações a que estão expostos diariamente. É necessário criar mecanismos que permitam aos cuidadores gerir as emoções que advêm do ato de cuidar de alguém que é dependente. Tal afirmação não é válida somente para os cuidadores, como também para os idosos. A situação de dependência de terceiros pode levar a conflitos de emoções e, se estes não forem devidamente identificados e cuidados, é possível que se manifestem em mal-estar físico que em nada auxilia a terapêutica em curso. Aprender a conhecer as manifestações das emoções e a gerir os efeitos que delas advêm é de extrema relevância para aumentar o bem-estar e a qualidade de vida do idoso, e é aqui que os cuidadores informais e os formais podem desempenhar um papel fundamental e único.

Um estudo internacional realizado por Barbic, Mayo, White e Bartlett (2014) a 30 cuidadores informais, familiares de indivíduos que padeceram de um acidente vascular cerebral, abordou-se o tema da qualidade de vida após o início da prestação de cuidados, nomeadamente em relação ao desenvolvimento físico, emocional e social. O objetivo central foi o desenvolvimento e validação de um modelo conceitual de vitalidade emocional do cuidador. Neste estudo, os cuidadores confirmaram a relevância de parâmetros como saúde física, saúde emocional, participação em atividades, dominar novas habilidades e papéis, como também o apoio e reconhecimento dos outros, referindo-se ao apoio da família, amigos, aos cuidados da equipa de saúde, e até mesmo do sistema de saúde, no sentido de melhorar a qualidade de vida e bem-estar do cuidador. Relativamente à saúde emocional, todos os participantes relataram que o papel de cuidador tinha um impacto negativo na sua esfera emocional. Na maioria dos casos foram identificados os sentimentos de ansiedade, mau humor e irritabilidade. Alguns cuidadores descreveram a necessidade de monitorizar ativamente a regulação do humor, de forma a manterem o seu próprio senso de bem-estar e assim serem capazes de continuar a fornecer o cuidado ideal para o sobrevivente de acidente vascular cerebral. Muitos participantes descreveram um aumento de sentimentos como a solidão e a sensação de isolamento desde que assumiram os cuidados. Alguns descreveram sentimentos de diminuição da intimidade que estava ligada às dificuldades com transição dinâmica de papel com seu cónjuge.

Numa outra investigação efetuada por Cameron, Franche, Cheung e Stewart (2002) foram abordados aspetos emocionais de cuidadores familiares, nomeadamente a interferência no estilo de vida, o auxílio ao cuidador e a relação com angústia emocional.

Nesta investigação examinou-se o impacto do cuidado no estilo de vida e bem-estar emocional, utilizando para tal uma amostra de cuidadores de doentes com cancro em estado avançado. Neste caso, os resultados demonstraram especificamente, a correlação entre o estilo de vida e as situações emocionais, independentemente do nível de cuidados prestados. De facto, os resultados sugeriram que a experiência dos cuidados aumentou o sofrimento emocional, independentemente da quantidade do cuidado, na medida em que o cuidador se encontrava limitado na capacidade de participar em atividades valorizadas e interessantes. Neste contexto, é fundamental auxiliar os cuidadores a manterem-se valorizados, nomeadamente em aspetos do seu estilo de vida.

A investigação abordada nesta dissertação pretendeu abordar o tema das emoções, mesmo que não se verifique um consenso possível na definição e na delimitação das emoções básicas. Neste sentido, decidiu-se recorrer à abordagem de Carroll Izar sobre o estudo das emoções e a sua visão, bem como na abordagem das emoções positivas e negativas e a sua influência na prestação de cuidados a idosos dependentes. A experiência do cuidado deverá ter em consideração o objetivo primordial das emoções que é garantir a segurança física e psicológica do ser humano, tendo em conta a relação com o outro e os objetivos que deseja alcançar. Neste contexto, as emoções podem ver vistas como um relevante objeto de estudo para os investigadores, como ponto de partida da exposição de vários autores sobre a importância das emoções na significação do comportamento e do seu desenvolvimento. Pretende-se deste modo aprofundar as vivências dos cuidadores informais de idosos num processo de contextualização destes indivíduos no meio ambiente onde se insere a prestação de cuidados. Assim sendo, interlaçam-se as emoções num misto de comportamentos e verbalizações em busca de uma compreensão mais apurada dos conhecimentos destes decorrentes da prática de cuidados.

Parte II

Estudo Empírico

1- Opções metodológicas

Um projeto de investigação pode ser definido como uma escolha viável, onde é delimitado um conjunto inicial de perguntas e assente numa estratégia desde a recolha de dados à sua análise (Yin, 1994), que culmina com uma análise imparcial dos resultados obtidos.

No âmbito deste estudo procuramos estudar a problemática associada ao envelhecimento na sociedade atual, a importância dos cuidados informais na prestação de cuidados a idosos dependentes no domicílio, bem como a forma como estes gerem as suas emoções decorrentes dos cuidados. Neste sentido, e no intuito de aprofundar o conhecimento científico nesta área, procedeu-se a um questionamento mais amplo, suportado pelas temáticas mais adequadas à nossa investigação, tentando explicar os métodos que estão subjacentes, afastando-se da prática com o objetivo de fazer “*considerações teóricas*” (Coutinho, 2014, p. 25).

Pardal e Correia (1995) referem-se à metodologia como uma via orientadora da investigação, que trilha diferentes caminhos com determinados regulamentos, permitindo a articulação e seleção de técnicas com o fim da verificação empírica. Assim sendo, ao longo deste capítulo será desenhado o percurso da investigação de uma forma sistemática e rigorosa. A procura de uma solução para um determinado problema nem sempre é fácil, desta forma, para que estas dificuldades sejam facilmente ultrapassáveis deverá ocorrer uma pesquisa sistemática e controlada de estudos que suportem a investigação. Neste contexto devemos recorrer ao propósito do estudo, analisar a integração do problema de investigação, tendo em conta os objetivos e as relações entre os fenómenos (Coutinho, 2014).

1.1.Pergunta de Investigação

Tendo em conta o quadro teórico que foi apresentado nos capítulos anteriores, e usando o conhecimento adquirido, procedeu-se à elaboração de questões fundamentais que

devem ser abordadas neste estudo. A questão de investigação é essencial na iniciação de uma investigação (Ribeiro, 2010), a sua definição é de extrema importância para o estudo e fornece uma ponte importante para a estratégia de investigação a seguir (Yin, 1994), permitindo delimitar a base do estudo (Bogdan & Biklen, 1994).

Neste contexto formulamos as seguintes perguntas de investigação:

- a) Qual o impacto do desempenho do papel do cuidador informal ao nível da gestão do regime terapêutico, do autocuidado, da satisfação e da gestão das emoções?
- b) Quais as necessidades de formação e supervisão sentidas pelos cuidadores informais, tendo em vista o desempenho do seu papel e a preservação da sua própria saúde?

Estas questões de investigação foram desenvolvidas no sentido de permitir compreender um conjunto de fatores que são capazes de interferir na prática diária de cuidados aos idosos dependentes, nomeadamente no conhecimento do seu perfil, dos papéis que cada cuidador assume, nos problemas, dificuldades e impacto que a prestação de cuidados provoca nos cuidadores enquanto seres humanos. Adicionalmente, fornecem informações relevantes para os profissionais de saúde que colaboram no âmbito das transições, bem como permitem destacar as emoções que despoletam e, ainda, compreender a forma como o profissional de saúde pode contribuir na sua gestão, no sentido de proporcionar ao cuidador informal e ao idoso uma melhor qualidade de vida e bem-estar.

Após a elaboração das questões de investigação estabeleceram-se os objetivos que permitiram orientar o nosso estudo.

1.2. Objetivos do Estudo

A complexidade do tema eleito exigiu a delimitação do campo de estudo, de forma a tornar o estudo viável e exequível com o objetivo de responder às perguntas de

investigação (Ribeiro, 2010). Nesse contexto segue-se a formulação dos objetivos da investigação:

- a) Conhecer o perfil dos CI dos idosos dependentes;
- b) Caracterizar os papéis que assumem os CI no apoio aos idosos dependentes;
- c) Analisar a forma como o CI intervém junto do idoso dependente, nomeadamente na identificação dos problemas físicos e emocionais;
- d) Caracterizar a pessoa cuidada no que se refere à dependência do autocuidado e gestão do regime terapêutico através da visão do CI;
- e) Analisar o impacto da prestação de cuidados no quotidiano do CI;
- f) Avaliar as expectativas dos CI face ao tipo da colaboração que esperam receber dos profissionais de saúde;
- g) Avaliar a forma como as problemáticas decorrentes da prestação de cuidados interferem no quotidiano do CI, em particular ao nível da gestão das suas emoções.

As finalidades deste estudo de investigação são:

- a) Compreender de que forma o profissional de saúde poderá contribuir na gestão das emoções do CI;
- b) Compreender o exercício quotidiano do CI de pessoas idosas dependentes, designadamente o impacto que o processo tem para a sua própria saúde;
- c) Definir estratégias formação/supervisão passíveis tendo em vista uma gestão eficaz das emoções do CI.

De seguida será apresentado o modo de investigação utilizado no presente estudo.

1.3. Modo de investigação: estudo de caso

A escolha de um objeto de estudo é por vezes indisciplinada, ou seja, o investigador tenta debruçar-se sobre uma problemática que se torna rebelde, mas ao mesmo tempo efusiva, passível de ser estudada e tornar-se bem definida: o “caso” (Bogdan & Biklen, 1994; Coutinho, 2014; Coutinho & Chaves, 2002; Johansson, 2003).

O estudo de caso proporciona ao investigador a análise de múltiplas situações, os seus referenciais metodológicos são complexos, pelo que conseguem entusiasmar os responsáveis pelos estudos (Coutinho, 2014; Coutinho & Chaves, 2002). No entanto, estes referenciais não são fáceis de realizar, implicando muitas vezes o recurso a várias técnicas, como questionários, entrevistas, entre outros (Coutinho, 2014; Stake, 2000; Yin, 1994). Yin (1994) acredita que o uso do estudo de caso é pronunciado quando se pretende cobrir condições que são altamente pertinentes para a investigação. Os objetivos da investigação social são coincidentes com os objetivos do estudo de caso pois pretendem “*explorar, descrever, explicar, avaliar e/ou transformar*” (Coutinho, 2014, p. 337).

A utilização do estudo de caso na saúde teve, de acordo com alguns autores, uma origem na investigação médica e psicológica, tem como objetivo descrever detalhadamente a dinâmica de uma determinada doença (Ventura, 2007). Segundo Dooley (2002), a possibilidade de estudar os seres humanos na sua vida real traz grandes vantagens. No contexto do presente estudo é possível afirmar que a escolha do objeto de estudo sobrepôs-se à vontade inicial da investigadora, dada a necessidade urgente de conseguir responder em tempo útil às necessidades dos cuidadores informais de idosos.

O estudo de caso pode ser definido como a pormenorizada observação de uma determinada realidade ou pessoa, de uma única fonte de documentos ou acontecimentos particulares, no entanto, podem também ser estudados um pequeno número de casos (Coutinho, 2014), o que tende a ser mais fácil do que estudos que são realizados em vários locais ou com várias pessoas (Scott, 1965 citado por Bogdan & Biklen, 1994).

Os investigadores procuram sítios ou indivíduos passíveis de serem estudados, vão delimitando o estudo, tentando circunscrever cada vez mais o terreno ou a fonte de dados, recolher dados com o objetivo de verificar se é passível de ser estudado e, com o decorrer da investigação, tomam decisões e encontram um caminho a percorrer. Desta forma, o

investigador organiza o campo de investigação e o tempo disponível para o poder realizar (Bogdan & Biklen, 1994). Tal como em muitas outras temáticas, não existe uma definição única e consensual de estudo de caso.

Segundo Coutinho e Chaves (2002), esta abordagem metodológica tem cinco características principais:

- a) Determinam que o “caso” é delimitado por tempo e espaço e que essas delimitações nem sempre são passíveis de clareza. O objetivo principal da investigação é determinar as fronteiras de forma a não haver dúvidas;
- b) O estudo de caso é sempre sobre “algo” devendo o investigador dirigir a ação para o foco;
- c) Existe uma necessidade de preservar o caráter holístico, ou seja, o caso deve possuir um caráter exclusivo, emaranhado e diferente;
- d) É de salientar a importância da investigação decorrer em ambiente natural;
- e) O investigador pode recorrer a diversas técnicas de recolha de dados entre elas: a entrevista, a observação direta e indireta, questionários, narrativas entre outras.

Segundo Stake (2000), nem tudo pode ser pensado como um “caso”, essa responsabilidade é do próprio investigador, tendo em atenção que os participantes do estudo facilitem a compreensão dos fenómenos e não a sua generalização.

Os estudos de caso mais comuns analisam a unidade, um indivíduo, como por exemplo os casos clínicos (Coutinho & Chaves, 2002; Ventura, 2007). Estes tipos de casos debruçam-se em observações menos intensas e em contextos mais delimitados, com o objetivo de incluir a generalização (Bogdan & Biklen, 1994).

A presente investigação enquadra-se neste conceito de “estudo de caso único”, uma vez que analisa o processo da prestação de cuidados dos cuidadores informais. Neste estudo, o investigador participa ativamente na sua construção, no processo de recolha de dados e no seu tratamento. É o investigador que se dirige aos domicílios para verificação de todas as situações de dependência, assim como para a aplicação de todos os instrumentos de colheita de dados.

Tendo em atenção os seus objetivos, os casos de estudo podem ser classificados como intrínsecos (compreende melhor um caso de forma particular e os seus aspetos inerentes), instrumentais (funcionam como instrumento para conhecer outro fenómenos) ou coletivos (quando o caso instrumental se estende a vários casos com o objetivo de um conhecimento mais aprofundado de uma realidade, população ou condição) (Coutinho & Chaves, 2002; Ventura, 2007).

Os estudos de casos devem ser delineados tendo em conta as diversas fases descritas no Quadro 26: delimitação do caso/ unidade; colheita de dados; seleção, análise e interpretação dos dados e por fim elaboração do relatório (Ventura, 2007).

Quadro 26 - As fases do delineamento do estudo de caso

Fase	Descrição
Delimitação do caso/unidade	Delimitar a unidade, no sentido de obter todas as informações necessárias à investigação, compreendendo o objeto como um todo.
Colheita de dados	Pode-se recorrer a uma abordagem quantitativa e qualitativa.
Seleção, análise e interpretação dos dados	A seleção dos dados deve ter conta os objetivos da investigação. É necessário usar uma amostra significativa para que se possam fazer generalizações a partir dessa amostra. É importante a utilização de categorias de análise derivadas das teorias reconhecidas do campo do conhecimento, para que a interpretação dos dados não envolva juízos de valores ou outras como opiniões do senso comum.
Elaboração do relatório	Elaboração dos relatórios parciais e finais, tendo em conta a fiabilidade e validade.

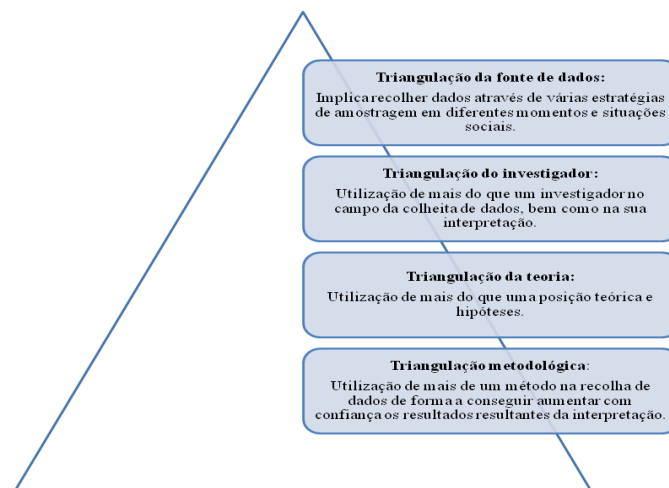
Uma das várias questões que se colocam sobre os resultados de um estudo de caso diz respeito à sua validade externa ou generalização, na medida em que se irá generalizar a partir de apenas um só caso imediato (Yin, 1994). No entanto, para alguns investigadores a generalização não faz qualquer sentido devido à sua unicidade e impossibilidade de repetibilidade (Coutinho & Chaves, 2002). Existem casos em que os resultados podem ser generalizáveis e aplicados em outros contextos. Porém, é necessário ter cuidado, na medida em que a generalização não é automática, sendo que é importante que a teoria seja averiguada várias vezes num mesmo contexto, fazendo generalização do tipo analítico, estabelecendo comparação entre resultados obtidos em vários estudos, tendo em conta a singularidade dessas mesmas investigações (Yin, 1994).

A questão da credibilidade de uma investigação conduz a uma necessidade premente do investigador descrever de forma pormenorizada os passos que o estudo está a processar (Coutinho & Chaves, 2002; Yin, 1994). Para que um estudo de investigação tenha credibilidade, devem ser avaliados três fatores chave: a validade externa ou possibilidade de generalização dos resultados, a fiabilidade (replicabilidade), e o rigor ou validade interna das conclusões (Coutinho, 2014).

O desenho de investigação é o processo fundamental para o desenvolvimento da mesma tendo em conta o problema, as questões orientadoras, as técnicas e os materiais a utilizar. A avaliação do estudo de caso pode incluir diversas fontes de informação como por exemplo: análise de documentos, entrevistas, e análise quantitativa dos dados. No entanto, o investigador deve avaliar a necessidade e a pertinência do uso de determinadas técnicas para que estas não enviesem os resultados ao longo de todo o processo (Dooley, 2002; Yin, 1994). A utilização de várias fontes de dados encaminha para a necessidade de triangulação de dados (Stake, 2000; Yin, 1994). Os investigadores salientam a necessidade da investigação medir as coisas, mas também de interpretar o que se mediu de forma correta para que a informação resultante seja validada. Esta responsabilidade é do investigador (Stake, 2000).

No sentido de credibilizar as interpretações realizadas pelo investigador, existem quatro formas de triangulação (Denzin, 1990; Yin, 1994) que podem ser observadas na Figura 15.

Figura 15 - Representação esquemática das formas de triangulação de dados.



A triangulação de verdade vai para além da complementaridade e é realizada uma discussão mais alargada, sendo que o investigador tem que evitar atribuir mais valor a um método que a outro (Foss & Ellefsen, 2002). Segundo estes autores, o processo de triangulação entre métodos quantitativos e qualitativos permite o estudo de macro e micro níveis. Os resultados quantitativos podem ser generalizáveis e dar uma visão mais contextual quando combinados com resultados qualitativos, pois são os resultados qualitativos que contextualizam os resultados quantitativos. Contudo, o oposto também é possível. Quando ocorre a triangulação com os dois métodos podemos desencadear resultados, que no todo representem mais do que a soma das partes, dando origem a novas hipóteses e perguntas que de outra forma poderiam passar despercebidas.

A enfermagem utiliza a triangulação e tem vários argumentos a favor do seu uso. Uma das justificações vai ao encontro da necessidade de compreensão entre os múltiplos métodos existentes e suas perspetivas. A combinação de métodos pode possibilitar o aumento do conhecimento de forma mais complexa. Este conhecimento resultante da combinação dos diferentes métodos utilizados por investigadores individuais, mas também por equipas de investigadores de várias áreas, adicionam conhecimento metodológico. Este conhecimento metodológico adquirido não tem como objetivo misturar tudo num mesmo paradigma, confundido as realidades, mas permitir a expansão da observação dos investigadores. Na enfermagem, este método de investigação tem como fundamento primordial a sua discussão para posterior melhoria dos cuidados de saúde (Foss & Ellefsen, 2002).

1.4. Paradigmas de investigação: abordagem quantitativa vs. qualitativa

Nos últimos anos, as ciências sociais e comportamentais têm demonstrado um grande esforço no sentido de articular numa única investigação diferentes métodos de recolha e análise dos resultados. Segundo Coutinho (2005 citado por Coutinho 2014, p. 9) “*define-se paradigma de investigação a um conjunto articulado de postulados, de valores conhecidos, de teorias comuns e regras num dado momento*”, apresentando como funções principais: a unificação de conceitos e a legitimação entre os investigadores.

Este esforço conjunto advém da necessidade do uso de diferentes abordagens e metodologias, onde é necessário recorrer no mesmo estudo, não só a métodos quantitativos, como qualitativos. As abordagens qualitativas e quantitativas são distinguidas com base no tipo de dados utilizados (textual ou numérico; estruturada ou não), a lógica empregada (indutiva ou dedutiva), o tipo de investigação (exploratória ou confirmação), o método de análise (interpretativa ou estatística), a abordagem e sua explicação e para alguns, sobre a base do presumido paradigma subjacente (positivista ou interpretativo/crítico; racionalista ou naturalista) respetivamente (Bazeley, 2002). Tendo em mente que neste estudo se recorrerá a ambos os métodos, apresenta-se de seguida uma breve introdução aos mesmos.

1.4.1. Metodologia quantitativa

No século XIX, a investigação quantitativa foi a primeira e única escolha em projetos de investigação. É uma metodologia inspirada numa ontologia realista (Coutinho, 2014), na observação de dados reais e mensuráveis, bem como na manipulação e no registo de dados que implicavam a existência de uma linguagem escrita própria (Minayo & Sanches, 1993). Com este tipo de metodologia, pretende-se analisar factualmente a realidade e a forma como os dados se articulam, com o objetivo de prever e relacionar fenómenos. Neste sentido, é usual recorrer-se a uma metodologia experimental, onde o investigador coloca perguntas à amostra em estudo, no sentido de atingir o objetivo da investigação. Assim sendo, e mediante os objetivos principais e secundários, o investigador formula hipóteses que deverá poder validar ou não, mediante a análise dos dados recolhidos (Guba, 1990 citado por Coutinho, 2014).

De uma forma geral, é possível afirmar que a metodologia quantitativa procura descrever significados que são considerados intrínsecos aos objetos e atos, por isso é retratada como sendo objetiva. Este tipo de metodologia permite uma abordagem focalizada, pontual e estruturada, utilizando dados quantitativos, técnicas de análise dedutivas (partindo do geral para o particular) e orientada para os resultados, que podem ser generalizáveis para uma determinada população (Coutinho, 2014; Serapioni, 2000).

Possibilita a utilização de amostras elevadas de indivíduos, baseando-se num plano de investigação estruturado e estático, recorrendo à aplicação de testes válidos e medidas de observação objetivas, implicando que o investigador seja externo e objetivo, permitindo desenvolver generalizações (Wiersma, 1995 citado por Coutinho, 2014). Efetivamente, esta abordagem enaltece a avaliação e a análise das relações causais entre as variáveis e não sobre os processos (Denzin & Lincoln, 1994). Os fenómenos estudados e as suas relações seguem um processo controlado, com o fim máximo de atingir clareza nas relações causais e na sua validade, sem a influência do investigador (Flick, 2009).

Por outro lado, é possível dizer que a metodologia quantitativa é frágil em relação à validade interna, porque nem sempre é exequível saber se o objeto de medição é o pretendido, no entanto, a validade externa é forte, na medida em que os resultados são facilmente generalizáveis para uma determinada população (Serapioni, 2000).

1.4.2. Metodologia qualitativa

A metodologia qualitativa é de grande importância para as ciências sociais e descreve o contexto natural, tais como os primeiros elementos a ter em consideração (Coutinho, 2014). Bogdan e Biklen (1994, p. 48) referem que a perspectiva qualitativa envolve a obtenção de dados descritivos, ou seja, os dados recolhidos são em forma de palavras ou imagens, permitindo ao investigador analisar o mundo de forma metódica. Este tipo de investigação enfatiza mais o processo do que o produto e preocupa-se em relatar a perspectiva dos participantes. Neste tipo de metodologia, os dados tendem a ser analisados de forma indutiva e o seu significado é de importância vital. Nesse sentido, foi valorizada a recolha de dados no contexto onde os cuidadores informais desenvolvem as suas atividades.

Para Coutinho (2014, p. 17), este paradigma de investigação pretende utilizar as noções científicas da “*compreensão, significado e ação*”, tendo em vista a interpretação dos seus conceitos num determinado contexto real. Neste contexto podemos constatar que a investigação social está relacionada com os valores, as crenças, os hábitos, costumes e opiniões, e cabe ao investigador avaliar a interação num determinado tempo e espaço, por exemplo entre o sujeito e o objeto. De acordo com este autor, as técnicas qualitativas

permitem investigar o assunto em profundidade. Ao contrário dos métodos quantitativos, os métodos qualitativos têm forte validade interna, na medida em que focalizam as particularidades e as especificidades dos grupos estudados (Castro & Bronfman, 1997 citado por Serapioni, 2000). Os métodos qualitativos, ao abordarem contextos particulares, não pretendem generalizações estatísticas.

Guba (1990) propõe um esquema sobre os paradigmas científicos baseado na forma como estes dão respostas a três perguntas básicas identificadas a nível ontológico, epistemológico e metodológico (Quadro 27). Tendo como base os níveis identificados, este autor analisou quatro paradigmas.

Quadro 27 - Paradigmas científicos

Paradigma Positivista	
Ontologia realista	A realidade existe para além do lado de fora e opera de acordo com a legislação e os mecanismos naturais e imutáveis. Efetuam-se generalizações de tempo e contexto, muitas vezes realizadas segundo leis de causa e efeito.
Epistemologia dualista/objetivista	A posição do investigador poderá ser distante ao não interagir com o objeto de estudo. Fatores como crenças e valores podem ser controláveis e não influenciar os resultados.
Metodologia experimental manipulativa	As perguntas/hipóteses colocadas à priori são verificadas empiricamente e podem ser controláveis.
Paradigma Pós-positivista	
Ontologia crítica-realista	Existe uma realidade que nunca pode ser apreendida, pois obedece a leis naturais que nunca podem ser completamente compreendidas.
Epistemologia objetivista modificada	A objetividade torna-se um acelerador para atingir um ponto ideal, no entanto, inatingível, só sendo possível alcançar uma proximidade. Neste sentido, o investigador procura ser o mais neutro possível.
Metodologia experimental/manipulativa modificada	Enfatiza a multiplicidade crítica, ou triangulação, através da inclusão de várias perspetivas do objeto de estudo, procurando resolver problemas em ambientes naturais usando dados para a construção de teorias e reintroduzir em processos de investigação.
Paradigma Crítico	
Tem como objetivo a transformação social.	
Oferece uma resposta diferente do positivismo e do pós-positivismo à pergunta epistemológica,	

resolvendo o problema da impossibilidade e da neutralidade de forma ofensiva. A sua metodologia de diálogo participativo é firme com esta posição. Em relação à ontologia, este não responde de forma romanceada, visa promover uma consciência real ou facilitar a mudança social no sentido de um conjunto de ideais.

Apresenta:

- ✓ Uma crítica realista ou ontologia realista
- ✓ Uma epistemologia subjetiva, no sentido de incluir valores
- ✓ Uma metodologia de diálogo transformativa

Paradigma construtivista	
Ontologia realista	A realidade existe sobre várias formas fundamentadas social e experimentalmente, que dependem da forma e do conteúdo para aqueles que a mantêm.
Epistemologia subjetiva	O construtivismo elege a subjetividade, porque é lá que se pode descobrir a construção de cada indivíduo. Verificando que a realidade é construída intersubjetivamente, então é na interação subjetiva que podemos aceder aos resultados, pois o investigado e o investigador fundem-se como uma entidade e os resultados são fruto desse processo.
Metodologia hermenéutica-dialética	Este processo tem um aspeto de hermenêutica e uma dialética na busca da compreensão e da comparação/confrontação com objetivo de chegar a novas sínteses.

Do ponto de vista concetual, a metodologia qualitativa pretende estudar as ideias, os significados dos comportamentos, as ações individuais, e as interações sociais a partir da perspetiva dos autores. A nível metodológico baseia-se no método indutivo, pois o investigador pretende alcançar um significado que tem valor quando está inserido num contexto, procedendo-se a uma construção de conhecimento de forma indutiva e sistemática. A teoria surge depois da análise dos dados, através principalmente da observação direta e em meio natural (Coutinho, 2014).

Em oposição às características quantitativas, a metodologia qualitativa inclui o investigador e a sua interação com o meio como parte integrante do estudo. A sua participação é parte integrante do conhecimento e é valorizada como variável interveniente, a sua subjetividade e dos indivíduos do estudo abarcam todo o processo de investigação (Flick, 2009).

Nesta investigação, podemos observar a importância da realização do estudo dos cuidadores informais no seu contexto real, bem como conhecer os processos decorrentes da prestação de cuidados. Na área da saúde em particular, é importante compreender os processos saúde-doença. Para isso, é relevante a relação entre doente e profissional de saúde, assim como da família, na compreensão dos seus sentimentos, emoções, comportamentos, numa busca incessante do significado das coisas que moldam a vida das pessoas. Neste contexto, a metodologia qualitativa atinge o seu significado maior (Turato, 2005). No entanto, a metodologia quantitativa também apresenta as suas vantagens em áreas da saúde (Quadro 28). De uma forma geral, a escolha entre as diferentes metodologias deve ser efetuada tendo em conta a sua exequibilidade e o fim para o qual se destinam, uma vez que os dados poderão ser transponíveis para uma população geral ou restritos à amostra em estudo. Neste sentido, é importante referir os aspetos comparativos entre a metodologia quantitativa e qualitativa aplicada no campo da saúde.

Quadro 28 - Diferenças e similaridades entre os métodos quantitativos e qualitativos na investigação baseado em Turato

Níveis conceituais nas metodologias	Métodos quantitativos de campo e experimentais	Métodos qualitativos de campo
Paradigma mais influente	Positivismo	Fenomenologia
Atitude científica	Procura a explicação do comportamento das coisas	Procura da explicação da dinâmica do ser humano
Raciocínio do método	Epistemologicamente todos os métodos são dedutivos <i>A priori</i> e indutivos <i>A posteriori</i> .	
Força do método	Elevada confiabilidade/reprodutividade dos resultados	Elevada validade dos dados colhidos
Objeto de estudo	Factos vistos e descritos	Fenómenos apreendidos
Objetivos da Pesquisa	Relação matemática causa-efeito	Interpretações das relações de significado dos fenómenos, referidos pelos indivíduos
Quadro de referenciais teóricos	Como em qualquer investigação, reúne conhecimentos de escolas e autores na sustentação do pensamento do investigador e da sua prática	
Desenho do projeto	Recursos preestabelecidos	Recursos em aberto e flexíveis
Andamento do projeto	Procedimentos predefinidos	Procedimentos adaptáveis

Instrumentos específicos	<i>Surveys</i>	Investigador como instrumento
Tipos de instrumentos de investigação	Observação dirigida, questionários fechados, escalas, exames laboratoriais, dados randomizados de prontuários, psicodiagnóstico	Investigador utiliza os sentidos: observação livre, entrevistas semidirigidas
Amostragem	Randomizada: indivíduos selecionados ao acaso representativos de uma grande população	Intensa: procura direcionada para indivíduos que vivenciaram determinado problema
Perfil da amostra	Grande número de indivíduos	Poucos indivíduos; representantes de características de uma população
Estudo das variáveis	Necessidade de controlo das variáveis	Não há controlo das variáveis
Tratamento/ análise dos dados	Uso de técnicas bioestatísticas	Uso da análise de conteúdo, entre outras
Apresentação dos resultados	Linguagem matemática	Apresentada pelo uso da observação do campo, citações literais, integrada na seção da discussão
Alvo na discussão dos resultados	Estabelecimentos das correlações entre os resultados	Interpretação de dados categorizados
Estratégia da discussão	Propõe a existência de relações não-visíveis entre os elementos obtidos	
Finalização da conceção teórica	Construção teórica inicial é verificada e testada	Construção teórica inicial é no mínimo ampliada, reformulada, corrigida e clarificada
Conclusões sobre as hipóteses	Confirmação ou refutação das hipóteses previamente formuladas	Hipóteses iniciais e posteriores revistas; conceitos construídos
Tipo de generalização	Estatística	Conceitual

1.4.3. Metodologia mista: quantitativa vs. qualitativa

Atualmente, em algumas investigações, coloca-se a questão sobre alguns fenómenos humanos e a utilização da associação do método quantitativo e qualitativo no mesmo estudo. Neste momento, não há um único critério para demarcar a investigação de metodologia mista, mas existem vários critérios puros e amplos que justificam a sua utilização (Coutinho, 2014; Johnson, Onwuegbuzie, & Turner, 2007). Segundo Guba e Lincoln (1989), as metodologias quantitativa e qualitativa podem ser utilizadas em simultâneo e podem coexistir em qualquer paradigma de investigação, pois, para estes autores são as crenças e as bases de cada investigador que dirigem o estudo. No seguimento desta ideologia, Strauss e Corbin (1990) afirmaram que na consolidação desta

perspetiva se baseia a crença de que os investigadores utilizam por vezes o raciocínio indutivo e outras vezes o método dedutivo, podendo saltar de uma abordagem para a outra, elaborando hipóteses e estabelecendo comparações.

A mistura das metodologias quantitativa e qualitativa e o seu uso nas ciências sociais e comportamentais têm sido largamente debatidas, uns defendendo a sua correta adequação, outros alertando que estas metodologias não podem ser misturadas devido à incompatibilidade de paradigmas. Esta incompatibilidade foi chamada de “*guerra de paradigmas*” (Gage, 1988 citado por Alise & Teddlie, 2010). Nestas últimas duas décadas, o uso de diferentes paradigmas têm sido propostos como uma base filosófica para a utilização de métodos mistos na investigação. Tanto o pragmatismo, como a tese de compatibilidade de métodos, ajudaram a criar um novo e separado domínio das metodologias sociais: os métodos mistos, sendo sugerido que este método de investigação transcendesse às guerras iniciais (Feilzer, 2010; Teddlie & Tashakkori, 2009 citado por Harrits, 2011).

Ao recorrer-se a uma metodologia mista é possível, de acordo com (Coutinho, 2014; Tashakkori & Teddlie, 1998, 2010), aplicar inicialmente metodologias quantitativas de forma a selecionar indivíduos que posteriormente participam na investigação qualitativa. Estes autores referem que as entrevistas adicionam informação a processos identificados pela metodologia quantitativa, ao mesmo tempo que asseguram que a abordagem qualitativa pode gerar hipóteses para estudos quantitativos e que ambas as metodologias podem recolher informação de forma simultânea. Segundo Johnson, Onwuegbuzie e Turner (2007), ao longo do tempo foram vários os investigadores que tentaram definir “metodologia mista” (Quadro 29) e o seu uso.

Quadro 29 - Algumas definições de metodologia mista

Autor	Definição Proposta
Pat Bazeley	A metodologia mista utiliza diferentes abordagens ou métodos que são utilizados em paralelo ou sequencialmente, mas são não integrados até as inferências estarem avaliadas. Envolve o uso de mais do que uma abordagem ou método de projeto, colheita de dados ou análise de dados dentro de um único programa de estudo, com a integração das diferentes abordagens ou métodos que ocorrem durante o programa de estudos e não apenas no seu ponto final.
John Creswell	É um projeto de investigação (ou metodologia) na qual o investigador reúne, analisa e mistura (integra ou conecta) dados quantitativos e qualitativos num único estudo ou um programa multifásico de inquérito.
Al Hunter	Métodos mistos é um termo geralmente usado para designar a combinação de pesquisas qualitativas e quantitativas num mesmo projeto de investigação. Este investigador prefere a utilização do termo multimétodo para indicar diferentes estilos de investigação que podem ser combinados no mesmo projeto. Estes não precisam ser restritos aos quantitativos e qualitativos, mas podem incluir, por exemplo, a observação participante qualitativa com entrevistas em profundidade. Alternativamente podem incluir investigação de levantamento quantitativo com pesquisa quantitativa experimental.
Michael Q. Patton	Considera que os métodos mistos permitem investigar a partir de uma pergunta utilizando diferentes fontes de dados e elementos de design com o objetivo de obter diferentes perspetivas e apoiar na triangulação.

A natureza das especificidades dos métodos mistos de investigação (Quadro 30) não é consensual, mesmo assim é possível efetuar uma breve descrição das suas características (Tashakkori & Teddlie, 2010).

Quadro 30 – Características da metodologia mista

Características da metodologia mista
“ <i>Eclétismo metodológico</i> ”, refere-se a uma primeira seleção e posterior escolha das técnicas mais adequadas a partir de ajuste entre as abordagens quantitativas, qualitativas e métodos mistos, selecionando as melhores técnicas disponíveis para responder às questões de investigação.
“ <i>Paradigma pluralism</i> ”, isto é, a crença que uma variedade de paradigmas pode servir como filosofia subjacente ao uso de métodos mistos.
Ênfase na diversidade a todos os níveis da investigação para além do eclétismo metodológico e do “ <i>paradigma pluralism</i> ”, na medida em que pode simultaneamente abordar uma gama diversificada de confirmações e perguntas exploratórias, oferece a oportunidade de recolher uma variedade de conclusões e inferências divergentes devido à complexidade das fontes de dados, analisando os envolvidos na pesquisa.
Ênfase à continuação, em vez de um conjunto de dicotomias por exemplo, é aplicado a uma variedade de questões de investigação, incluindo a declaração de perguntas de pesquisa, projetos, análise de dados e qualidade da validade ou inferência.
Reflete a possibilidade de utilização de uma abordagem interativa, de uma pesquisa cíclica, que inclui tanto o estudo dedutivo como a lógica indutiva no mesmo estudo.
Foco da pergunta ou problema da investigação e na determinação dos métodos a utilizar em qualquer estudo.
Baseia-se na utilização de um conjunto de “ <i>assinaturas</i> ” de bases de projetos de investigação e processos analíticos que são comumente acordados embora com nomes e esquemas de ilustrações diferentes. Os fios quantitativos e qualitativos são planeados e implementados a fim de responder a aspetos relacionados com as mesmas perguntas
Implícita a tendência para o equilíbrio e o compromisso tácito no <i>third methodological community</i> . Efetivamente, há um equilíbrio entre os excessos exibidos pelos investigadores em cada extremidade do espectro metodológico, devendo ocorrer diálogo e uma tentativa de consenso entre os diferentes paradigmas.
Refere-se à dependência das representações visuais, como as figuras, diagramas, entre outras, e numa notação de sistemas em comum. A sua utilização em métodos mistos de investigação pode simplificar as complexas inter-relações entre os elementos inerentes a esse projeto.

Em termos históricos, importa referir que as primeiras utilizações dos métodos mistos foram nas ciências sociais/comportamentais, tais como: a educação e a enfermagem (Teddlie & Johnson, 2009 citado por Alise & Teddlie, 2010). A investigação em enfermagem é complexa, sendo que nenhum método ou a combinação destes dois, consegue capturar a real complexidade do problema. A combinação entre diferentes

métodos pode proporcionar um conhecimento geral mais vasto e aprofundado na investigação de macro e micro níveis nas áreas de intervenção do indivíduo com a sociedade e também na busca de significados e intenções dos indivíduos (Foss & Ellefsen, 2002).

Tendo em atenção o referencial teórico, os objetivos propostos, as questões de investigação que emergiram e o contexto da implementação do estudo, optou-se neste estudo pela implementação de uma metodologia mista, ou seja, intercalam-se momentos de investigação quantitativa e qualitativa. O estudo procura compreender a complexidade das práticas dos cuidadores informais na assistência aos idosos, analisando o conteúdo das intervenções. Estas intervenções são sobretudo uma atividade de mediação no trabalho que o profissional de saúde realiza com pessoas em transição (Abreu, 2008), as modalidades de ação, a adaptação à situação de ajuda, a forma como se articulam com o sistema formal e geram as suas próprias respostas humanas, por exemplo, como lidam com as suas emoções.

Os enfermeiros assumem neste contexto um papel de supervisores, pois são profissionais de saúde com ação de dupla intervenção: junto dos utentes dependentes e das pessoas que se responsabilizam pelo seu acompanhamento. Em relação a estes últimos, é ainda necessário desenvolver práticas de supervisão das interações com os utentes e acompanhamento da sua própria integridade física e psicológica (Abreu, 2003).

O ato de cuidar de idosos dependentes pode provocar debilidades emocionais no prestador de cuidados e nos familiares. A emoção pode também ser concebida como uma motivação para a cognição e para o comportamento (Izard, 1977, 1991; Izard & Malatesta, 1987). Estes autores consideram que a emoção é o principal sistema motivacional do ser humano, assim sendo, facilmente se percebe que o desempenho do papel de prestador de CI possa interferir com a alteração da gestão das emoções, a qual poderá ser responsável pelo seu desempenho nas tarefas de cuidador. À luz dessas considerações, o presente estudo pretende avaliar de que forma a prestação de cuidados interfere na gestão de emoções do CI. Perante este foco de atenção, este estudo desenvolveu-se tendo em conta um **cariz interpretativo** a partir de uma **perspetiva exploratória** dos acontecimentos decorrentes da prestação dos cuidados.

1.5. População e amostra

De forma a concretizar os objetivos traçados e responder às questões de investigação formuladas, selecionaram-se os participantes do estudo, determinando quem, quantos e como foram selecionados, assim como os condicionalismos que determinam os excluídos (Ribeiro, 2010). Na seleção da amostra impôs-se como restrição estar a receber apoio domiciliário dos profissionais de saúde da Unidade de Saúde Familiar Ao Encontro da Saúde, que corresponde a um número total de 127 idosos dependentes, num total de 11 500 utentes inscritos nesta unidade de saúde. A área de cobertura assistencial desta Unidade de Saúde Local são as freguesias de S. Romão do Coronado, S. Mamede do Coronado, Covelas (pertencentes ao Concelho da Trofa) e Folgosa (pertencente ao concelho da Maia), no distrito do Porto. A recolha de dados foi efetuada entre 2012 e 2013.

Para a escolha da amostra dos idosos em estudo foram ainda definidos os seguintes critérios de inclusão:

- a) Idade igual ou superior a 65 anos;
- b) É necessário que os idosos participantes no estudo apresentem um grau de dependência moderado, grave ou muito grave, que seja determinado pelo Índice de Barthel.

Para a concretização dos objetivos desta investigação precisamos selecionar uma amostra de cuidadores, para a qual foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

- a) Ser cuidador de um idoso inscrito na Unidade de Saúde Familiar Ao Encontro da Saúde e a receber apoio domiciliário por parte dos profissionais de saúde dessa unidade;
- b) Ser cuidador informal de um idoso dependente, ou seja, ser familiar, amigo (a), membro de entidades paroquiais ou de serviços que se dispõem, sem uma formação profissional de saúde, a responder às necessidades principais dos idosos dependentes;
- c) Ser cuidador principal de um idoso dependente, ou seja, aquele que assume a responsabilidade da prestação de cuidados;

- d) Ser cuidador de um idoso não institucionalizado;
- e) Ser cuidador com 18 ou mais anos.

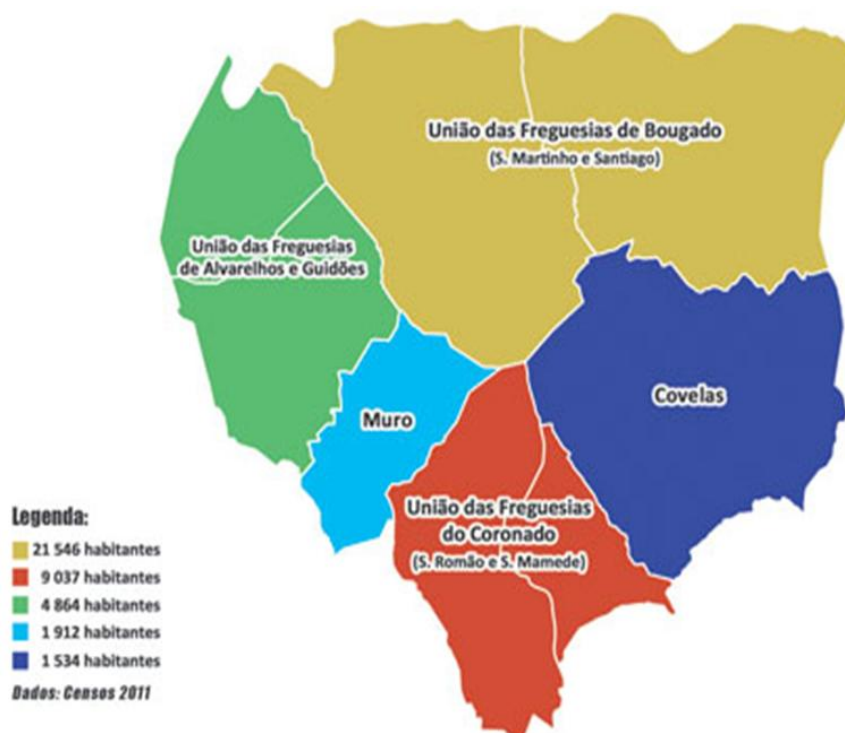
1.6. Caracterização do local do estudo e acesso - O concelho da Trofa: abordagem ao envelhecimento e dependência

O Concelho da Trofa foi criado na Assembleia da República, em 19 de novembro de 1998, através da Lei n.º 83/98 de 14 de dezembro, tendo sido, para fins estatísticos, integrado na NUT III – Ave, pertencendo também à Associação de Municípios do Vale do Ave. No entanto, devido a questões inerentes à localização geográfica (Distrito do Porto) e à sua identificação cultural, o concelho da Trofa integrou a Grande Área Metropolitana do Porto, a partir do dia 28 de janeiro de 2005.

Atualmente, cobre uma área de 72 km², com número total de 38999 habitantes, que se traduz numa densidade populacional na ordem dos 540,10 habitantes/km². Tendo em consideração a evolução demográfica ocorrida entre 2001 e 2011, é possível conjecturar que o concelho da Trofa assinala um aumento populacional na ordem dos 4% (INE, 2012).

O concelho da Trofa foi constituído por oito freguesias, nomeadamente: Alvarelhos, Covelas, Guidões, Santiago de Bougado, São Cristóvão do Muro, São Mamede do Coronado, São Martinho de Bougado e São Romão do Coronado. No entanto, será de ressaltar que, em concordância com a Lei n.º 11-A/2013, de 28 de janeiro, a reorganização administrativa do território das freguesias agregou as freguesias de Alvarelhos e de Guidões; de Santiago de Bougado e de São Martinho de Bougado; de São Mamede do Coronado e de São Romão do Coronado, pelo que as freguesias do Muro e de Covelas não foram agregadas, tal como se pode verificar na Figura 16.

Figura 16 - Representação geográfica do concelho da Trofa



De acordo com a análise das características demográficas, a população deste concelho tem envelhecido na última década, verificando-se atualmente o chamado fenómeno de duplo envelhecimento, ou seja, assiste-se a um aumento da população idosa e a uma redução da população jovem. Entre 2001 e 2011, no que concerne à população jovem em idade ativa, dos 15 aos 24 anos, assiste-se no país a um decréscimo de 3,3%, sendo que no respeitante ao concelho da Trofa, a redução é de 2,8%. Por outro lado, a população referente ao grupo etário dos 25 aos 64 anos aumentou em 3%. Relativamente ao conjunto da população ativa, entre os 15 e os 64 anos, verifica-se um aumento mínimo de 0,2% (INE, 2012a). Efetivamente, de acordo com os dados obtidos através dos Censos de 2001 até 2011, há um aumento ao nível da população nas faixas etárias dos 25 aos 64 anos e com 65 ou mais anos. Este aumento é acompanhado pela diminuição da população residente mais jovem (dos 0 aos 14 anos e dos 15 aos 24 anos), isto é, há um aumento do índice de envelhecimento da população.

Na análise por freguesias do concelho da Trofa, é ainda possível verificar-se que os maiores índices de envelhecimento registaram-se nas freguesias de Covelas (104,8), Muro (103,9) e Santiago de Bougado (103,8), sendo que os menores surgiam em São Romão do

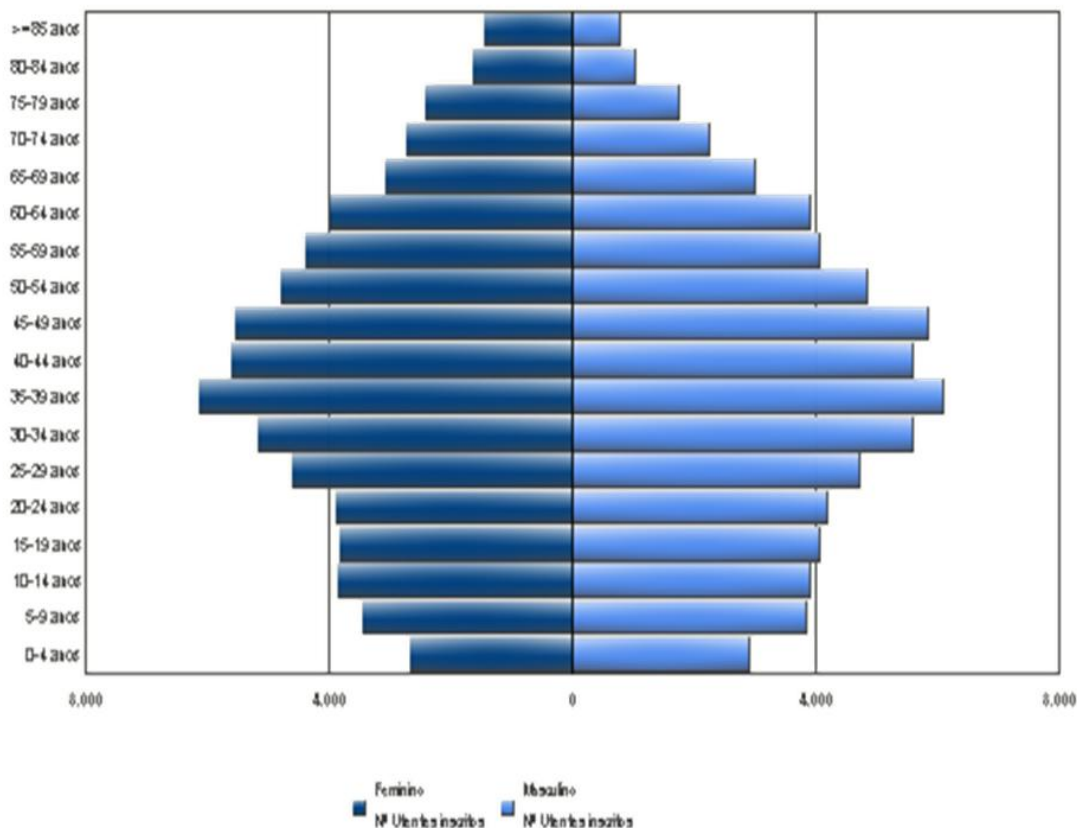
Coronado (67,1), Guidões (81,7) e São Mamede do Coronado (81,8). Como resultado do aumento do índice de dependência de idosos, os Censos 2011 revelam que o índice de dependência total, ou seja, o esforço da sociedade sobre a população ativa, aumentou a nível nacional (INE, 2012a).

A Unidade de Saúde Familiar Ao encontro da Saúde: Abordagem ao Envelhecimento e Dependência

A área geográfica de atuação da Unidade de Saúde Familiar Ao Encontro da Saúde abrange as freguesias de S. Romão de Coronado, S. Mamede de Coronado e Covelas pertencentes ao concelho da Trofa. Por razões de acessibilidade, é ainda possível abranger os utentes já inscritos e residentes na freguesia de Folgosa, concelho da Maia, adstritos, em termos assistenciais e por definição de áreas, à Unidade de Saúde de Águas Santas, mas que por razões de proximidade geográfica se encontram, maioritariamente inscritos na Unidade de Saúde Familiar Ao Encontro da Saúde, assumindo-se em relação a estes a realização integral de cuidados de saúde.

A Unidade de Saúde Familiar Ao Encontro da Saúde é uma das instituições prestadoras de cuidados integrados no ACES- Grande Porto I- Santo Tirso/Trofa. Os Cuidados Primários de Saúde são prestados à população todos os dias úteis, das 8h às 20h. Aos fins-de-semana e feriados, o atendimento de situações agudas no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários é feito no Serviço de Atendimento de Situações Urgentes (SASU) na unidade de saúde de Santo Tirso, onde é assegurado por equipas multidisciplinares dos Centros de Saúde de Trofa, Santo Tirso e Negrelos. A 31 de Dezembro de 2012, estavam inscritos na USF Ao Encontro da Saúde um total de 11.477 utentes (Figura 17), cuja pirâmide etária pode ser visualizada de seguida.

Figura 17 - Representação da pirâmide etária no ano 2012 da USF Ao Encontro da Saúde.



No final do ano de 2012, o número total de idosos inscritos com 65 ou mais anos era de 1700, o que representa uma percentagem de 14,8% de idosos inscritos na USF Ao Encontro da Saúde. Destes 1700 idosos, 127 são dependentes e recebiam apoio no domicílio por parte da equipa multiprofissional, o que representava cerca 7,5%.

1.7. Técnicas e instrumentos de recolha de dados

O processo de investigação implica uma recolha de dados empíricos, dos quais dependem os resultados e as conclusões da investigação (Coutinho, 2014). Desta forma, utilizámos vários instrumentos de recolha de dados: o **Índice de Barthel** com o objetivo de avaliar do grau de autonomia dos idosos; o **COPE-CUIDE** no sentido conhecer a compreensão da perceção do papel do cuidador informal e da sua perceção sobre a satisfação das atividades desenvolvidas com os idosos; o **Questionário de Avaliação das**

Emoções que teve como objetivo analisar a frequência das emoções básicas resultantes da prestação de cuidados; e a **entrevista semi-estruturada**, como forma de contextualizar e aprofundar o estudo das vivências e das emoções despoletadas no cuidar de idosos.

Índice de Barthel

O envelhecimento da população mundial, concomitantemente com o elevado número de patologias crônicas e incapacitantes, exige uma preocupação contínua dos profissionais de saúde. Efetivamente, é necessário avaliar os diferentes níveis de incapacidades, de forma a planificar os cuidados de saúde mais adequados. Um dos instrumentos mais utilizados, e recomendados pela Organização Mundial de Saúde na avaliação da capacidade funcional para a realização das atividades de vida diária, é o Índice de Barthel (IB). Esta escala é de fácil utilização e adaptável à maioria das culturas (Raso, 2002). Em Portugal, este instrumento foi validado com uma população de idosos não institucionalizados (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007).

O IB foi utilizado pela primeira vez por Mahoney e Barthel (1965). Esta escala só se complementa com a utilização de um observador, ou seja, de um indivíduo com competências de analisar a capacidade funcional das dez atividades de vida que o IB avalia: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo dos esfíncteres, deambular, transferência da cama para cadeira e vice-versa, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965). A estas 10 atividades avaliadas é atribuído um valor, que pode variar entre 0 (totalmente dependente) e 100 (totalmente independente), com intervalos de 5 pontos (Quadro 31). No entanto, os indivíduos com a mesma pontuação total podem carecer de cuidados distintos de acordo com a (s) atividade (s) que demonstram maior incapacidade (Araújo, et al., 2007). A classificação de 60 pontos corresponde ao ponto de viragem entre independência/dependência (Sulter, Steen & Keyser, 1999 citado por Araújo, et al., 2007). A relação existente entre a pontuação e os níveis de dependência pode ser observada de seguida.

Quadro 31 - Relação entre o nível de dependência e a pontuação obtida no Índice de Barthel

<i>Caracterização</i>	<i>Pontuação</i>
Independente	100 pontos
Ligeiro	>60 pontos
Moderado	>40 e ≤60 pontos
Grave	≥20 e ≤40 pontos
Muito Grave	<20 pontos

Em Portugal, o estudo foi validado através de uma amostra de 209 idosos, com idade igual ou superior a 65 anos a residirem nos seus domicílios. Verificou-se que é um instrumento válido e de fácil uso, rápido e com baixos custos. Adicionalmente, observou-se um nível de fidelidade elevado, como demonstrou o alfa de Cronbach de 0,96, apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidas para sobreposições, entre $r=0,66$ e $r=0,93$. A análise em componentes principais, com rotação varimax, que confirma a natureza unidimensional deste índice, com todos os índices a apresentar uma carga fatorial superior a 0,71. A média do *rank* total do IB na amostra dos idosos foi de 13,3 (Araújo, et al., 2007).

O IB foi utilizado nesta investigação com o objetivo de construir uma estratégia de avaliação do grau de autonomia das pessoas com 65 ou mais anos, inscritos na USF Ao Encontro da Saúde, a receberem cuidados da equipa multiprofissional e a residirem no seu domicílio ou no domicílio do cuidador informal. Nesta perspetiva, foi aplicado o IB numa amostra de 123 idosos permitindo selecionar de forma objetiva aqueles que são dependentes de forma moderada, grave e total (Anexo A).

Cope-cuide

Um dos instrumentos de recolha de dados utilizados foi o COPE Index (Mckee *et al.*, 2003). Este instrumento foi utilizado num estudo europeu que envolveu vários países na validação psicométrica, nomeadamente: o Reino Unido, a Polónia, a Grécia, a Itália e a Suécia - o *Cares for People in Europe*- estabelecendo uma parceria com a Comissão Europeia. Deste estudo constatou-se que o COPE Index é um instrumento vantajoso na observação dos dados demográficos, bem como na avaliação das necessidades dos

cuidadores informais e na identificação dos aspetos negativos e positivos decorrentes da prestação de cuidados (Balducci *et al.*, 2008; Mckee, *et al.*, 2003). Neste sentido, é um instrumento valioso, na medida em que permite avaliações importantes para a saúde mental, qualidade de vida e bem-estar dos cuidadores informais de idosos.

O instrumento foi posteriormente traduzido linguisticamente para Português por Figueiredo e Sousa (2002) passando a ser conhecido como CUIDE (Cuidadores de Idosos na Europa). O questionário CUIDE juntamente com a Escala CUIDE representam a tradução para a língua portuguesa do *COPE Questionnaire* e do *COPE Index*. Este tem como propósito proporcionar a compreensão da perceção do papel de cuidador informal de pessoas idosas. Desta forma, auxilia a rede de apoio formal a estabelecer intervenções de forma a desacelerar o potencial efeito negativo da prestação de cuidados, bem como exacerbar os seus efeitos positivos, criando políticas e objeções de cooperação mais eficazes (Balducci, *et al.*, 2008; Figueiredo & Sousa, 2002; Mckee, *et al.*, 2003).

O CUIDE foi elaborado tendo em consideração três partes fundamentais:

- a) Recolha de dados de identificação e informação do método da entrevista e do entrevistador;
- b) Um questionário (19 questões) - Questionário CUIDE-informação do cuidador informal e da pessoa cuidada;
- c) Uma escala tipo Likert de 4 pontos (17 questões) – Escala CUIDE – com o objetivo de avaliação do grau de satisfação/insatisfação do cuidador informal (Figueiredo & Sousa, 2002).

O CUIDE foi utilizado nesta investigação com o objetivo de caracterizar sumariamente os aspetos demográficos dos cuidadores informais de idosos dependentes inscritos na USF Ao Encontro da Saúde (Anexo B). Ao recorrer a este instrumento pretendeu-se uma avaliação dos aspetos positivos e negativos resultantes do impacto que a atividade de cuidador impõe na sua vida diária, verificando quais os aspetos mais referenciados para que o investigador possa identificar e incentivar os profissionais de saúde a tentar colmatar as diversas falhas.

Questionário de avaliação das emoções

A aplicação do Questionário de Avaliação das Emoções (QAE) teve como objetivo analisar a frequência das emoções básicas emergentes da experiência dos cuidadores informais no decorrer das suas atividades. O uso deste questionário parte da perspectiva de que as emoções constituem o principal sistema motivacional da cognição e da ação humana.

Este instrumento foi desenvolvido tendo por base a Teoria Diferencial das Emoções (TED) desenvolvida inicialmente por Tomkins e Izard (1965), e reformulada e aprofundada mais tarde por Izard (1991). Segundo o mesmo investigador, a TED demonstrou um conjunto de emoções essenciais para a motivação humana que foram denominadas de emoções primárias.

O questionário inicial foi validado em Portugal por Torres e Guerra (2003), sendo atualmente constituído por duas partes. Para este estudo em particular, considerou-se pertinente focar a investigação nos dados provenientes, sendo que a parte I compreende a caracterização das 11 emoções básicas - interesse, alegria, surpresa, cólera, nojo, desprezo, medo, angústia, vergonha, tristeza e culpa. Este instrumento é composto por uma mini-escala, na qual os cuidadores informais dos idosos dependentes indicaram a frequência com que ocorrem as emoções no decorrer da prestação dos cuidados, numa escala tipo Likert (5 pontos; de “nunca” a “sempre”) (Torres & Gerra, 2003; Torres et al., 2011).

A escala tipo Likert tem cinco níveis que permitem identificar a presença/ausência de contrariedades emocionais, através de situações decorrentes da vida quotidiana às quais os indivíduos estão sujeitos e que os próprios devem demonstrar o seu grau de consonância. Permite, assim, avaliar a frequência das 11 emoções básicas despoletadas por diferentes estímulos e acontecimentos (Torres & Gerra, 2003).

Esta investigação teve como objetivo demonstrar as frequências das emoções despoletadas pela prestação de cuidados informais, tendo em consideração que as emoções são um fator motivacional na qualidade dos cuidados prestados aos idosos dependentes (Anexo C).

Entrevista semi-estruturada

A entrevista é um meio fundamental para esmiuçar os aspetos mais relevantes da aplicação dos métodos quantitativos, tendo como ponto de partida a complementaridade da investigação. Estas representam um valioso método qualitativo que permite recolher informação que não seria possível através de um questionário (Coutinho, 2014).

A entrevista resulta de uma conversa intencionada por duas ou mais pessoas, ou seja, entre o entrevistador e os participantes da investigação, permitindo *“recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo”* (Bogdan & Biklen, 1994, p. 134), focalizando a conversa num relacionamento social, direcionada para um determinado assunto, confirmando a sua fiabilidade e legitimidade. Segundo os autores acima citados, a utilização da entrevista pode ocorrer de duas formas, por um lado pode tratar-se de um plano principal na recolha de dados, ou pode ser utilizada conjuntamente com outras técnicas.

Tendo em conta as suas características, a entrevista possibilita a obtenção de informação por meios diretos e instantâneos, acedendo aos significados que os indivíduos conferem às coisas e situações, sendo importante ressaltar que os entrevistados devem exprimir-se de forma livre e conhecedora da sua própria realidade, utilizando a sua linguagem, com a atribuição de significados aos seus próprios caminhos e formas de se expressar (Quivy & Campenhoudt, 2005). De uma conversa trivial poderá encaminhar-se para uma entrevista com objetivos preestabelecidos. O entrevistado deve ser informado disso mesmo e deve ser informado da total confidencialidade (Bogdan & Biklen, 1994), devendo o investigador fornecer um consentimento informado (Anexo D).

De acordo com Bodgan e Biklen (1994), as entrevistas podem classificar-se segundo o grau de estruturação em: entrevista estruturada, onde entrevistador segue o guião e controla o conteúdo de forma demasiado rígida, ou semi-estruturada., que permite obter dados comparáveis entre os intervenientes na entrevista. Na nossa investigação foi utilizada a entrevista semi-estruturada, pois permitiu programar com antecedência as entrevistas, acordando um horário e local. Foram aplicadas um conjunto de questões previamente estabelecidas, o que nos possibilitou moldar o seu conteúdo, e outras emergiram do diálogo (Quivy & Campenhoudt, 2005; Whiting, 2008).

Adicionalmente, permitiu uma certa flexibilidade ao facilitar a exposição das ideias e experiências, podendo as respostas serem complementadas, clarificadas e testadas, não limitando portanto a algumas perguntas centrais. No entanto, a entrevista não foi inteiramente livre e aberta, uma vez que foi seguido um determinado eixo que permitiu fornecer indícios sobre o sistema de valores, emoções e atitudes (Pardal & Correia, 1995; Quivy & Campenhout, 2005). No decorrer da entrevista evitaram-se questões de resposta fechada, como “sim” ou “não”. As questões colocadas permitiam aos cuidadores responder de forma mais minuciosa. Neste sentido, foi sempre proporcionado um ambiente de empatia e à vontade, de forma a facilitar a obtenção de respostas o mais completas possíveis. A utilização dos silêncios foi de grande valia, tal como referem Bogdan e Biklen (1994), na medida em que estes momentos proporcionam aos sujeitos tempo para se poderem organizar mentalmente e, assim, poderem dirigir a conversa de forma mais adequada. Esta atitude permite que os entrevistados indiquem o que realmente pensam e sentem sobre o tema em causa.

Neste tipo de entrevista, a validade e confiabilidade não depende do uso repetido das mesmas palavras em cada questão, mas da transparência, do seu significado e da relação intensa entre os intervenientes da entrevista, principalmente do investigador com o entrevistado, pois uma incorreta postura poderá colocar em causa a credibilidade do estudo (Coutinho, 2014).

A aplicação da entrevista semi-estruturada como instrumento de recolha de informação sobre os cuidadores informais foi a forma usada para aprofundar o estudo das vivências e das emoções despoletadas pela prestação de cuidados. Com este instrumento, pretendeu-se explorar as perceções e opiniões dos cuidadores, aos quais foram colocados questões sensíveis. Desta forma, foi possível extrair mais informações e esclarecer algumas dúvidas, bem como apreender as histórias de vida destes cuidadores. Estes conhecimentos permitiram contextualizar vários aspetos que foram referidos ao longo da entrevista.

Tal como foi referido anteriormente, formulou-se um guião da entrevista, constituído por vários blocos, com diferentes temas a abordar durante a conversa com o cuidador (Anexo E).

A entrevista foi aplicada a 8 cuidadores de idosos dependentes, que foram considerados representativos da população em questão. Cada entrevista variou entre os 30

e os 60 minutos, tendo decorrido num período entre janeiro e março de 2013. A aplicação das entrevistas decorreu no domicílio do cuidador ou do idoso (residência previamente escolhida pelo cuidador), num local da casa que se sentiam mais confortáveis, tendo em conta as determinantes físicas, ou mesmo tendo em conta a liberdade de expressão para espontaneamente falarem das experiências vividas (Thomas & Pollio, 2002). O agendamento da entrevista foi realizado de forma prévia, tendo em conta a disponibilidade do cuidador.

O fator tempo é determinante no decorrer da entrevista, uma vez que faz com que os entrevistados consigam dar explicações mais fundamentadas, mas que também acaba por ser determinado pelas exigências da prestação de cuidados. Assim sendo, as entrevistas eram interrompidas sempre que o cuidador necessitava de responder às necessidades do idoso em tempo útil.

Todas as entrevistas foram gravadas em suporte áudio digital, com a devida permissão do entrevistado, garantindo o anonimato e o tempo de gravação.

A interpretação da informação gravada em suporte áudio foi devidamente apoiada pela utilização de uma técnica intensamente utilizada nas ciências sociais e humanas, designada por análise de conteúdo (Bardin, 2009; Vala, 2007). Esta técnica interessa-se pela comunicação, os objetivos da exposição do conteúdo da mensagem e a associação entre as palavras, com uma organização exímia, investigando as questões do método e técnicas: a organização da análise, a codificação dos resultados, as categorizações, as inferências e a informatização da análise do conteúdo (Bardin, 2009).

Os diversos blocos que constituem a entrevista semi-estruturada aplicada à amostra em questão abordam os seguintes temas:

- a) O papel do cuidador informal na prestação diária de cuidados aos idosos dependentes;
- b) Representação sobre a pessoa cuidada, ou seja, a forma como o cuidador observa o idoso;
- c) A capacidade de autocuidado do idoso dependente na perspetiva do cuidador informal;

- d) A gestão do regime terapêutico, descrevendo as dificuldades dos cuidadores em orientar o regime terapêutico a que o idoso está submetido;
- e) As dificuldades na prestação de cuidados, analisando o impacto da prestação dos cuidados no quotidiano do cuidador;
- f) As parcerias com os profissionais de saúde;
- g) As emoções despoletadas durante a prestação de cuidados ao idoso dependente.

1.8. Análise de conteúdo

A análise de conteúdo é uma das técnicas mais utilizadas nas ciências sociais e humanas (Vala, 2007). Na análise das 8 entrevistas semi-estruturadas realizadas aos cuidadores informais, adotou-se a análise de conteúdo como técnica de tratamento dos dados.

Para Bardin (2009, p. 44), análise de conteúdo é um

“conjunto de técnicas de análise de dados e comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos o objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”

Aplicado não a um único instrumento, mas a um leque muito variado, as comunicações.

Segundo Vala (2007, p. 103), esta técnica possibilita *“inferências sobre a fonte, a situação em que esta produziu o material objeto de análise... a finalidade da análise de conteúdo será fazer inferências sobre as mensagens cuja características foram inventariadas e sistematizadas”*. Bardin (2009) refere que a inferência é também importante, pois permite a passagem da descrição à interpretação. Segundo Vala (2007), o investigador deve construir um modelo que possibilite as inferências, através da desmontagem do discurso do sujeito e da sua análise numa conexão ativa entre a produção do discurso e a realização da análise.

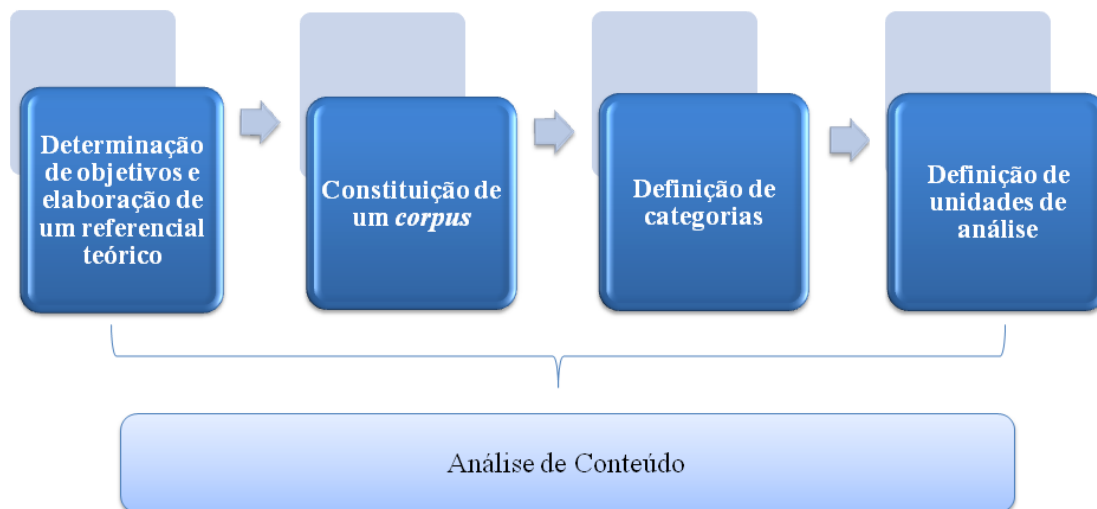
Figura 18 - Representação esquemática da conjugação das características da análise de conteúdo



O mesmo autor refere que a análise de conteúdo apresenta como vantagem a sua utilização em “*material que não foi produzido*”. Tendo como objetivo apoiar a investigação empírica, esta técnica também permite funcionar através da reflexão de material não-estruturado, permitindo laborar sobre correspondência, entrevistas abertas e mensagens.

Ao recorrer à análise de conteúdo, o investigador pode questionar a frequência de determinados acontecimentos sobre um texto, uma entrevista ou outro documento. É possível prever as características do que está a ser avaliado (avaliação das atitudes favoráveis ou desfavoráveis da fonte de dados) e descrever a forma como é avaliado, ao analisar a relação existente entre os objetos. É fundamental que o investigador tenha em consideração a determinação da direção da pesquisa e, para tal, é necessário proceder a um conjunto de operações (Figura 19), nomeadamente: determinação de objetivos e elaboração de um referencial teórico, constituição de um *corpus*, definição de categorias, e definição de unidades de análise.

Figura 19 - Representação esquemática das operações a ter em consideração numa análise de conteúdo



Segundo a perspetiva de Bardin (2009), a análise de conteúdo tem na prática duas funções que podem coexistir de forma complementar:

- i. **Função heurística:** a análise de conteúdo desenvolve a tentativa exploratória, aumenta a tendência para a descoberta;
- ii. **Função de “administração da prova”:** as hipóteses encontram-se sob a forma de questões que orientam de forma sistemática o conteúdo para a sua verificação e confirmação.

Ao recorrer a esta técnica é possível analisar diferentes objetivos e documentos, desde os mais insólitos em relação à sua natureza e interpretação e que se tornam mais difíceis para o investigador, até aos mais triviais e de fácil compreensão. A análise de conteúdo pode debruçar-se sobre múltiplos significados e significantes, sendo o tratamento descritivo a primeira fase do procedimento. Nesta fase efetua-se uma análise sistemática e objetiva, tendo em consideração a objetividade científica. Esta análise deve obedecer às regras da categorização e da fragmentação da comunicação. É necessário que seja elaborada de forma: homogénea, exaustiva, exclusiva, objetiva, adequada e pertinente, ou seja, que seja ajustada ao tema da investigação. O investigador deve circunscrever as unidades de codificação, tendo em conta os registos que podem ser palavras, frases, entre outros. No caso de se verificar ambiguidades é ainda possível definir unidades de contexto. É chamado um método taxonómico, na medida em que insere uma ordem recorrendo a

critérios estabelecidos na busca do que se pretende encontrar. A análise de conteúdo busca aquilo que está por trás das palavras, abarca as mensagens e depois tenta esmiuçá-las arriscando descobrir novas realidades, novos significados, ou seja, procura compreender as variáveis psicológicas, sociológicas, históricas, entre outras, por meio de mecanismos de dedução (Bardin, 2009).

As categorias facilitam a classificação das unidades de registo que foram anteriormente captadas pelo investigador. Algumas das categorias surgem no decorrer da recolha de dados, outras apenas surgem no seu final, para posterior análise (Bogdan & Biklen, 1994). De uma forma simples, podemos identifica-las como “*gavetas*” onde se armazenam os conteúdos das mensagens com uma certa ordem (de acordo com os seus significados, conceitos e formas de pensamento), permitindo ordenar a informação segundo um esquema, e tendo em conta aquilo que se pretende da investigação (Bardin, 2009).

De forma a aplicar corretamente a teoria de Bardin (2009), é necessário que toda a interpretação de mensagens e enunciados decorra em três etapas: a pré-análise, a exploração do material, e os tratamentos dos resultados: inferência e a interpretação dos dados obtidos.

Neste estudo efetuou-se uma análise com a elaboração das categorias *à posteriori*, ou seja, as categorias não influenciam a investigação possuindo um carácter puramente exploratório (Ghiglione & Matalon, 1997 citado por Coutinho, 2014). Esta opção foi tomada por ser considerada a mais apropriada, na medida em que permitiu a elaboração de um plano de categorias que acusa a problemática teórica e as particularidades do material em investigação. Após algumas hipóteses, a lista definitiva das categorias é a que se encontra no Quadro 32.

Quadro 32 - Grelhas de codificação

Dimensão	Domínio	Categorias
Papel do cuidador informal	Motivos de assunção	Motivos pessoais/familiares Motivos de gosto pessoal Motivos profissionais/económicos Motivos religiosos Motivos de dever moral
	Atividades da prestação de cuidados	Substituição Ajuda parcial Ajuda total Orientação Supervisão
	Repercussões positivas	Laços familiares Disponibilidade para o idoso Visibilidade do bem-estar da pessoa cuidada Autocontrolo
	Repercussões negativas	Sobrecarga física Falta de conhecimento /Incapacidade de atuação Falta de apoio no cuidado Isolamento Rotina Preocupação Sentimento de incapacidade Desistência da pessoa cuidada Falta de tempo Falta de reconhecimento
	Ajudas no papel	Apoio familiar Apoio das irmãs religiosas (convento) Apoio económico Apoio dos profissionais de saúde Apoio Santa Casa da Misericórdia Apoio de outros
	Benefícios do papel	Benefícios psicológicos Benefícios de capacitação Sem benefícios
Representações da pessoa cuidada	Características pessoais do idoso	Personalidade agradável Personalidade difícil Religião Atividade profissional Relação com os vizinhos Relação com a família
	Problemas do idoso	Problemas relativos ao passado Maus tratos Problemas físicos Problemas emocionais Patologias/ sintomatologia Alterações mentais Grau de dependência
Capacidade de Autocuidado	Limitações da pessoa cuidada	Limitações físicas (alimentação, hidratação, posicionamentos, transferências, incontinência, andar, vestir/despir, higiene) Gestão do regime terapêutico

		Dificuldades da fala Dificuldades em exprimir as emoções Alterações de memória
	Atividades de estimulação no idoso	Estimulação do idoso Proporcionar de higiene e conforto Estimulação na participação nas atividades de vida diárias
	Atividades desenvolvidas pelo cuidador no sentido de adquirir conhecimentos para estimular	Participação em ação de formação Colaboração dos profissionais de saúde
Gestão do regime terapêutico	Regime terapêutico atribuído	Tratamento farmacológico Tratamento não farmacológico
	Dificuldades do CI na gestão do RT	Com dificuldades Sem dificuldades
	Reação do idoso ao RT	Reação positiva Reação negativa
	Resolução de dúvidas do CI ao RT	Com dúvidas Sem dúvidas
Dificuldades na prestação de cuidados	Interferências no quotidiano do cuidador	Interferências nas relações familiares Maus tratos sofridos pela cuidadora Alteração de domicílio Alterações nas atividades de lazer Alterações no tempo de descanso Isolamento Alterações na atividade profissional Gestão das atividades diárias
	Mudança de atitudes perante a vida	Atitude positiva Atitude negativa
	Ultrapassar as limitações	Participação em ação de formação Apoio dos profissionais de saúde
Parcerias com os profissionais de saúde	Apoio da equipe de enfermagem	Apoio técnico Apoio emocional Programas psicoeducativos
Emoções	Emoções despoletadas	Emoções positivas Emoções negativas
	Influência das emoções na prestação de cuidados	Influência das emoções negativas Influência das emoções positivas
	Atividades de ajuda que despertam emoções positivas	Apoio emocional Atividades proporcionadoras de conforto
	Fatores surpreendentes da prestação de cuidados	Papel do cuidador Respeito do idoso dependente Atitude positiva do CI Autonomia do idoso Grau de dependência Sem fatores surpreendentes
	Estratégias de superação das	Atividades de lazer

	emoções negativas	Atividades agrícolas Momentos de reflexão Momentos de descompressão Medicação
	Gestão das emoções do idoso em transição	Companhia Transmissão de segurança Apoio técnico Apoio emocional Disponibilidade

1.9. Procedimento de recolha e tratamentos de dados

A presente investigação teve como objetivo central a caracterização dos cuidadores informais de idosos dependentes e as suas emoções decorrentes da prestação de cuidados, dispondo de apoio domiciliário dos profissionais de saúde da USF Ao Encontro da Saúde. De forma a concretizar os objetivos do estudo teve-se em consideração todas as variáveis que, direta ou indiretamente, influenciam tanto o cuidador informal como o idoso dependente. Para iniciar o estudo de investigação foi apresentado à Comissão de Ética da Administração regional de Saúde do Norte e ao ACES- Grande Porto I- Santo Tirso/Trofa, assim como à Coordenadora da USF Ao Encontro da Saúde, um pedido de autorização para iniciar o estudo com os utentes daquela área de atuação da unidade de saúde.

A validade dos desenhos de investigação tem que garantir a relação entre as variáveis. A partir desse aspeto podem certificar-se ou desenvolver novas teorias. É possível sugerir novas investigações com base nas novas teorias que se desenvolvem, sendo que, para tal, é fundamental que os resultados sejam exatos e que correspondam ao desenho de investigação. Neste sentido, é revelante discriminar a validade interna e a externa.

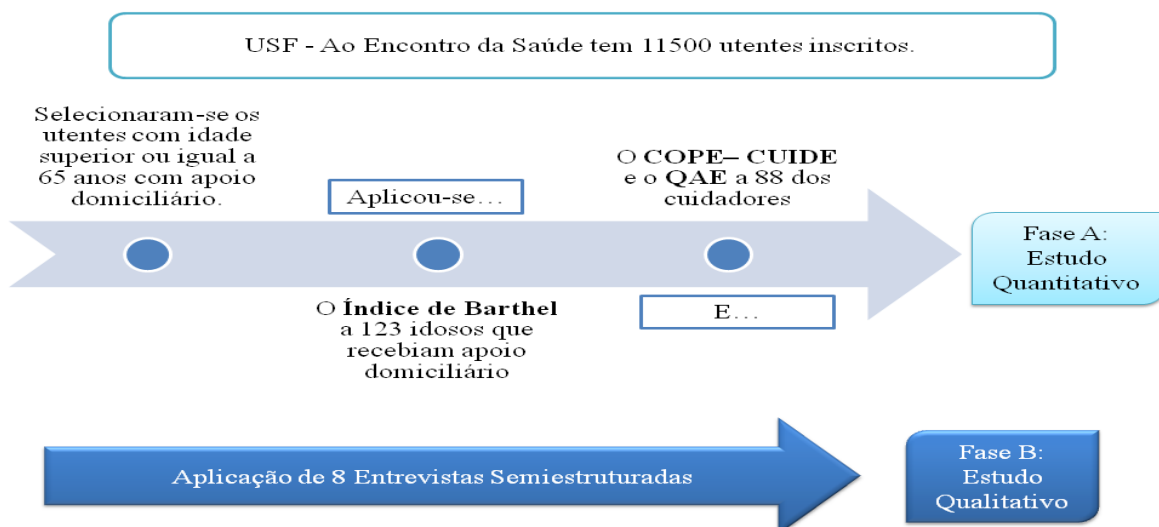
A **validade interna** diz respeito à interpretação precisa da relação entre as variáveis, comprometendo-se a certificar uma interpretação correta dos resultados, ou seja, a validade interna fica comprometida quando variáveis estranhas à investigação tendem a intrometer-se e a comprometer a validade do estudo (Coutinho, 2014; Ribeiro, 2010).

Por outro lado, a **validade externa** refere-se à generalização dos dados de uma determinada investigação. Geralmente verifica-se que os dados incluídos num estudo representam apenas uma parte daqueles que poderiam ser incluídos, mas que por diversas

razões não o foram (Ribeiro, 2010). Um bom desenho de investigação pode direcionar para amplas generalizações. No entanto, é necessário ter em consideração algumas ameaças à validade externa como: a reatividades experimental (quando os sujeitos do grupo experimentam alteração o seu padrão de comportamento habitual); a novidade (pode potenciar o impacto da variável independentes); efeito do investigador; efeito reativo ou interativo do pré-teste, a inferência de tratamentos múltiplos; efeito interação tempo/tratamento (Coutinho, 2014).

Tendo em atenção todos estes critérios e variáveis, verifica-se que o modelo de análise para um determinado estudo é fundamental, no sentido de extrair o máximo de dados possíveis. Neste sentido, e tal como se pode observar na Figura 20, elaborou-se o modelo de análise do presente estudo.

Figura 20 - Representação esquemática do modelo de análise do presente estudo



A Fase A do estudo teve início com a identificação dos idosos que recebiam visita domiciliária da equipa multiprofissional da Unidade de Saúde Familiar Ao Encontro da Saúde. Estes indivíduos foram identificados com a colaboração de toda a equipa e a utilização do programa informático SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) que permitiu identificar os idosos que possuíam cuidador informal e que preenchiam os critérios de inclusão. Após a sua identificação, foi estabelecido um contacto presencial, previamente agendado, no domicílio do idoso ou do seu cuidador, com o objetivo de obter

a permissão para a colaboração nesta investigação. Neste âmbito foram cedidos os contatos dos cuidadores que acederam a participar no estudo e elaborada uma listagem de fácil acesso ao investigador, mas confidencial aos restantes consultores do estudo. No início de cada contato, os participantes foram informados dos objetivos da investigação, da natureza do estudo, bem como do grau de absoluta confidencialidade, tendo estes assinado o consentimento informado.

Após o término do processo anterior foi aplicado o IB a 123 idosos, no mês de Abril do ano de 2011, com o objetivo de avaliar a sua capacidade funcional. A duração de tempo da aplicação deste instrumento variou entre 15 e 20 minutos. Nesta fase de intervenção, depois de analisados os resultados do IB, foram apenas selecionados os idosos com dependência moderada, grave e total, dado que foram esses indivíduos que se tornaram objeto do nosso estudo, bem como os seus cuidadores. Tendo-se obtido um total de 96 indivíduos. Os seus cuidadores foram identificados e prosseguiu-se o estudo com uma **amostra de 88 cuidadores**. Os 8 cuidadores em falta, 4 dos quais o idoso que cuidavam já tinha falecido, 2 desistiram do papel principal de cuidador e os restantes 2 não quiseram continuar a colaborar na investigação. Aos 88 cuidadores participantes no estudo aplicou-se o COPE-CUIDE e o QAE, cujo tempo de aplicação aproximou-se dos 60 minutos em cada participante.

Os resultados obtidos nesta Fase A: Estudo Quantitativo, foram analisados recorrendo ao *software* de análise estatística *SPSS (Statistical Package for the Social Science)* versão 19, para o *Windows*. A análise estatística das variáveis em estudo foi determinada pela análise descritiva, com a utilização de frequências absolutas (n) e relativas (%) e o coeficiente de correlação de *Spearman* (Laureano & Botelho, 2012), entre as variáveis consideradas pertinentes.

Para a avaliação da intensidade da correlação consideramos os valores indicados por Pestana e Gageiro (2003), ou seja, correlação muito fraca ($r < 0,2$); fraca ($0,2 < r < 0,39$), moderada ($0,4 < r < 0,69$), forte ($0,7 < r < 0,89$) ou muito forte ($0,9 < r < 1$), sendo que estes valores podem ser positivos ou negativos. Os resultados são considerados significativos quando inferiores ou iguais a 5% (0,05) ou a 1% (0,01).

Após a Fase A, surgiu a necessidade de responder a questões que emergiram durante esta fase e que não haviam sido inicialmente previstas. Desta forma, seguiu-se a

Fase B, com um estudo qualitativo que permitiu aprofundar as vivências dos cuidadores de idosos dependentes. Para responder às necessidades que foram surgindo, decidimos recorrer a uma entrevista semi-estruturada usando como recurso um guião de entrevista. A elaboração desse guião teve por base as principais questões que surgiram dos resultados obtidos da Fase A, como também uma necessidade de obter descrições mais exaustivas das experiências vividas enquanto cuidadores informais de idosos dependentes.

Neste sentido, iniciou-se a Fase B do estudo, com a aplicação de 8 entrevistas no domicílio do cuidador ou do idoso, num local da casa escolhido pelo próprio cuidador. Dos participantes no estudo, 6 escolheram a sala de estar e 2 os quartos dos próprios idosos. Estas entrevistas foram gravadas em áudio, com uma duração média de 90 minutos cada. Procedeu-se de seguida à transcrição das entrevistas através da utilização do *Memory Stick Voice Editor* e à sua análise categorial através do programa *WebQDA*, que consiste num *software* de apoio à análise de dados qualitativos. A análise da informação e sistematização dos dados resultantes das entrevistas semi-estruturadas aplicadas aos 8 cuidadores foram efetuadas através da técnica de tratamento da informação a análise de conteúdo.

1.10. Princípios éticos

Alguns investigadores referem que a ética é um ramo da filosofia que determina o que está correto e errado, promovendo a proteção dos indivíduos e a publicação decorrente, por exemplo, de artigos da investigação (Fouka & Mantzorou, 2011). Os condicionalismos éticos são categóricos para a investigação (Ribeiro, 2010).

Na investigação, a ética determina normas denominadas de corretas e incorretas por um determinado grupo, num determinado contexto (Bogdan & Biklen, 1994), podendo algumas considerações já existentes serem alteradas e surgirem novas escolhas e ações (Fouka & Mantzorou, 2011). Caso a investigação abranja seres humanos, as questões éticas desviam-se segundo o tipo de investigação, aumentando a inquietação com os direitos dos seres humanos (Polit, Beck, & Hungler, 2004).

A investigação em seres humanos enuncia-se em duas premissas importantes que possibilitam o assumir, numa primeira fase, a participação voluntária nos projetos de

investigação, bem como garantir a estes sujeitos que não serão expostos a riscos superiores aos ganhos que daí possam resultar. É necessário facultar aos participantes informações relevantes que poderão influenciar a sua vontade de participar no estudo, nomeadamente qual é o objeto e quais são os objetivos do estudo (Bogdan & Biklen, 1994).

A ética está sempre presente na sociedade, permitindo um balanço entre os valores dos sujeitos em interação (profissionais de saúde e utentes), a comunidade envolvente e o contexto, favorecendo a criação de pressões e conflitos (Fouka & Mantzourou, 2011). O Código deontológico dos enfermeiros tem como preocupação a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.

Os princípios éticos mais importantes não são absolutos, podendo ser substituídos por outros. A sua função é auxiliar as pessoas competentes na escolha dos melhores caminhos, sem prejudicar os outros (Beauchamp & Childress, 2000 citado por Schuklenk, 2005).

O consentimento informado deverá estar presente em todas as pesquisas. Segundo Armingier (1997 citado por Fouka & Mantzourou, 2011), o consentimento informado é um consentimento de causa, em que o sujeito voluntariamente e com inteligência dá a sua aprovação, sendo um direito do participante da pesquisa. Este consentimento deverá possuir uma introdução ao estudo, explicar a sua finalidade e os procedimentos a que o indivíduo vai estar sujeito (Fouka & Mantzourou, 2011). Em rigor, no âmbito do presente estudo e em relação a este princípio, foram tomadas todas as precauções. Após a submissão dos pedidos de autorização do estudo à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte (Anexo F), ao ACES-Grande Porto I - Santo Tirso/Trofa e à Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar Ao Encontro da Saúde (Anexo H), reuniu-se toda a equipa multiprofissional da unidade de saúde com o objetivo de dar a conhecer a finalidade e objetivos do estudo. Seguiu-se a visita domiciliária com a equipa multiprofissional de saúde da USF e depois de reunir um grupo de cuidadores informais que aceitaram participar no projeto, estes assinaram de livre vontade um consentimento informado. Foram também solicitadas as autorizações aos respetivos validadores dos instrumentos de recolha de dados utilizados nesta investigação: Índice Barthel (Anexo A); Questionário Cuide (Anexo B), QEA (Anexo C).

O princípio ético da beneficência refere-se aos benefícios que a pesquisa possa reverter a favor dos participantes (Ford & Reutter, 1990 citado por Fouka & Mantzorou, 2011). No caso particular do presente estudo, a aquisição de novos conhecimentos podem beneficiar tanto os cuidadores informais, como os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros dos cuidados de saúde primários, que diariamente lidam com este tipo de prestadores de cuidados e idosos. Adicionalmente, considera-se um benefício da pesquisa se os resultados que advirem deste trabalho puderem de alguma forma servir de alicerces para futuras investigações.

Neste tipo de investigação, em que está em causa um ser humano, o respeito pela confidencialidade, anonimato e privacidade são determinantes, investindo no respeito à dignidade e fidelidade. A investigação em curso tem o dever de possuir a confidencialidade da morada do domicílio do cuidador e da pessoa cuidada, bem como de toda a informação fornecida, protegendo em todo o momento a identidade dos participantes. A privacidade foi respeitada principalmente aquando da realização das entrevistas que foram efetuadas de forma individual. No caso deste projeto não foi necessário quebrar o sigilo, no entanto, a teoria utilitarista centra-se no maior interesse de todos os envolvidos, sendo a felicidade da sociedade de maior interesse (Fouka & Mantzorou, 2011). Todos os dados devem ser destruídos, bem como os questionários aplicados, e as gravações áudio.

A realização deste estudo envolve uma relação entre o investigador, os cuidadores informais e os idosos no contexto da prestação de cuidados. Segundo os apontamentos éticos, ao investigador é solicitado o cumprimento de diversos princípios como o informar adequadamente, respeitar e garantir os direitos dos cuidadores que voluntariamente participam na investigação.

Ao longo do processo técnico de investigação, procurou-se pautar o estudo numa rigorosa conduta ética. Neste sentido, solicitámos a autorização formal ao Conselho de Ética da ARS-Norte, ACES Grande Porto I – Santo Tirso/ Trofa e USF Ao Encontro da Saúde, de forma a solicitar a permissão para o início da investigação e para a aplicação dos instrumentos de recolha de dados (Anexo F).

No sentido de cumprir o pedido de autorização mencionado anteriormente, garantiu-se a confidencialidade de todos os resultados. Reforçou-se o carácter voluntário da

participação dos cuidadores informais no estudo, através da explicação dos seus objetivos, bem como do objetivo do preenchimento do consentimento informado por parte destes intervenientes (Anexo G).

2- O cuidador, a pessoa cuidada e o contexto dos cuidados

Os avanços tecnológicos do século XXI levaram a uma evolução dramática em várias áreas, sendo que na saúde esta evolução levou a um aumento significativo da esperança média de vida dos indivíduos, que foi acompanhada pelo aparecimento de um conjunto de doenças debilitadoras que geram diferentes graus de dependência aos seus portadores.

Nos últimos anos verificamos um certo distanciamento na sociedade, isto é, deixou de haver uma estrutura de apoio entre familiares e vizinhos, que auxiliava no acompanhamento e tratamento de pessoas dependentes de terceiros (Gonçalves, 2006). Neste sentido, constatámos a necessidade de estabelecer uma estrutura social que permita acompanhar e tratar condignamente estes doentes.

Neste capítulo, são apresentados os resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos de colheitas de dados e do respetivo tratamento estatístico, assim como da análise do conteúdo realizada.

2.1. Caracterização do grau de dependência dos idosos

Uma das atuais formas de avaliar a autonomia das pessoas face às atividades básicas, é através do Índice de Barthel. É possível avaliar o grau de independência de um indivíduo em atividades tais como: Evacuação, Capacidade de Urinar, Higiene Pessoal, Ir à Casa de banho, Alimentar-se, Deslocações, Mobilidade, Capacidade de Vestir-se, Escadas e Tomar Banho (Mahoney & Barthel, 1965).

A amostra em estudo é composta por indivíduos pertencentes a um grupo heterogéneo, com idade igual ou superior a 65 anos e diferentes graus de dependência. No decorrer da investigação, com a utilização do IB não se considerou pertinente a distinção de género ou a divisão da amostra em escalões etários.

Evacuar

Esta variável determina se o indivíduo necessita que lhe façam um enema, se tem um acidente ocasional que não ocorre mais do que uma vez por semana, ou se são incontinentes. Tal como se pode observar através da análise do Quadro 33, 48 dos indivíduos que constituíam a amostra em estudo, eram incontinentes ou necessitavam de um enema para poderem evacuar. Por outro lado, a restante amostra encontrava-se quase igualmente dividida entre o terem um acidente ocasional que não excede um por semana e o serem continentais, 37 e 38, respetivamente.

Quadro 33 – Resultados da variável evacuar

Variável	Resultados	n	%
Evacuação	Incontinente ou necessitam que lhe façam um enema	48	39,0
	Acidente Ocasional	37	30,1
	Continente	38	30,9

Urinar

De acordo com os resultados apresentados no Quadro 34, verificámos que dos 123 idosos aos quais foi aplicado o Índice de Barthel, 49 eram incontinentes ou estão cateterizados e incapacitados para realizar esta tarefa de forma independente. É também possível observar que um igual número de indivíduos, concretamente 37, indicavam ser possível a ocorrência de um acidente ocasional (máximo uma vez em 24 horas), ou ser continente por mais de 27 dias.

Quadro 34 - Resultados da variável capacidade de urinar

Variável	Resultados	n	%
Capacidade de Urinar	Incontinente ou cateterizado e incapacitado para o fazer	49	39,8
	Acidente Ocasional (máximo uma vez em 24 horas)	37	30,1
	Continente (por mais de 27 dias)	37	30,1

Higiene Pessoal

Após a análise dos resultados obtidos para a variável Capacidade de Urinar, procedeu-se à avaliação da atividade diária Higiene Pessoal. De acordo com os resultados contidos no Quadro 35, os participantes neste estudo apresentavam maioritariamente necessidade de ajuda no cuidado pessoal ($n=74$), sendo que 49 dos inquiridos indicaram que eram independentes em tarefas como o barbear, escovar os dentes, lavar o rosto e cabelos, desde que os utensílios lhes fossem fornecidos.

Quadro 35 – Resultados da variável higiene pessoal

Variável	Resultados	n	%
Higiene Pessoal	Necessita de ajuda com o cuidado pessoal	74	60,2
	Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	49	39,8

Ir à Casa de Banho

Posteriormente, procedeu-se à análise da avaliação do grau de autonomia na tarefa Ir à casa de banho. Tal como se pode observar pelos resultados sumariados no Quadro 36, 42,3% dos idosos cooperantes nesta investigação apresentaram-se como dependentes nesta tarefa ($n=52$). Adicionalmente, verificou-se que 38,2% dos indivíduos indicaram necessitar de ajuda, mas indicaram que ainda conseguem fazer algumas coisas sozinhos. Dos inquiridos, somente 19,5% declararam ser totalmente independentes relativamente a esta variável.

Quadro 36 – Resultados da variável ir à casa de banho

Variável	Resultados	n	%
Ir à Casa de banho	Dependente	52	42,3
	Precisa de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho	47	38,2
	Independente	24	19,5

Alimentar-se

Quanto à variável Alimentar-se (Quadro 37), observou-se que a resposta maioritária foi dividida entre duas afirmações, isto é, 45 indivíduos referiram Precisar de ajuda na realização desta tarefa, e o mesmo número de questionados indicou ser independente, desde que a comida lhe fosse providenciada. Por outro lado, 33 idosos comprovaram ser incapazes de realizar esta tarefa sem a ajuda de terceiros.

Quadro 37 – Resultados da variável alimentar-se

Variável	Resultados	n	%
Alimentar-se	Incapaz	33	26,8
	Precisa de ajuda	45	36,6
	Independente desde que a comida seja providenciada	45	36,6

Deslocações

Em relação à variável Deslocações (Quadro 38), verificou-se que 35,0% dos inquiridos demonstraram ser incapazes de o fazer sem ajuda de terceiros e que não tinham equilíbrio ao sentarem-se ($n=43$). A segunda resposta mais prevalente foi a de que necessitavam de grande ajuda física para se poderem deslocar, mas que conseguiam manter o equilíbrio quando sentados (33,3%). Seguidamente, constatamos que 26,0% dos idosos evidenciaram necessitar de uma pequena ajuda nas deslocações, seja ela de ordem física ou verbal, sendo que somente 5,7% dos recetores de cuidadores que compõem a amostra em estudo demonstraram ser totalmente independentes nas deslocações diárias.

Quadro 38 – Resultados da variável deslocações

Variável	Resultados	n	%
Deslocações	Incapaz (não tem equilíbrio ao sentar-se)	43	35,0
	Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se	41	33,3
	Pequena ajuda (verbal ou física)	32	26,0
	Independente	7	5,7

Mobilidade

Relativamente à variável Mobilidade (Quadro 39), verificamos que grande número dos inquiridos encontravam-se imobilizados ($n=41$). Por outro lado, 38 idosos afirmaram ser capazes de andar, desde que sejam acompanhados por outra pessoa. O terceiro resultado mais prevalente, no que diz respeito à Mobilidade, é o facto de serem independentes, desde que conseguissem utilizar a sua cadeira de rodas, entre outras ajudas ($n=33$). Por último, 11 participantes no estudo apresentaram-se independentes, sendo que alguns deslocavam-se com o auxílio de bengalas.

Quadro 39 – Resultados da variável mobilidade

Variável	Resultados	n	%
Mobilidade	Imobilizado	41	33,3
	Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, entre outras.	33	26,8
	Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	38	30,9
	Independente (alguns tem a ajuda de uma bengala)	11	9,0

Vestir/Despir

A próxima variável a ser analisada no que diz respeito à avaliação do grau de independência da amostra em estudo é a capacidade de se Vestir. Tal como se pode observar na análise das respostas sumariadas no Quadro 40, existiu um elevado número de idosos que embora necessitassem de ajuda, conseguiam fazer cerca de metade desta tarefa de forma independente ($n=58$). Por outro lado, 45 recetores de cuidados demonstraram ser totalmente dependentes da ajuda de terceiros. Por fim, 20 idosos evidenciaram ser independentes no ato de vestir.

Quadro 40 – Resultados da variável capacidade de vestir-se

Variável	Resultados	n	%
Capacidade de Vestir-se	Dependente	45	36,6
	Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda	58	47,1
	Independente	20	16,3

Subir/descer escadas

Uma outra variável em estudo é a avaliação da capacidade dos idosos relativamente ao subir/ descer escadas. Esta variável encontra-se dividida: Incapaz; Precisa de ajuda, seja esta proporcionada de forma verbal ou física; e ainda Independente para subir e descer escadas. De acordo com os resultados contidos no Quadro 41, existem duas situações mais frequentes, que em conjunto correspondem quase à totalidade da amostra. De facto, 48,0% dos idosos comprovaram necessitar de ajuda na realização desta atividade, seguido de 44,7% que evidenciaram serem incapazes de a efetuar sem auxílio. Deste modo, verificou-se que somente 7,3% dos inquiridos apresentou-se totalmente independente para subir ou descer escadas.

Quadro 41 – Resultados da variável escadas

Variável	Resultados	n	%
Escadas	Incapaz	55	44,7
	Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando)	59	48,0
	Independente para subir e descer	9	7,3

Tomar banho

A última variável em estudo é a capacidade para tomar banho. Esta variável encontrava-se dividida somente em duas subcategorias, respetivamente: Dependente e Independente no chuveiro. Tal como se pode avaliar pela observação do Quadro 42, a maioria dos 123 idosos que participaram neste estudo eram dependentes do auxílio de terceiros nesta atividade diária ($n=75$), e 48 sujeitos eram independentes no chuveiro.

Quadro 42 – Resultados da variável tomar banho

Variável	Resultados	n	%
Tomar Banho	Dependente	75	61,0
	Independente (ou no chuveiro)	48	39,0

Após a análise individual das variáveis que contribuem para a avaliação do grau de dependência da amostra, e de acordo com o Índice de Barthel, foi possível obter os resultados sumariados no Quadro 43. De acordo com estes resultados, o grau de dependência mais prevalente na amostra em estudo foi o Muito Grave (35,8%). Verificamos que se seguia o grau de dependência moderado (22,8%) e grau de dependência grave (19,5%), grau de dependência ligeiro (18,7%), e por último 3,2% dos indivíduos eram totalmente independentes do auxílio de terceiros nas suas atividades diárias.

Quadro 43 – Resultados da variável grau de dependência

Variável	Resultados	n	%
Grau de Dependência	Muito Grave <20 Pontos	44	35,8%
	Grave ≥ 20 e ≤ 40 pontos	24	19,5%
	Moderado >40 e ≤ 60 pontos	28	22,8%
	Ligeiro >60 pontos	23	18,7%
	Independente 100 pontos	4	3,2%

Efetivamente, o grau de dependência da amostra em estudo com maior número de idosos é o grau de dependência Muito Grave, o que está associado a uma maior necessidade de auxílio de terceiros para a realização de tarefas diárias simples. Esta prestação de cuidados pode ser efetuada por familiares ou não familiares. Desta forma, o aumento de doenças crónicas incapacitantes, e a necessidade de estabelecer estruturas de apoio que permitam não só o apoio ao doente como também aos seus cuidadores, torna-se premente. A abertura de unidades de cuidados continuados e o aumento da formação

académica nesta área têm vindo a contribuir para uma melhoria na qualidade de vida e bem-estar dos doentes e consequentemente dos seus familiares (Gonçalves, 2009).

2.2. Caracterização sociodemográfica dos idosos

O Índice de Barthel permitiu caracterizar os idosos relativamente ao grau de dependência, podemos constatar que dos 123 idosos aos quais foi aplicado este instrumento, 96 encontravam-se distribuídos pelo grau de dependência Muito Grave, Grave e Moderado. No entanto, apenas 88 dos idosos continuaram a participar no nosso estudo e aos quais foram aplicados outros instrumentos de recolha de dados, entre eles o COPE-CUIDE.

A maioria dos idosos dependentes encontravam-se nas faixas etárias dos 77-82 anos (28,4%) e dos 83-88 anos (26,1%) (Quadro 44), seguindo-se os idosos com idade compreendidas entre os 71-76 anos (14,8%), os 89-94 anos (12,5%), sendo que 5,7% não responderam a esta questão.

Quadro 44 – Resultados da variável sociodemográfica idade dos idosos

Variável	Resultados	n	%
Idade	65-70 anos	9	10,2
	71-76 anos	13	14,8
	77-82 ano	25	28,4
	83-88 anos	23	26,1
	89-94 anos	11	12,5
	95-100 anos	1	1,1
	101-106 anos	1	1,1
	Não respondeu	5	5,7

Ainda no âmbito da caracterização da amostra de idosos selecionada, analisou-se a sua distribuição por géneros. De acordo com os resultados obtidos, e que podem ser observados no Quadro 45, a população idosa era constituída maioritariamente pelo género feminino (65,9%) e apenas 34,1% idosos eram do género masculino.

Quadro 45 – Resultados da variável sociodemográfica género dos idosos

Variável	Resultados	n	%
Género	Feminino	58	65,9
	Masculino	30	34,1

Dado que estes idosos dependiam de terceiros para a realização de atividades diárias, considerou-se pertinente avaliar em que condição é que os mesmos viviam, isto é, se viviam sozinhos, com a família ou noutra situação diferente. Os resultados referentes a esta variável encontram-se apresentados no Quadro 46. Tal como se pode observar pela análise, uma grande parte dos idosos residiam com a família (88,6%), apenas 8,0% viviam sozinhos e 3,4% viviam numa outra situação que não foi mencionada.

Quadro 46 – Resultados da variável sociodemográfica situação em que vivem os idosos

Variável	Resultados	n	%
Situação em que Vivem	Sozinho(a)	7	8,0
	Família	78	88,6
	Outra	3	3,4

Muito embora a maioria dos idosos se encontrassem a viver com a família, tal não invalidava a necessidade de apoio domiciliário para a realização de algumas tarefas. Neste sentido, questionou-se os cuidadores sobre o acesso a serviços de apoio domiciliário. Tal como se pode observar pela análise do Quadro 47, a maioria dos idosos dependentes, mais concretamente 71 não possuíam apoio domiciliário (80,7%), pelo que apenas 17 referiram ter esse apoio (19,3%).

Quadro 47 – Resultados da variável sociodemográfica acesso a apoio domiciliário aos idosos

Variável	Resultados	n	%
Acesso a apoio domiciliário	Sim	17	19,3
	Não	71	80,7

Uma das formas que a sociedade desenvolveu para prestar auxílio aos idosos dependentes foi o aparecimento de centros de dia. Nestas instituições os idosos são acompanhados por profissionais, e onde costumam exercer atividades lúdicas dentro das suas limitações e capacidades. Sendo este um meio de acompanhamento dos idosos, a amostra em estudo foi questionada no sentido de averiguar se tinham ou não acesso a centros de dia. A análise dos resultados contidos no Quadro 48 permitiu verificar que, efetivamente, a maioria dos idosos, 97,7% não tinham acesso aos centros de dia, e que somente 2,3% dos inquiridos indicou ter acesso a este serviço comunitário. Deste modo, verificou-se que os centros de dia ou centros de convívio não são uma parte integrante da rotinas dos 88 idosos que compõem a amostra em estudo.

Quadro 48 – Resultados da variável sociodemográfica acesso a centros de dia aos idosos

Variável	Resultados	n	%
Acesso a centros de dia	Sim	2	2,3
	Não	86	97,7

No entanto, os cuidadores quando questionados sobre a visita da equipa multiprofissional de saúde ao domicílio, ou seja, se usufruíam do apoio dos profissionais de saúde no domicílio, verificou-se que a maioria, 90,9%, tinham efetivamente acesso a este serviço básico de saúde, tal como se pode verificar na análise do Quadro 49. É ainda necessário ressaltar que 9,1% dos inquiridos indicou não receber este tipo de apoio.

Quadro 49 – Resultados da variável sociodemográfica acesso a visitas domiciliárias dos profissionais de saúde aos idosos

Variável	Resultados	n	%
Acesso a visitas domiciliárias	Sim	80	90,9
	Não	8	9,1

2.3. Caracterização dos cuidadores informais

Uma das variáveis em estudo, relativamente à caracterização dos cuidadores informais, é o género. Como se pode observar no Quadro 50, existiu uma prevalência do género feminino ($n=77$). Efetivamente, 87,5% da amostra em estudo era do género feminino. Verificou-se também que estes cuidadores eram maioritariamente familiares próximos do idoso, nomeadamente filhas ou cônjuges.

Quadro 50 – Resultados da variável sociodemográfica género dos cuidadores

Variável	Resultados	n	%
Género	Feminino	77	87,5
	Masculino	11	12,5

Relativamente à análise do estado civil dos cuidadores (Quadro 51), constatou-se que a amostra era constituída maioritariamente por indivíduos casados ou em união de facto, 71. Contabilizaram-se 9 indivíduos solteiros (as), 5 viúvos (as) e 3 divorciados (as).

Quadro 51 – Resultados da variável sociodemográfica estado civil dos cuidadores

Variável	Resultados	n	%
Estado Civil	Casado (a)/União de Facto	71	80,7
	Divorciado (a)/Separado(a)	3	3,4
	Viúvo(a)	5	5,7
	Solteiro(a)	9	10,2

O grau de escolaridade dos cuidadores informais (Quadro 52) era constituído maioritariamente por indivíduos que possuíam somente o 1º Ciclo do Ensino Básico, o que corresponde à 4ª classe (64,8%). Efetivamente, 96,6% dos prestadores de cuidados informais de idosos que compõem a amostra não frequentou o ensino secundário, sendo que 3,4% destes não chegaram a frequentar o Ensino Formal.

Quadro 52 – Resultados da variável sociodemográfica grau de escolaridade dos cuidadores

Variável	Resultados	n	%
Grau de Escolaridade	Não Frequentou o Ensino Formal	3	3,4
	1º Ciclo do Ensino Básico ou 4º Classe	57	64,8
	2º Ciclo do Ensino Básico ou Ciclo Preparatório (5º/6º ano)	17	19,3
	3º Ciclo do Ensino Básico ou 9º ano (5ºano liceal)	8	9,1
	Ensino secundário (antigo ensino industrial ou comercial)	3	3,4

No que diz respeito à Profissão destes cuidadores de idosos (Quadro 53), verificou-se que existiu uma prevalência da profissão doméstica, que corresponde a 48,9% dos participantes. Seguiram-se os aposentados que foram referidos por 11,4% dos cuidadores, os auxiliares de serviços gerais (8,0%), as profissões como agricultor, empregada fabril e desempregado correspondeu a 4,6% dos inquiridos, respetivamente.

Quadro 53 – Resultados da variável sociodemográfica profissão dos cuidadores

Variável	Resultados	n	%
Profissão	Doméstica	43	48,9
	Costureira	3	3,4
	Auxiliar de serviços gerais	7	8,0
	Carpinteiro	1	1,1
	Agente comercial	1	1,1
	Aposentado	10	11,4
	Revistadeira	1	1,1
	Religioso(a)	3	3,4
	Agricultor(a)	4	4,6
	Comerciante	2	2,3
	Empregada fabril	4	4,6
	Assistente operacional	1	1,1
	Peixeira	1	1,1
	Padeiro	1	1,1
	Desempregado	4	4,6
	Empregada de Limpeza	1	1,1
Empresário(a)	1	1,1	

Dado que a prestação de cuidados informais a idosos pode ser uma tarefa que ocupa muito tempo, e como algumas das profissões indicadas pelos participantes proporcionam disponibilidades de horários distintos, pretendeu-se avaliar se os cuidadores teriam uma atividade secundária. Tal como se pode observar no Quadro 54, a maioria dos participantes do estudo indicou não ter tempo para uma ocupação secundária ($n=75$), isto é, 85,2% dos inquiridos referiu não ter uma outra atividade secundária.

Quadro 54 – Resultados da variável sociodemográfica ocupação secundária dos cuidadores

Variável	Resultados	n	%
Ocupação Secundária	Sim	13	14,8
	Não	75	85,2

O tempo de prestação de cuidados ao idoso foi outra questão colocada aos cuidadores informais. De acordo com as respostas obtidas, esta variável foi dividida em 7 classes representativas, nomeadamente: 0-6 meses, 6 meses-1 ano, 1-3 anos, 3-5 anos, 5-7 anos, 7-9 anos e por fim mais do que 9 anos (Quadro 55). Como se pode observar pela análise deste quadro, um grande número de inquiridos, 29,5% era cuidador informal entre 1-3 anos. Foi ainda possível verificar que uma igual percentagem de cuidadores (15,9%), indicaram estar a executar estas funções entre 0-6 meses e há mais do que nove anos. O período temporal cujos participantes menos indicaram foi entre 7-9 anos (6,8%).

Quadro 55 – Resultados da variável sociodemográfica tempo em que presta cuidados informais

Variável	Resultados	n	%
Tempo que presta cuidados informais	0-6 meses	14	15,9
	6 meses -1 ano	7	8,0
	1-3 anos	26	29,5
	3-5 anos	11	12,5
	5-7 anos	10	11,4
	7-9 anos	6	6,8
	< 9 anos	14	15,9

Os cuidados prestados ao idoso variam segundo o grau de independência na execução de tarefas diárias. Este fator condiciona o tempo necessário à prestação dos cuidados. Os 88 cuidadores informais dos idosos dependentes inquiridos salientaram de forma clara os tipos de apoios que diariamente prestavam a estas pessoas dependentes (Quadro 56). Uma grande percentagem de cuidadores realçou os cuidados físicos/pessoais (94,3%). As atividades domésticas são uma das componentes fundamentais na prestação de cuidados, tal como se pode verificar pela elevada percentagem de inquiridos que indicou efetuar este tipo de auxílio, 97,7%. Segundo estes cuidadores, a prestação de cuidados emocionais/psicológicos não foi descuidada, sendo que 98,9% apoiavam emocionalmente o idoso. Em relação ao apoio social, foi referido por 95,5% dos cuidadores que participavam ativamente nestas funções. Por fim, relativamente ao apoio financeiro, verifica-se uma quase igual divisão dos participantes, isto é, 51,1% dos cuidadores não apoiavam financeiramente o idoso e 48,9% dos inquiridos praticavam esse apoio.

Quadro 56 – Resultados da variável sociodemográfica tipo de cuidados informais prestados

Variável	Resultados	n	%
Físicos/Pessoais	Sim	83	94,3
	Não	5	5,7
Domésticos	Sim	86	97,7
	Não	2	2,3
Emocionais/Psicológicos	Sim	87	98,9
	Não	1	1,1
Sociais	Sim	84	95,5
	Não	4	4,5
Financeiros	Sim	43	48,9
	Não	45	51,1

A tarefa de prestação de cuidados poderá ser examinada em dois polos distintos: um polo que engloba todos aqueles cuidadores que se sentem globalmente satisfeitos ao cuidar do outro, sentindo-se emocionalmente gratificados, por sua vez, podemos identificar outro polo que engloba os cuidadores que acarretam as consequências negativas que o cuidar pode provocar na saúde física e psicológica de um ser humano.

Os cuidadores informais de idosos dependentes que participaram neste estudo foram questionados sobre o grau de satisfação/ insatisfação resultante da prestação de

cuidados. A análise do Quadro 57 permitiu constatar que uma elevada percentagem de cuidadores indicaram ter conseguido muitas vezes enfrentar positivamente os cuidados (46,6%). Por outro lado, 39,8% dos inquiridos acusaram que por vezes conseguiam enfrentar positivamente as tarefas associadas ao cuidado, e somente 13,6% afirmaram conseguir enfrentar positivamente as tarefas que resultaram da prestação de cuidados.

Quadro 57 – Resultados da variável sente que consegue enfrentar positivamente as suas tarefas de prestação de cuidados

Variável	Resultados	n	%
Sente que consegue enfrentar positivamente as suas tarefas de prestação de cuidados?	Por vezes	35	39,8
	Muitas vezes	41	46,6
	Sempre	12	13,6

Efetivamente, e apesar de conseguirem enfrentar o cuidado de forma positiva na maioria das vezes, quando questionados sobre se consideravam a tarefa de prestação de cuidados uma atividade muito exigente, mais de metade da amostra (51,1%) indicou que esta tarefa era muito exigente (Quadro 58). Por outro lado, 29,6% dos indivíduos referiram sentir esta tarefa como exigente algumas vezes, e 15,9% disseram que o sentiram sempre. De facto, verificou-se que somente 3,4% dos indivíduos declararam que esta tarefa nunca foi exigente.

Quadro 58 – Resultados da variável considera a tarefa de prestação de cuidados uma atividade exigente?

Variável	Resultados	n	%
Considera a tarefa de prestação de cuidados uma atividade exigente?	Nunca	3	3,4
	Por vezes	26	29,6
	Muitas vezes	45	51,1
	Sempre	14	15,9

A prestação de cuidados a pessoas dependentes foi considerada pela maioria da amostra como uma atividade muito exigente, pelo que se tornou necessário determinar qual a perceção que os cuidadores tinham sobre a disponibilidade de tempo fora desta atividade. Deste modo, os cuidadores informais foram questionados sobre se consideravam que, para além desta atividade, teriam 1 minuto para si, e para a realização das suas tarefas pessoais. Tal como se pode verificar pela análise do Quadro 59, a maioria dos cuidadores respondeu que muitas vezes não têm 1 minuto para eles próprios (56,8%), 37,5% dos questionados disseram que por vezes não possuem esse tempo, e 3,4% referiram que esse sentimento de indisponibilidades temporal estava sempre presente nas rotinas diárias.

Quadro 59 – Resultados da variável prestar cuidados significa que "não tem 1 minuto" para si mesmo(a)?

Variável	Resultados	n	%
Prestar cuidados significa que "não tem 1 minuto" para si mesmo(a)?	Nunca	2	2,3
	Por vezes	33	37,5
	Muitas vezes	50	56,8
	Sempre	3	3,4

Dadas as limitações de tempo que os inquiridos manifestaram, pretendeu-se avaliar se a atividade de prestação de cuidados causava dificuldades no relacionamento com os seus amigos. Os resultados apresentados no Quadro 60 demonstraram que quase metade da amostra em estudo (47,7%) indicou que por vezes sente este tipo de dificuldade. Verificou-se que 34,1% dos cuidadores referiram que muitas vezes essa tarefa impossibilita no relacionamento com os amigos, 2,3% dos participantes da investigação referiram que as atividades diárias de ajuda ao idoso impossibilitavam sempre o relacionamento com os seus amigos e somente 12,5% nunca sentiram esse entrave. Deste modo, verificou-se que 87,5% dos cuidadores informais sentiu em algum momento que esta sua atividade era um obstáculo na relação com os amigos.

Quadro 60 – Resultados da variável a tarefa de prestação de cuidados causa dificuldades no seu relacionamento com os amigos?

Variável	Resultados	n	%
A tarefa de prestação de cuidados causa dificuldades no seu relacionamento com os amigos?	Nunca	11	12,5
	Por vezes	42	47,7
	Muitas vezes	30	34,1
	Sempre	2	2,3
	Não se Aplica	3	3,4

A prestação de cuidados diários ao idoso dependente, além de se tornar uma tarefa muito exigente, pode ser responsável por alterações ao nível da saúde física e emocional. Estas alterações podem não ser percecionadas ou compreendidas pelo cuidador, no entanto algumas alterações que podem advir da falta de tempo para si e para realizar atividades lúdicas, provocando danos irreversíveis e dolorosos, com os quais não conseguem viver. Neste sentido, questionaram-se os cuidadores sobre se a prestação de cuidados tem um efeito negativo na sua saúde física. Tal como se pode observar pela análise do Quadro 61, a maioria dos inquiridos (53,4%) afirmaram que as atividades diárias agridem muitas vezes a sua própria saúde física, 36,4% referiram por vezes sentir um efeito negativo na própria saúde, 4,5% afirmaram que a prestação de cuidados causa sempre um efeito negativo.

Efetivamente, somente 5,7% dos cuidadores indicaram nunca ter sentido um efeito negativo na sua saúde física decorrente desta sua atividade.

Quadro 61 – Resultados da variável a prestação de cuidados tem um efeito negativo na sua saúde física?

Variável	Resultados	n	%
A prestação de cuidados tem um efeito negativo na sua saúde física?	Nunca	5	5,7
	Por vezes	32	36,4
	Muitas vezes	47	53,4
	Sempre	4	4,5

Pretendeu-se avaliar se esta atividade é responsável por causar dificuldades na relação que os cuidadores têm com a sua família (Quadro 62). Verificou-se que a prestação de cuidados dificultou a relação de 49 indivíduos com as suas famílias. Nomeadamente 15 indicaram que sentiram muitas vezes esta dificuldade, 2 indivíduos revelaram que sentiam sempre e 4 indicaram que tal não se aplicava à sua vida. Será ainda de ressaltar que 18 sujeitos disseram que a sua atividade como prestador nunca causou dificuldades na relação que têm com a sua família.

Quadro 62 – Resultados da variável a prestação de apoio/cuidados causa dificuldades na relação que tem com a sua família?

Variável	Resultados	n	%
A prestação de apoio/cuidados causa dificuldades na relação que tem com a sua família?	Nunca	18	20,5
	Por vezes	49	55,7
	Muitas vezes	15	17,0
	Sempre	2	2,3
	Não se Aplica	4	4,5

Quanto à questão “se esta atividade lhes causava dificuldades financeiras?” (Quadro 63), 38 dos indivíduos referiram que por vezes sentiram dificuldades financeiras advindas da prestação de cuidados e 15 indicaram que o sentiram muitas vezes. É ainda interessante verificar que 35 disseram que nunca sentiram dificuldades financeiras.

Quadro 63 – Resultados da variável a prestação de apoio/cuidados é, para si, causa de dificuldades financeiras?

Variável	Resultados	n	%
A prestação de apoio/cuidados é, para si, causa de dificuldades financeiras?	Nunca	35	39,8
	Por vezes	38	43,2
	Muitas vezes	15	17,0

Nesta investigação pretendemos perceber se o cuidador se sente “prisioneiro” da sua tarefa. Os resultados expressos no Quadro 64 demonstraram que 50,0% dos inquiridos indicou que tal é verdade muitas vezes, e 34,1% declararam que por vezes o sentem. A tarefa de cuidador é complexa e 5,7% dos cuidadores que participam neste estudo indicaram que o sentem sempre. Dos 88 participantes no estudo, somente 10,2% revelaram que nunca se sentiram “*prisioneiros*” da sua atividade de cuidador.

Quadro 64 – Resultados da variável sente-se "prisioneiro" da sua tarefa de prestação de cuidados?

Variável	Resultados	n	%
Sente-se "prisioneiro" da sua tarefa de prestação de cuidados?	Nunca	9	10,2
	Por vezes	30	34,1
	Muitas vezes	44	50,0
	Sempre	5	5,7

Ao longo do presente estudo, também avaliámos se os cuidadores informais se sentiram suficientemente apoiados pelas pessoas que os rodeiam. De acordo com os resultados contidos no Quadro 65, constatou-se que 42,1% dos inquiridos declararam sentirem-se por vezes apoiados nas tarefas do cuidar. Por outro lado, 26,1% dos cuidadores indicaram que se sentiram apoiados muitas vezes, e 5,7% revelaram sentir sempre apoiados na prestação de cuidados ao idoso. Somente 6,8% dos cuidadores acusaram que esta questão não se aplicava ao seu quotidiano. É ainda de ressaltar que 19,3% dos indivíduos anunciaram que nunca se sentiram apoiados pelos amigos, vizinhos ou outras pessoas na execução da sua atividade de cuidador.

Quadro 65 – Resultados da variável sente-se suficientemente apoiado(a) pelos seus amigos, e /ou vizinhos, e/ou outros?

Variável	Resultados	n	%
Sente-se suficientemente apoiado(a) pelos seus amigos, e /ou vizinhos, e/ou outros?	Nunca	17	19,3
	Por vezes	37	42,1
	Muitas vezes	23	26,1
	Sempre	5	5,7
	Não se Aplica	6	6,8

A avaliação do impacto que esta tarefa provoca na sua esfera social é um aspeto relevante e pertinente nos estudos com cuidadores. Quando questionados se sentiam que a sua atividade de prestador de cuidados restringia a sua vida social (Quadro 66), uma grande percentagem respondeu que por vezes todas as atividades inerentes ao cuidar restringiam a vida social (45,5%), e 43,2% respondeu que muitas vezes estão sujeitos às limitações que o cuidar pode provocar, sendo que apenas 4,5% dos indivíduos referiram nunca terem sentido limitações na vida social.

Quadro 66 – Resultados da variável sente que a tarefa de prestação de cuidados restringe excessivamente a sua vida social?

Variável	Resultados	n	%
Sente que a tarefa de prestação de cuidados restringe excessivamente a sua vida social?	Nunca	4	4,5
	Por vezes	40	45,5
	Muitas vezes	38	43,2
	Sempre	4	4,5
	Não se Aplica	2	2,3

Relativamente à satisfação pessoal que as atividades de cuidador informal podem acarretar, e segundo os resultados apresentados (Quadro 67), podemos verificar que os cuidadores sentem-se muitas vezes satisfeitos pelas atividades que praticam diariamente com os idosos (37,5%), 31,6% dos quais referem que a prestação de cuidados por vezes lhes traz satisfação, e 27,3% mencionaram que as suas tarefas proporcionam sempre satisfação. De facto, somente 3,4% dos sujeitos nunca sentiram satisfação durante a prestação de cuidados.

Quadro 67 - Resultados da variável sente que a prestação de cuidados é uma tarefa que lhe traz satisfação pessoal?

Variável	Resultados	n	%
Sente que a prestação de cuidados é uma tarefa que lhe traz satisfação pessoal?	Nunca	3	3,4
	Por vezes	28	31,8
	Muitas vezes	33	37,5
	Sempre	24	27,3

Quanto ao apoio da família na prestação de cuidados ao idoso, 33 cuidadores principais referiram que se sentem muitas vezes suficientemente apoiados, 31 dos cuidadores mencionaram que por vezes sentem o apoio da família, 13 afirmaram que o

apoio era incondicional, e somente 8 indivíduos nunca se sentiram apoiados pela restante família no apoio aos idosos, tal como se pode observar no Quadro 68.

Quadro 68 – Resultados da variável sente-se suficientemente apoiado(a) pela sua família?

Variável	Resultados	n	%
Sente-se suficientemente apoiado(a) pela sua família?	Nunca	8	9,1
	Por vezes	31	35,2
	Muitas vezes	33	37,5
	Sempre	13	14,8
	Não se Aplica	3	3,4

Quando questionados sobre se os cuidadores se sentiam suficientemente apoiados pelos serviços sociais e de saúde (Quadro 69), verificou-se que os indivíduos sentiram-se maioritariamente apoiados pelos membros destas instituições, dado que 54,5% dos inquiridos referiram sentir-se muitas vezes suficientemente apoiados. Constatou-se que 27,3% sentiram-se sempre apoiados e 17,1% afirmaram que por vezes sentem esse apoio. É ainda de mencionar que somente 1 dos inquiridos (1,1%) indicou que esta questão não se aplicava no seu quotidiano.

Quadro 69 – Resultados da variável sente-se suficientemente apoiado(a) pelos serviços sociais e de saúde?

Variável	Resultados	n	%
Sente-se suficientemente apoiado(a) pelos serviços sociais e de saúde?	Por vezes	15	17,1
	Muitas vezes	48	54,5
	Sempre	24	27,3
	Não se Aplica	1	1,1

Foi pertinente avaliar o bem-estar emocional do cuidador, dado que este influenciará de forma mais ou menos pronunciada a forma como executa a sua prática. Neste sentido, questionaram-se os participantes deste estudo sobre se as suas atividades de prestação de cuidados a idosos teriam um efeito negativo no seu bem-estar emocional (Quadro 70). Nesta investigação, 41 dos inquiridos referiram que a prestação de cuidados tem muitas vezes um efeito negativo no bem-estar emocional (46,6%), 36 afirmaram que por vezes estas tarefas tem influência no seu bem-estar (40,9%), e apenas 2 pessoas disseram que o seu bem-estar emocional nunca foi diretamente afetado pela execução das suas tarefas de cuidador (2,3%).

Quadro 70 – Resultados da variável a tarefa de prestação de cuidados tem um efeito negativo no seu bem-estar emocional?

Variável	Resultados	n	%
A tarefa de prestação de cuidados tem um efeito negativo no seu bem-estar emocional?	Nunca	2	2,3
	Por vezes	36	40,9
	Muitas vezes	41	46,6
	Sempre	9	10,2

Os cuidadores informais foram questionados relativamente ao sentimento de valorização enquanto pessoa (Quadro 71). Neste sentido, 36 pessoas que fazem parte desta investigação referiram que por vezes sentem-se valorizadas pelo trabalho que desempenham, 34 afirmaram que sentem essa valorização muitas vezes, 15 pronunciaram que sentem sempre essa valorização, e somente 3 indicaram nunca o terem sentido.

Quadro 71 – Resultados da variável sente que é valorizado enquanto pessoa que presta cuidados?

Variável	Resultados	n	%
Sente que é valorizado enquanto pessoa que presta cuidados?	Nunca	3	3,4
	Por vezes	36	40,9
	Muitas vezes	34	38,6
	Sempre	15	17,1

De uma forma geral, os cuidadores de idosos que participaram neste estudo sentiam-se devidamente apoiados no seu papel de pessoa que presta cuidados. De acordo com os resultados obtidos (Quadro 72), um grande número dos inquiridos, 42, indicaram que por vezes se sentem suficientemente apoiados, 34 referiram sentirem-se assim muitas vezes, 8 indicaram sentirem-se sempre devidamente apoiados nas suas tarefas de cuidador, e somente 4 referiram que nunca se sentiram verdadeiramente apoiados de forma geral.

Quadro 72 – Resultados da variável de uma forma geral, sente-se suficientemente apoiado(a) no seu papel de pessoa que presta cuidados?

Variável	Resultados	n	%
De uma forma geral, sente-se suficientemente apoiado(a) no seu papel de pessoa que presta cuidados?	Nunca	4	4,6
	Por vezes	42	47,7
	Muitas vezes	34	38,6
	Sempre	8	9,1

A prestação de cuidados a idosos de forma contínua e prolongada nem sempre é um caminho fácil de percorrer, e muitas emoções despoletam com o desabrochar das mais diversas situações decorrentes da rotina diária. São estas emoções que vamos analisar de seguida.

2.4. As emoções vivenciadas pelos cuidadores informais

A prestação de cuidados a idosos dependentes pode ser uma tarefa desgastante para o cuidador. Com o aumento de patologias crónicas que geram dependência tem-se vindo a verificar um aumento de doenças relacionadas com a tensão e o stresse que cuidar destes doentes pode gerar. Neste sentido, o conhecimento sobre as situações que estão associadas a maior tensão enquanto cuidadores e o desenvolvimento de mecanismos que os auxiliem a ultrapassar estas situações é fundamental. Os resultados apresentados até ao momento referem situações particulares da vida quotidiana do cuidador e a sua perceção em relação aos mesmos. Estes resultados permitem identificar se o cuidador se sente satisfeito sobre o seu trabalho e em que medida as suas atividades inerentes ao cuidar de idosos interferem com a sua vida a nível pessoal, social, psicológica e financeira.

Uma outra esfera que necessita de ser avaliada de forma a poder aumentar o bem-estar e a qualidade de vida do cuidador e conseqüentemente do idoso, são as emoções do prestador de cuidados. Um instrumento que permite avaliar as 11 emoções primárias definidas por Izard (1991) é o Questionário de Avaliação das Emoções (QAE).

O Interesse

O Interesse foi uma das emoções primárias analisadas. A análise destes resultados permitiu verificar (Quadro 73) que uma elevada percentagem dos cuidadores (42,1%) participantes neste estudo vivenciou esta emoção quase sempre. Constatámos que 30,7% dos inquiridos indicaram sentir esta emoção algumas vezes, e 13,6% sentiram-na sempre (13,6%).

Quadro 73 – Resultados da variável emoção primária interesse

Variável	Resultados	n	%
Emoção Primária Interesse	Nunca	1	1,1
	Raramente	11	12,5
	Algumas vezes	27	30,7
	Quase Sempre	37	42,1
	Sempre	12	13,6

Surpresa

Relativamente à emoção Surpresa, (Quadro 74) 44 dos inquiridos, que representam 50,0% da amostra, indicou ter sentido esta emoção algumas vezes, enquanto 25 referiu raramente a ter sentido (28,4%) e 17 disse ter sentido quase sempre (19,3%). Relativamente a esta emoção, 2 dos sujeitos indicaram nunca a ter sentido enquanto executava a sua atividade de prestador de cuidados a idosos (2,3%).

Quadro 74 – Resultados da variável emoção primária surpresa

Variável	Resultados	n	%
Emoção Primária Surpresa	Nunca	2	2,3
	Raramente	25	28,4
	Algumas vezes	44	50,0
	Quase Sempre	17	19,3

Cólera

A cólera pode ser considerada como uma emoção negativa. No sentido de avaliar de que forma esta emoção era vivenciada pela nossa amostra, os cuidadores informais foram questionados sobre a frequência com que a sentiram ao longo da sua atividade de

cuidador (Quadro 75), sendo que foi verificado que mais de metade dos inquiridos raramente a sentiu (56,8%), e 27,3% referiram nunca a ter experimentado. Por outro lado, 13,6% dos investigados disse a ter sentido algumas vezes.

Quadro 75 – Resultados da variável emoção primária cólera

Variável	Resultados	n	%
Emoção Primária Cólera	Nunca	24	27,3
	Raramente	50	56,8
	Algumas vezes	12	13,6
	Quase Sempre	2	2,3

Nojo

Os resultados obtidos para a emoção primária Nojo encontram-se no Quadro 76. A análise destes resultados permitiu constatar que a maioria dos cuidadores acusou que raramente sentiu esta emoção (53,4%), e 35,2% revelou nunca a ter experimentado.

Quadro 76 – Resultados da variável emoção primária nojo

Variável	Resultados	n	%
Emoção Primária Nojo	Nunca	31	35,2
	Raramente	47	53,4
	Algumas vezes	8	9,1
	Quase Sempre	2	2,3

Desprezo

O Desprezo é visionado como uma emoção negativa. Os participantes do estudo foram questionados sobre qual a frequência com que sentiam esta emoção no decorrer da

sua atividade de cuidador informal (Quadro 77). Verificou-se que 43 dos investigados indicou raramente a ter sentido (48,9%), 34 acusaram nunca o ter sentido no decorrer da sua atividade de cuidador (38,6%). Por outro lado, 9 indicaram que algumas vezes o sentiram (10,2%) e 2 sentiram-no quase sempre (2,3%).

Quadro 77 – Resultados da variável emoção primária desprezo

Variável	Resultados	n	%
Emoção Primária Desprezo	Nunca	34	38,6
	Raramente	43	48,9
	Algumas vezes	9	10,2
	Quase Sempre	2	2,3

Medo

Relativamente à emoção Medo, como se pode observar pela análise do Quadro 78, 38,6% dos inquiridos revelaram tê-la sentido algumas vezes, e 14,8% indicaram ter sentido esta emoção quase sempre. No entanto, 35,2% dos inquiridos disseram raramente ter experimentado esta emoção e 11,4% nunca a sentiram no decorrer da sua atividade.

Quadro 78 – Resultados da variável emoção primária medo

Variável	Resultados	n	%
Emoção Primária Medo	Nunca	10	11,4
	Raramente	31	35,2
	Algumas vezes	34	38,6
	Quase Sempre	13	14,8

Angústia

Os resultados referentes à emoção Angústia (Quadro 79) permitiram verificar que 34 dos cuidadores participantes neste estudo vivenciaram esta emoção quase sempre, 33 dos inquiridos indicaram sentir esta emoção algumas vezes, e 2 sentiram-na sempre. Por outro lado, 18 sentiram-na raramente.

Quadro 79 – Resultados da variável emoção primária angústia

Variável	Resultados	n	%
Emoção Primária Angústia	Nunca	1	1,1
	Raramente	18	20,5
	Algumas vezes	33	37,5
	Quase Sempre	34	38,6
	Sempre	2	2,3

Vergonha

Relativamente à emoção primária Vergonha, cujos resultados se encontram no Quadro 80, verificou-se que 41,0% raramente sentiram vergonha no decorrer da sua atividade de prestador de cuidados a idosos e 35,2% nunca a sentiram. No entanto, 22,7% indicaram ter sentido esta emoção algumas vezes.

Quadro 80 – Resultados da variável emoção primária vergonha

Variável	Resultados	n	%
Emoção Primária Vergonha	Nunca	31	35,2
	Raramente	36	41,0
	Algumas vezes	20	22,7
	Quase Sempre	1	1,1

Tristeza

No sentido de determinar se os cuidadores sentem Tristeza com frequência no decorrer da sua atividade irá proceder-se à análise dos resultados contidos no Quadro 81. Tal como se pode verificar, 33 indivíduos da amostra acusaram sentir tristeza algumas vezes, 26 revelaram sentirem-na quase sempre. Por outro lado, 20 dos sujeitos declararam que raramente sentiram tristeza.

Quadro 81 – Resultados da variável emoção primária tristeza

Variável	Resultados	n	%
Emoção Primária Tristeza	Nunca	5	5,7
	Raramente	20	22,7
	Algumas vezes	33	37,5
	Quase Sempre	26	29,6
	Sempre	4	4,5

Culpa

Os resultados relativos à emoção primária Culpa encontram-se no Quadro 82. Estes permitiram verificar que a maioria dos cuidadores (68,2%) que participou neste estudo nunca vivenciou esta emoção. Dos investigados verificamos que 25,0% indicaram sentir esta emoção raramente.

Quadro 82 – Resultados da variável emoção primária culpa

Variável	Resultados	n	%
Emoção Primária Culpa	Nunca	60	68,2
	Raramente	22	25,0
	Algumas vezes	5	5,7
	Quase Sempre	1	1,1

Alegria

Relativamente à emoção Alegria, verificamos no Quadro 83 que existe uma distribuição mais ou menos homogénea entre três das classes raramente, algumas vezes e quase sempre, estando os restantes dos cuidadores englobados nas restantes (nunca e sempre). Efetivamente, um grande número de cuidadores (n=34) que participaram neste estudo indicaram que sentiram Alegria no decorrer da sua atividade de prestador de cuidados a idosos algumas vezes. Constatou-se que 28 sentiram-na quase sempre e 5 vivenciam-na sempre. Por outro lado, 20 cuidadores indicaram que só o sentiram raramente.

Quadro 83 – Resultados da variável emoção primária alegria

Variável	Resultados	n	%
Emoção Primária Alegria	Nunca	1	1,1
	Raramente	20	22,7
	Algumas vezes	34	38,6
	Quase Sempre	28	31,9
	Sempre	5	5,7

Após análise individual às variáveis em estudo, pretendeu-se averiguar se existia algum tipo de correlação entre estas. Deste modo, procedeu-se a dois testes estatísticos, o

teste de correlação de *Spearman*. Este teste permite analisar dados quantitativos, no entanto, como não limita o tipo de correlação existente entre os dados, pelo que não é possível inferir se a correlação é linear ou não. De acordo com o coeficiente de correlação (r) encontrado é possível dizer quando se trata de uma correlação muito fraca ($r < 0,2$); fraca ($0,2 < r < 0,39$), moderada ($0,4 < r < 0,69$), forte ($0,7 < r < 0,89$) ou muito forte ($0,9 < r < 1$), sendo que estes valores podem ser positivos ou negativos.

Procedeu-se à análise das correlações entre as emoções primárias. Como se pode observar na Tabela 1, entre as correlações encontradas as mais relevantes foram as moderadas a altas. Assim sendo, para a emoção primária Interesse verificou-se uma correlação moderada com as emoções Nojo e Desprezo, bem como uma correlação alta com a Alegria. Por outro lado, a emoção Cólera apresentou uma correlação forte para as emoções Nojo e Desprezo e moderada com a Vergonha e a Alegria. A emoção Nojo encontra-se correlacionada moderadamente com o Interesse, Vergonha, Culpa e Alegria. Adicionalmente, tem uma forte correlação com as emoções Cólera e Desprezo. A emoção primária Vergonha está moderadamente relacionada com as emoções Cólera, Nojo, Desprezo e Culpa. De seguida, procedeu-se à análise da emoção Tristeza e verificou-se que ela está moderadamente correlacionada com as emoções Medo, Angústia e Alegria. À semelhança do que se observou para a emoção anterior, também a emoção Culpa se encontra moderadamente relacionada com três outras emoções: Nojo, Desprezo e Vergonha, respetivamente. Por último analisou-se a emoção Alegria e constatou-se que esta tem uma correlação do tipo moderada com as emoções Cólera, Nojo, Desprezo e Tristeza, bem como uma forte correlação com a emoção Interesse.

Tabela 1 – Resultados obtidos para a correlação de *Spearman* usando como variáveis as emoções primárias, onde * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

	Interesse	Surpresa	Cólera	Nojo	Desprezo	Medo	Angústia	Vergonha	Tristeza	Culpa	Alegria
Interesse		-0,023	-0,397**	-0,424**	-0,579**	0,003	0,027	-0,347**	-0,136	-0,342**	0,602**
Surpresa	-0,023		0,333**	0,233*	0,108	0,283**	0,078	0,163	0,026	0,119	-0,025
Cólera	-0,397**	-0,333**		0,770**	0,655**	0,263*	0,165	0,556**	0,101	0,332**	-0,486**
Nojo	-0,424**	0,233*	0,770**		0,767**	0,323**	0,168	0,545**	0,182	0,443**	-0,458**
Desprezo	-0,579**	0,108	0,655**	0,767**		0,323**	0,077	0,525**	0,194	0,467**	-0,491**
Medo	0,003	0,283**	0,263*	0,323	0,323**		0,413**	0,186	0,512**	0,330**	-0,302
Angústia	0,027	0,078	0,165	0,168	0,077	0,413**		0,300**	0,449**	0,180	-0,266*
Vergonha	-0,347**	0,163	0,556**	0,545**	0,525**	0,186	0,300**		0,344**	0,423**	-0,310**
Tristeza	-0,136	0,026	0,101	0,182	0,194	0,512**	0,449**	0,344**		0,261*	-0,411**
Culpa	-0,342**	0,119	0,332**	0,443**	0,467**	0,330**	0,180	0,423**	0,261*		-0,371**
Alegria	0,602**	-0,025	-0,486**	-0,458**	-0,491**	-0,302**	-0,266*	-0,310**	-0,411**	-0,371**	

Após a análise individual das correlações encontradas entre as emoções primárias analisadas, pretendeu-se avaliar qual seria a relação entre estas e algumas das questões que foram colocadas aos cuidadores, no sentido de discriminar situações potencialmente danosas para os cuidadores. Assim sendo, e em conformidade com o que foi descrito para as correlações das emoções, aplicou-se o teste de correlação de *Spearman*. Os resultados obtidos encontram-se na Tabela 2, onde as variáveis em questão são: Estado Civil; Profissão; Que tipo de apoio ou cuidados proporciona (físicos/pessoais)?; Que tipo de apoio ou cuidados proporciona (domésticos)?; Que tipo de apoio ou cuidados proporciona (emocional/psicológico)?; Que tipo de apoio ou cuidados proporciona (financeiro)?; Há quanto tempo presta cuidados a esta pessoa?; Considera as suas tarefas muito exigentes?; A prestação de cuidados tem um efeito negativo na sua saúde física?; As suas tarefas causam dificuldades de relacionamento com a sua família?; A prestação de cuidados causa dificuldades financeiras?; Sente-se prisioneiro das suas tarefas de cuidador?; Sente que as tarefas de cuidador lhe trazem satisfação pessoal?; Sente que as suas tarefas têm um efeito negativo no seu bem-estar emocional?; Sente-se valorizado?; De uma forma geral sente-se apoiado nas suas tarefas.

Como se pode observar pela análise do quadro em questão, verifica-se que, independentemente da variável, todas as correlações encontradas são baixas. Assim sendo, a variável “Estado Civil”, só se encontra correlacionada com a emoção Culpa. A variável “Profissão” encontra-se correlacionada com três emoções primárias: Culpa, Medo e Angústia. Por outro lado, a variável “Que tipo de apoio ou cuidados proporciona (físicos/pessoais)?” está correlacionada com a emoção Angústia. Encontrou-se ainda uma correlação entre a variável “Que tipo de apoio ou cuidados proporciona (domésticos)?” e as emoções primárias Surpresa e Culpa. Para a variável “Que tipo de apoio ou cuidados proporciona (emocional/psicológico)?” encontrou-se uma correlação com a Tristeza. Relativamente à variável “Que tipo de apoio ou cuidados proporciona (financeiro)?”, verificou-se uma correlação com a emoção primária Interesse. Por sua vez, a variável “Há quanto tempo presta cuidados a esta pessoa?” está correlacionada com a emoção Cólera. Por outro lado, a variável “Considera as suas tarefas muito exigente?” está correlacionada com 5 das 11 emoções primárias, nomeadamente: Surpresa, Cólera, Desprezo, Nojo e Interesse, respetivamente. As respostas obtidas para a variável “A prestação de cuidados tem um efeito negativo na sua saúde física?” encontram-se correlacionadas com a emoção

Alegria. Continuando a análise das emoções vivenciadas pelos cuidadores com as questões colocadas através do instrumento de recolha de dados Cope-Guide, verificou-se que a variável “As suas tarefas causam dificuldades de relacionamento com a sua família?” está correlacionada com a emoção Angústia. De forma similar, as variáveis “A prestação de cuidados causa dificuldades financeiras?” e “Sente-se prisioneiro das suas tarefas de cuidador?” só se encontram correlacionadas com uma emoção, a Cólera e a Alegria, respetivamente. Por outro lado, para variável “Sente que as tarefas de cuidador lhe trazem satisfação pessoal?” encontraram-se 4 correlações com as emoções primárias descritas: Cólera, Desprezo, Nojo e Interesse. A variável “Sente que as suas tarefas têm um efeito negativo no seu bem-estar emocional?” estão correlacionadas com a emoção Alegria. Considerando agora a variável “Sente-se valorizado?” verificou-se uma correlação com 5 emoções: Alegria, Vergonha, Desprezo, Nojo e Interesse, respetivamente. Por último, analisou-se a correlação entre a variável “De uma forma geral sente-se apoiado nas suas tarefas?” e as emoções, tendo-se determinado que existe uma correlação entre esta variável e as emoções Alegria, Desprezo e Nojo.

Tabela 2 – Resultados obtidos para a correlação de *Spearman* usando como variáveis as emoções primárias e as variáveis do Cope-Cuide para os cuidadores, onde *p <0,05;**p <0,01.

	Surpresa	Cólera	Alegria	Culpa	Tristeza	Medo	Angústia	Vergonha	Desprezo	Nojo	Interesse
Estado Civil	-0,036	-0,047	-0,138	-0,306**	0,092	0,193	0,073	0,078	0,071	-0,002	-0,046
Profissão	-0,090	-0,029	-0,160	0,360**	0,062	0,233*	0,237*	0,100	0,060	0,088	-0,084
Que tipo de apoio ou cuidados proporciona (físicos/pessoais)	0,108	-0,119	0,128	-0,069	-0,150	-0,158	-0,229*	-0,156	-0,123	-0,139	0,057
Que tipo de apoio/ cuidados proporciona (domésticos)	0,259*	-0,111	-0,032	-0,248*	-0,054	-0,120	-0,133	-0,199	-0,045	-0,044	0,081
Que tipo de apoio ou cuidados proporciona (emocional/psicológico)	0,020	-0,091	-0,025	-0,103	0,217*	0,163	0,053	0,014	-0,051	-0,060	0,062
Que tipo de apoio ou cuidados proporciona (financeiro)	0,037	0,140	-0,177	-0,039	-0,132	0,107	0,017	0,045	0,018	0,101	-0,298**
Há quanto tempo presta cuidados a esta pessoa	0,023	-0,244*	0,116	0,121	-0,081	-0,142	0,144	-0,067	-0,141	-0,075	0,023
Considera as suas tarefas muito exigentes	0,254*	0,350**	-0,119	0,075	0,006	0,204	0,128	0,144	0,269*	0,273**	-0,268*
A prestação de cuidados tem um efeito negativo na sua saúde física	0,078	0,143	-0,223*	-0,033	0,077	0,081	0,140	0,036	0,091	0,161	-0,090
As suas tarefas causam dificuldades de relacionamento com a sua família	0,007	0,130	-0,058	0,013	0,015	-0,035	0,247*	0,099	0,065	0,086	-0,153

A prestação de cuidados causa dificuldades financeiras	0,027	0,225*	-0,163	-0,189	-0,028	-0,074	-0,198	0,035	0,071	0,092	-0,113
Sente-se prisioneiro das suas tarefas de cuidador	0,026	0,189	-0,274**	-0,156	0,159	0,022	0,128	0,145	0,106	0,112	-0,140
Sente que as tarefas de cuidador lhe trazem satisfação pessoal	0,182	-0,240*	0,074	-0,121	0,041	-0,057	-0,084	-0,209	-0,210*	-0,214*	0,257*
Sente que as suas tarefas têm um efeito negativo no seu bem-estar emocional	0,113	0,156	-0,211*	0,015	0,197	0,041	-0,003	0,124	0,167	0,160	-0,186
Sente-se valorizado	0,052	-0,155	0,272*	-0,193	-0,100	-0,019	-0,197	-0,322**	-0,215*	-0,217*	0,239*
De uma forma geral sente-se apoiado nas suas tarefas	0,019	-0,055	0,296**	-0,100	-0,140	-0,023	-0,153	-0,181	-0,257*	-0,226*	0,180

2.5. Análise de Conteúdo: as práticas diárias dos cuidadores informais

No sentido de conhecer as práticas decorrentes da prestação de cuidados, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. As entrevistas foram efetuadas no domicílio do próprio cuidador informal ou, em alternativa, quando este tinha a necessidade de realizar os cuidados no domicílio do idoso dependente, o investigador deslocou-se até essa residência. Esta prática teve como objetivo facilitar as atividades do cuidador, na medida em que era possível parar a entrevista, de forma a permitir responder às necessidades do idoso. A escolha deste cenário permitiu um ambiente mais natural possível durante a entrevista, com o intuito de obter o máximo de informação de forma mais fiável, consistente e válida. Um aspeto que o investigador considerou revelante foi o tempo de duração das entrevistas, na medida em que os cuidadores são pessoas muito ocupadas que, para além do trabalho doméstico, familiar e por vezes laboral, despendem muito tempo na prestação dos cuidados. Neste sentido, foi solicitado por quase todos os intervenientes das entrevistas que estas não se alongassem em demasia. Este pedido foi aceite pelo investigador e as entrevistas tiveram um tempo máximo de 2 horas e 30 minutos.

No início de cada entrevista foi lembrado aos cuidadores que a sua participação era voluntária e que não necessitavam de responder a todas as questões que lhes fossem colocadas. Os cuidadores foram lembrados de que todas as informações por eles cedidas iam ser tratadas de forma anónima.

As entrevistas foram gravadas com o auxílio de um gravador digital, uma vez que o seu uso facilita todo o processo de investigação, tornando mais rápida a recolha da informação, o que se reflete numa entrevista mais fluida. Antes do início de cada entrevista, o investigador teve o cuidado de explicar estes factos a cada cuidador. A transcrição foi realizada usando o programa informático *“Memory Stick Voice Editor”*.

Todos os cuidadores mostraram-se recetivos e demonstraram uma enorme felicidade por poderem transmitir os seus conhecimentos, bem como os seus medos e receios decorrentes da prestação de cuidados. Alguns dos participantes eram mais conversadores do que outros, uns mais decididos, e outros mais tímidos, mas todos eles responderam às questões colocadas e deram as suas opiniões sempre que as mesmas foram solicitadas. No início, as respostas não eram longas, o que levou o investigador a pensar em alterar o

guião, no entanto, com o evoluir do diálogo as respostas tornaram-se mais fluidas e longas, sendo que estes demonstravam compreender as questões colocadas, pelo que o guião inicial não sofreu alterações com o decorrer das entrevistas.

Inicialmente, foram abordados 12 cuidadores para participação na investigação. Porém, somente 8 demonstraram receptividade à participação ativa no estudo, tendo evidenciado motivação e vontade de participar. Assumindo uma posição eticamente correta, respeitou-se a decisão dos outros 4 cuidadores, sendo que o estudo prosseguiu com as 8 entrevistas.

Com o intuito de dar resposta à questão central da investigação, optou-se por estruturar as entrevistas em 7 blocos temáticos, nomeadamente: o Papel do Cuidador Informal, as Representações sobre a Pessoa Cuidada, a Capacidade de Autocuidado, a Gestão do Regime Terapêutico, as Dificuldades na Prestação de Cuidados, as Parcerias com os Profissionais de Saúde, e as Emoções Sentidas, cujas questões pretendiam avaliar os seguintes objetivos:

- a) Caracterizar os papéis que assumem os CI no apoio aos idosos dependentes;
- b) Caracterizar a forma como o CI observa o idoso dependente;
- c) Caracterizar a pessoa cuidada, no que se refere à dependência no autocuidado;
- d) Identificar dificuldades na adesão ao regime terapêutico;
- e) Analisar o impacto da prestação de cuidados no quotidiano do CI;
- f) Analisar de que forma os profissionais de saúde colaboram na prestação de cuidados;
- g) Avaliar as emoções sentidas pelo CI no decorrer da prestação de cuidados.

Deste modo, os 7 grandes domínios abordados ajudaram o investigador a proceder à estruturação que constitui a grelha de categorização, facilitando a organização e sistematização da informação. A apresentação dos resultados resultou da interpretação das declarações dos cuidadores informais. A análise foi apresentada tendo em consideração os pressupostos teóricos que servem de base ao nosso estudo, sendo que também recorremos

às unidades de registo examinadas como as mais relevantes para cada processo de codificação. As unidades de registo foram previamente identificadas e codificadas, sendo que neste contexto realizou-se a sua numeração, E1, E2, (...) E8.

2.5.1. O papel do cuidador informal

O papel do cuidador informal de idosos dependentes é um dos papéis que o ser humano representa ao longo da vida, de entre outros papéis como o de esposa / marido, profissional, mãe/pai. De entre todos, este é provavelmente um dos mais exigentes. A enfermagem tem-se debruçado sobre o seu estudo devido ao aumento do número de idosos inseridos na sociedade e, conseqüente aumento do número de cuidadores informais de idosos dependentes.

O papel do cuidador informal pode ser definido como um agregado de comportamentos, verídicos e prováveis, carregados de sentimentos e objetivos com real significado a um conjunto de ações, que se desenvolvem no contexto da relação cuidador/doente a quem são acrescidos papéis complementares (Turner, 1967 citado por Meleis, Swendsen, & Jonas, 1980 in Meleis, 2010). Esta opinião é corroborada por Sequeira (2007) quando este refere que há um aumento de novas funções, o que torna este papel difícil.

Relativamente a este papel e de acordo com a estrutura da taxonomia que sustentou a nossa análise de conteúdo, emergiram as dimensões, domínios e categorias que se apresentam no quadro seguinte:

Quadro 84 – Taxonomia da dimensão papel do cuidador informal.

Dimensão	Domínio	Categorias
Papel do cuidador informal	Motivos de assunção	Motivos pessoais/familiares Motivos de gosto pessoal Motivos profissionais/económicos Motivos religiosos Motivos de dever moral
	Atividades da prestação de cuidados	Substituição Ajuda parcial Ajuda total Orientação Supervisão
	Repercussões positivas	Laços familiares Disponibilidade para o idoso Visibilidade do bem-estar da pessoa cuidada Autocontrolo
	Repercussões negativas	Sobrecarga física Falta de conhecimento /Incapacidade de atuação Falta de apoio no cuidado Isolamento Alteração da rotina Preocupação Sentimento de incapacidade Desistência da pessoa cuidada Falta de tempo Falta de reconhecimento
	Ajudas no papel	Apoio familiar Apoio das irmãs (convento) Apoio económico Apoio dos profissionais de saúde Apoio Santa Casa da Misericórdia Apoio de outros
	Benefícios do papel	Benefícios psicológicos Benefícios de capacitação Sem benefícios

Motivos de Assunção

A assunção ao papel de cuidador informal é por vezes rápida e inexplicável para o cuidador. A necessidade de permanência do idoso no domicílio evoca a necessidade da continuidade dos cuidados na mesma residência (Sequeira, 2007). Neste contexto, os cuidadores deparam-se com situações que necessitam de respostas atempadas. Existem vários motivos que os conduzem à prestação de cuidados. Os motivos estão por vezes emaranhados na história de cada país, de cada ser humano, na cultura e nas respostas

sociais existentes (Figueiredo, 2007). Do resultado da interação, emergem comportamentos, motivos e sentimentos que podem ser aglomerados em diferentes unidades e podem ser apontados como papéis (Meleis, *et al*, 1980).

Das descrições obtidas neste estudo, foi possível apurar que os cuidadores informais, quando questionados sobre os motivos que os levaram a assumir este papel, evidenciaram os motivos pessoais, entre eles os familiares. Efetivamente, verifica-se que a família ainda representa o agregado primário básico de auxílio especialmente a longo prazo e no que se refere à dependência (Sequeira, 2007).

“Motivos pessoais! É o ser minha mãe! Estava desempregada e a minha mãe precisava de ser cuidada por alguém. Não porque, nós somos muitos filhos e eu não gostava que a minha mãe fosse para nenhum lar.” (E1)

“O que me levou a cuidar dele, é porque ele é meu marido, eu achei que era a pessoa indicada para cuidar dele”. (E3)

“ (...) foi um motivo também familiar (...) pessoal e familiar” (E7)

“ (...) Os motivos são mais pessoais e familiares” (E8)

Efetivamente, embora os motivos familiares sejam identificados várias vezes, existe também uma menção frequente à necessidade de uma reorganização familiar e organizacional, tanto no seio do núcleo familiar como estrutural, referindo-se à reorganização dos espaços da casa.

“A minha mãe vivia na casa dela, o meu pai faleceu e a minha mãe não queria viver na casa dela sozinha, fez as malinhas e pediu para vir para minha casa, e eu fiquei com ela na minha casa. A minha mãe antes de vir para cá, já tinha destinado vir, mas antes de vir deu-lhe tipo não foi bem uma trombose, tinha uma infeção já muito adiantada na bexiga, e foi para o hospital e ficou lá de um dia para o outro e quando veio já não foi para casa dela, veio direta para aqui. Quando veio para aqui eu ainda não tinha quarto para ela, porque os meus filhos ainda viviam aqui, tínhamos 3 quartos e não tinha quarto para ela, liguei para a minha irmã e disse "olha que mãe já veio embora e já vem para minha casa"... e quando chegaram aqui os bombeiros, arranjei o meu quarto para ela e durante a tarde desmontamos parte da sala e isolamos e montamos um quarto na parte da frente e durante 2 anos ficou assim, (...).” (E3)

Por outro lado, o gosto por esta atividade de prestação de cuidados, principalmente no auxílio aos mais dependentes, favoreceu no processo de decisão de assumir este papel. Os cuidadores do nosso estudo demonstraram um gosto pessoal e intrínseco na prestação de cuidados, e até referiram mesmo que a repetição deste papel já é habitual.

“O gostar do serviço que eu faço, cuidar de idosos” (E2)

“O gostar de cuidar de idosos, pois não é a primeira vez que tomo conta de idosos.” (E3)

No decorrer das entrevistas foram surgindo outros motivos, como fatores de ordem profissional ou circunstancialmente de ordem económico ou financeira, nomeadamente com carácter material. De facto, a recompensa material é um fator determinante na assunção do papel de cuidador informal (Figueiredo, 2007). Dos testemunhos prestados pelos participantes, verificou-se que os cuidadores identificaram os motivos profissionais e económicos, no fundo como um meio de subsistência para eles próprios e para a restante família nuclear, filhos e/ou cônjuges. No entanto, a impossibilidade de pagar a uma instituição ou outras pessoas para o auxílio também são realçadas. Tal como refere Sequeira (2007), em termos de encargos imediatos, o meio de apoio menos dispendioso para a sociedade é recorrer à esfera familiar. A prestação de cuidados pode partir de um ato voluntário ou ser pago, negociar com alguém familiar ou externo à esfera familiar para que assuma o papel de cuidador informal e que ao mesmo tempo possa ser remunerado (García, 2010). Por outro lado, também pode estar associado a um interesse em beneficiar de uma herança e/ou de um pagamento (Finch & Mason, 2005). É de ressaltar, no entanto, que a impossibilidade de pagar a uma instituição ou outras pessoas no auxílio também é mencionado.

“ (...) o dinheiro” (E2)

“ (...) foi a razão económica” (E2)

“ (...) a nível económico não podia ter aqui ninguém a cuidar dele pois não podia pagar” (E3)

“Os motivos que me levaram a tomar conta da minha avó foram os seguintes: como tenho a prática com os idosos (...), como eu estava a tomar conta de uma pessoa pediram-me para tomar conta da minha avó. Motivos profissionais (...)” (E7)

Um outro motivo identificado por dois participantes no estudo para a justificação da sua atividade de cuidador de idosos dependentes foi o dever moral. Efetivamente, este é um fator adjuvante na assunção do seu papel de cuidador. Esta visão é predominante nos países da Europa do Sul, sendo um dos motivos mais referidos neste contexto (Figueiredo, 2007).

O dever moral surge como um fator decisivo na assunção do papel de cuidador, sendo determinante no momento de decisão dos nossos cuidadores informais. No caso da obrigatoriedade, quando não se deslumbra outra alternativa, o dever de cuidar é percecionado como obrigação (Finch & Mason, 2005). O dever moral pode imprimir uma carga efetiva de troca, cumprimentos de uma promessa ou uma forma do indivíduo evitar sentir-se culpado (Figueiredo, 2007). Esta troca de amor é essencial para o sucesso da relação idoso/cuidador, sendo que alguns relatos da nossa investigação distinguem o dever moral da obrigatoriedade, tendo sido identificada como uma razão essencial no caminho da continuidade dos cuidados.

“ (...) os motivos foi eu estava aqui e entendi que tinha obrigação de tratar dele (...)”(E5)

“Eu acho que um dia estou com a consciência mais tranquila, e acho que se as minhas filhas me fizerem igual é o ideal, mas se elas não me fizerem nada é porque não querem ou não podem, mas eu pelo menos não fico com esses remorsos.” (E5)

“cuido dele porque é uma obrigação minha(...)” (E5)

“Não é bem por obrigação, mas porque é o meu dever.” (E8)

Numa outra perspetiva, um dos cuidadores identificou os motivos religiosos para a assunção do papel de prestador de cuidados a idosos. De facto, em Portugal, a prestação de cuidados a idosos é assumida por diversos intervenientes e, dado que a religião católica tem uma elevada influência no nosso país devido à elevada percentagem de católicos, este seria um dos argumentos possíveis.

“ (...) são motivos muito religiosos, como irmã e como está dependente temos que dar a mão a esta pessoa.” (E6)

Após a análise dos motivos que estiveram na origem da assunção do papel de prestador de cuidados, debruçamo-nos na análise das atividades realizadas durante a prática dos cuidados.

Atividades na Prestação de Cuidados

A investigação científica tem tentado encontrar um consenso sobre as atividades que o cuidador informal desempenha. De acordo com Figueiredo (2007), estas atividades básicas dividem-se: apoio à higiene pessoal, apoio no vestir/despir, apoio na mobilização, na alimentação e no apoio instrumental, como o transporte, a realização das compras, as atividades domésticas, confeção dos alimentos, gestão financeira, gestão do regime terapêutico, entre outras.

O papel de cuidador informal de idosos é abrangente e as suas atividades/tarefas são muito divergentes e multidisciplinares. No âmbito deste estudo identificaram-se as seguintes atividades: substituição, ajuda parcial, supervisão, orientação, de acordo com os conceitos da prestação de cuidados de forma direta ao nível das atividades de vida diárias defendidas por Sequeira (2007).

Nesta ótica, a higiene pessoal assume-se como uma das atividades mais intensas e importantes, que proporcionam momentos de relação física e afetiva extrema entre os dois intervenientes da prestação de cuidados. Devido ao grau de dependência do idoso na satisfação das necessidades básicas, o cuidador é conduzido a substituí-lo em diversas ocasiões, no entanto, quando estas ocorrem o cuidador tende a infantilizá-las.

“Higiene, alimentação, tudo o que é preciso nos cuidados ao doente (...)” (E1)

“A higiene (...) mudo-a, viro-a, ando sempre a ver se os pés estão frios se estão quentes, sempre a mudar a fralda, (...)” (E2)

“Dar um banho, vestir, fazer como num bebé, dou-lhe banho, visto-a, ponho a fralda cueca, tiro a fralda cueca e um penso ainda por cima e mesmo assim hoje tive que mudar a cama, porque fica virada para um lado e sai urina para esse lado (...)” (E4)

“Ela está dependente de tudo, nós temos que fazer tudo, higiene (...)” (E5)

No entanto, nem todos os idosos participantes neste estudo eram completamente dependentes, efetivamente, alguns idosos ainda conseguiam desempenhar algumas atividades de vida diária, nestes casos os cuidadores ajudavam parcialmente estes indivíduos. Esta ajuda permitiu satisfazer determinadas tarefas, no sentido da manutenção da sua autonomia. O cuidador representa o meio mais eficaz na estimulação do idoso, e não deverá substituí-lo nas tarefas que ainda consegue executar, de forma mais lenta e menos criteriosos, mas constituem estímulos valorizáveis para se possível ocorrer uma melhoria na condição geral do idoso.

“ (...) No caso dela, ela vai ao chuveiro, como ela começa a ter mais estímulo por ela, como começa a ficar mais autónoma, estímulo a que ela faça tudo um pouco, essa parte, ajudo então na higiene, no conforto, (...). Agora já consegue levantar-se sozinha, mas tive que a estimular, porque no início não levantava, no início ajudava sempre num lado e utilizava o resguardo, os lençóis a puxar, mas não a magoar.” (E6)

“ (...) Ajudo-o a tirar da cama e a voltar, a virá-lo, de resto ele desfaz a barba, ajudo a vestir, visto a parte de baixo (...) ” (E3)

O desempenho do papel de cuidador informal principal deve ter em consideração o idoso como ser único que possui determinadas incapacidades, que variam de idoso para idoso, tendo também em conta o contexto onde se inserem. Na situação em que o idoso necessita apenas de vigilância no desempenho de determinada tarefa, dado ainda ter aptidão para a efetuar, esta supervisão deverá ser realizada no sentido da possibilidade deste ter dificuldade em a executar, colocando em causa principalmente a sua segurança (Sequeira, 2007). Verificou-se que os cuidadores reconhecem a necessidade de supervisionar as tarefas mantendo o idoso em segurança, ao mesmo tempo que promovem a sua autonomia.

“a comida é a que ela gosta, gosta é de comer, come pela mão dela, se lhe der um rabo-de-bacalhau ela tira aquelas espinhas todas, e chupa aquelas espinhas todas, eu até digo "oh mãe, valha-nos deus", gosta mesmo de comer, gosta mesmo de comer e eu digo-lhe "o que você faz melhor é comer" e ela diz " dá graças a deus que é menos um trabalho que eu te dou". (E4)

A orientação implica a existência de uma incapacidade por parte do idoso, no sentido de realizar a tarefa de forma autónoma. Este necessita de ajuda no sentido de o

informar como deverá efetuar a tarefa, evitando uma execução desajustada e nociva (Sequeira, 2007). Assim, o cuidador torna-se a personagem principal na orientação de determinadas tarefas, como no caso dos participantes do nosso estudo, na gestão do regime medicamentoso, com o objetivo de estimular o idoso a cumprir corretamente o tratamento que lhe é atribuído, estimulando as suas capacidades numa base diária.

“Ela aceita muito bem a medicação, eu ando sempre em cima dela, ao pequeno-almoço toma café com leite e com sopas e eu punha os comprimidos à frente dela, e às vezes já está no fim e eu lembro dos comprimidos.”

Repercussões Positivas

No contexto da caracterização do papel de cuidador informal do idoso, podemos encontrar a atribuição de significados positivos, negativos e neutros para as pessoas que cuidam (Schumacher & Meleis, 1994). Na literatura emergem autores que focalizam os seus esforços no estudo dos aspetos positivos do ato de cuidar, demonstrando a sua importância na relação cuidador/idoso. Esta relação pode sair reforçada quando os parâmetros positivos são fortalecidos, o que beneficia a continuidade da prestação de cuidados que é fundamental no sentido da manutenção do idoso no domicílio (Cruz, 2010). Aspetos como um bom relacionamento anterior ao cuidado, a existência de um relacionamento amoroso, e a abordagem do cuidador como um ato de reciprocidade têm vindo a ser mencionados como aspetos facilitadores na tomada de decisão do ato de se tornar cuidador. Estes são elementos basilares que permitem não só que os cuidadores se tornem mais fortes, como também faz com que sejam responsáveis pela permanência do idoso no núcleo familiar (López, López-Arrieta, & Crespo, 2005). Paúl e Fonseca (2005), por exemplo, referem-se ao prazer, afeto, gratificação, recompensa, utilidade, desenvolvimento de competências e carinho, como responsáveis pelo fortalecimento das relações com o familiar e o sentimento de dever cumprido.

Neste sentido, e relativamente aos aspetos positivos vivenciados pelo cuidador no que concerne ao cuidar, foram abordados os seguintes: laços familiares, disponibilidade para o idoso, visibilidade do bem-estar da pessoa cuidada, e autocontrolo.

O cuidado familiar é ressaltado pelos participantes no estudo, realçando assim a importância dos laços familiares, do suporte e o despertar de sentimentos de aconchego

(sentimento mútuo) e segurança para o idoso. Desta forma, o idoso pode receber apoio emocional e físico por parte dos cuidadores que, por sua vez, despendem parte das suas vidas para se dedicarem a alguém com quem mantêm uma relação duradoura e, por vezes, de gratidão pelo apoio que o idoso dispensou ao cuidador ao longo da sua vida. Este sentimento de gratidão favorece o aparecimento de sentimentos / emoções positivas ao longo do cuidar. Na ótica de alguns cuidadores informais do nosso estudo, a relação que a prestação de cuidados estabelece entre os intervenientes, permite assumir oportunidades de proximidade favorecendo o aparecimento de sentimentos de amor que beneficiam a continuidade da prestação de cuidados e o bem-estar recíproco.

“ (...) Para já porque sou filha, e eu melhor que ninguém para tomar conta dela, acho eu,” (E1)

“Olhe o que eu identifico de mais positivo é assim, é que tudo o que faço, faço por amor, não é?! Porque ela é minha mãe (...)”(E4)

“ (...) sinto-me bem a cuidar dele (pai), a gente já se habituou a este ritmo e agora já não custa nada, também já tomei conta da minha mãe e ela estava numa cadeira de rodas, 2 anos e meio, e pronto, e tudo se fez.” (E5)

A disponibilidade que o cuidador informal tem para o idoso possibilita uma ligação cada vez maior entre os intervenientes. Esta interligação é responsável pelo aumento do apoio emocional e sentimental para com o idoso, tal como se pode verificar pelo relato de um cuidador:

“ (...) uma pessoa tem mais tempo para eles, dá mais miminhos, dá mais atenção, tenta dar mais atenção” (E1)

Por outro lado, a visibilidade do bem-estar oferecido ao idoso é referenciado pelos cuidadores como um aspeto positivo do cuidar. A evidência do bem-estar na senescência é importante tanto para o idoso como para os cuidadores. A observação de um sorriso e uma aparência feliz proporcionam nos nossos cuidadores sentimentos de satisfação pessoal. Efetivamente, sentir que o idoso está bem é determinante para o bem-estar do cuidador e para a continuidade da relação de prestação de cuidados no domicílio.

“ (...) ver que está bem (...)” (E2)

“ (...) gosto de a ver bem, vê-la feliz, risonha, beijo-a, brinco com ela e ela sorri, o pior é quando ela está mais doente” (E2)

“Tê-lo assim, cuidar bem dele” (E3)

“ (...) sinto-me bem a cuidar dele, a gente já se habituou a este ritmo e agora já não custa nada (...)” (E5)

Uma das formas que o cuidador identifica como uma alteração do bem-estar do idoso é no momento da sua substituição por outro elemento secundário da prestação de cuidados, por exemplo o cuidador informal reconhece que quando é substituído pontualmente por outro membro da família, com o objetivo de possuir alguns momentos de liberdade emocional e física (pausa nos cuidados), verifica no idoso uma alteração do estado anímico, tal como se apura pelo seguinte testemunho:

“ (...) noto nela porque ao domingo quando são os outros filhos, ela começa assim como está hoje, mais nervosa. Ela chama sempre por mim, sempre pelo meu nome;” (E2)

O autocontrolo é também uma das formas identificadas como repercussões positivas no ato de cuidar. Esta prática de cuidados ao outro proporciona momentos de tensão e stresse que o cuidador tem que superar para que a qualidade dos cuidados não seja afetada.

O ato de cuidar de alguém, a experiência prática e palpável de avaliar as alterações que ocorrem no idoso (vigilância do humor, ou simplesmente a atenção nas alterações que ocorrem no corpo) desenvolvem novas capacidades nos prestadores de cuidados. As experiências decorrentes do ato de cuidar permitem que os cuidadores adquiram novas aprendizagens, fazendo com que se tornem mais confiantes nas atividades que desenvolvem, tanto na prestação de cuidados como na sua vida diária enquanto pessoa. Efetivamente, quando os cuidadores adquirem experiência, por exemplo através do treino do autocontrolo, esta experiência possibilita de forma segura a estimulação da autonomia. Estes aspetos trazem ganhos para a saúde e bem-estar do idoso. É, assim, possível que o prestador de cuidados se sinta positivamente gratificado.

“Para mim ensina-me tudo. Tomo atenção a coisas que não tomava, a observação do corpo, a todas as marcas, e também o sentido de humor, uma coisa que vou notando são as variações de humor, e como sei olhando para ela hoje e como sei como ela vai fazendo ou vai reagindo sei se ela é capaz de o fazer, (...)” (E7)

“ (...) com isto eu aprendi a ter: paciência, que às vezes chega ao limite, porque eu não tinha, mas às vezes nem sei explicar e aprendi coisas que antes nem sabia que tinha “ (E7)

A necessidade de apoio ao idoso dependente deriva da existência de um cuidador disponível para responder em tempo útil às suas necessidades, proporcionar sentimentos de prazer e conforto, bem como momentos de carinho e amor recíprocos. O conjunto destes aspetos favorece o aparecimento da sensação de satisfação resultante do cuidado prestado.

“Para mim o mais positivo é ajudar ela, a ter conforto, porque acho que um doente tendo um conforto necessário sente-se bem.” (E6)

“É só uma questão de falar com ele e dar-lhe mais um bocadinho de carinho, acho que esse é o aspeto mais importante. É falar um bocadinho com ele.” (E8)

Repercussões Negativas

De facto, nem todas as repercussões do ato de cuidar são percecionadas como positivas. Atualmente, existe uma crescente preocupação da investigação mundial sobre o papel do cuidador informal, nomeadamente a consciencialização dos aspetos negativos do cuidar (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007).

Os efeitos do impacto negativo da prestação de cuidados são passíveis de serem ultrapassados. No entanto, a sua anulação e repercussão são difíceis de alcançar. É importante conhecer quais os aspetos mais relevantes e que lhes proporcionam emoções negativas relativamente ao seu papel de cuidador. Aspetos como a acumulação de dois trabalhos (um fora de casa e outro em casa) e diminuição do tempo livre podem ser responsáveis pelas repercussões negativas percecionadas pelo cuidador (López, López-Arrieta, & Crespo, 2005). No decorrer das entrevistas realizadas no âmbito deste estudo, identificaram-se os seguintes aspetos negativos: sobrecarga física, falta de conhecimento /incapacidade de atuação, falta de apoio no cuidado, isolamento, alteração da rotina, preocupação, sentimento de incapacidade, desistência da pessoa cuidada, falta de tempo.

Os obstáculos que se colocam no caminho dos cuidadores informais, decorrentes das diversas situações relacionadas com a prestação de cuidados, podem ser responsáveis por momentos de tensão, angústia e desânimo. No contato com os cuidadores também se verificou que a experiência do cuidar nem sempre resulta em aspetos positivos, e que este papel é gerador de situações complexas e de difícil resolução. O cansaço é apontado variadíssimas vezes como um aspeto acumulativo e determinante das repercussões negativas do cuidar. O cansaço físico é abordado, pois resulta dos constantes posicionamentos e transferências realizados por estes indivíduos, de forma a proporcionar bem-estar ao idoso. Por sua vez, o cansaço emocional também é relatado como uma repercussão negativa, devido à carga horária que é disponibilizado à outra pessoa (abrange todo o dia e toda a noite) e que poderá significar poucos momentos de descanso, ocorrendo momentos de sobrecarga tanto física como emocional.

“É muito cansativo (risos), é muito cansativo, porque é de dia e de noite, são 24 sobre 24 horas, é muito cansativo (...)” (E1)

“ (...) além de ser muito cansativo...” (E1)

“É ter que pegar nele e dar-lhe as voltas e virá-lo, porque ele queixa-se sempre muito, porque o problema está na parte óssea, tem sempre muitas dores e temos que o pegar e virar com muito cuidadinho, temos que lidar com ele com muito cuidado. Interfere na minha vida também porque faço muito esforço, e ao fim do dia não posso nada com o meu corpo, quero andar e não posso, fazer as minhas coisas e não posso, depois tenho que tomar umas injeções.” (E8)

Por outro lado, a falta de conhecimentos por parte do cuidador leva-o a um sentimento de incapacidade perante uma situação desconhecida e que ultrapassa o seu controlo. A necessidade de voltar a atenção para os cuidados de saúde primários é de extrema relevância. É urgente criar mecanismos que possam auxiliar os cuidadores a planear e antecipar as mais diversas situações. É fundamental que os cuidadores se sintam devidamente informados e, nesse sentido, é crucial incentivá-los a informarem-se de forma a praticarem com confiança as mais diversas tarefas. Esta é uma função primordial do profissional de saúde, nomeadamente do enfermeiro. No decorrer das entrevistas verificou-se que os cuidadores sentiam de facto esta necessidade de aumentar os seus conhecimentos, de forma a proporcionarem o melhor cuidado possível, sem se sentirem assoberbados.

“Quando ela está mais doente, quando deixa de comer, quando vejo que ela está mais desfalecida, mais descaída, aí já me mete mais confusão, não sei o que fazer, apetece-me pegar nela e levá-la ao hospital, (...)” (E2)

“Para ser concreta aquilo que é menos positivo, não sei dizer concreto, mas talvez eu perceber aquilo que ela sente, mas eu não percebo, se dói se não dói, mas eu não consigo perceber, porque ela não verbaliza”. (E6)

Um outro aspeto identificado como responsável por repercussões negativas no ato de cuidar é a percepção de falta de apoio nos cuidados prestados ao idoso. Destes relatos percebemos que é fundamental realçar a necessidade de articulação entre o cuidador principal e a restante rede de suporte, nomeadamente os familiares mais próximos ou outros membros da comunidade que possam disponibilizar o seu tempo e auxiliar em determinadas situações, tais como estados de carácter urgente e inadiáveis. A falta de apoio evidenciada pelos cuidadores revela a necessidade de criação de redes de apoio e partilha dos problemas (Sequeira, 2007). Estas redes de suporte podem efetivamente contribuir para a diminuição da sobrecarga, melhor percepção do estado da saúde e para o aumento da qualidade de vida (Brito, 2002; Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007).

As expectativas em relação à ajuda de terceiros por vezes não se adequam à realidade dos nossos cuidadores:

“ (...) quando era o meu sogro, eu muitas vezes ficava triste por ter que o levar ao hospital e ela ficar aqui sozinha, e eu não tinha ninguém que viesse cá ajudar, aí é que me custava muito, sinto necessidade de ter alguém a apoiar, mas quando precisar de levá-la ao hospital, eu pego nela, fecho as portas e vou.” (E2)

“Em relação às minhas irmãs, às vezes passam-se dois meses que não vêm ver a minha mãe, às vezes ligam a perguntar se ela está bem e eu não vou dizer “olha ela caiu, os diabetes estão baixos...respondo... está bem, está, quando ela estiver mal, está mal, não é?”. Eles sabem que ela está bem, e depois estão descansadinhos nas casinhas deles.” (E4)

O cuidador informal, perante a situação de dependência de um idoso e sua inclusão nos cuidados a ele prestados, tem o seu tempo e a sua possibilidade de deslocação mais limitados, ou seja, existe uma falta de tempo para si próprio e para as suas atividades sociais habituais (Bocchi, 2004). Com o evoluir da doença e do tempo de prestação de

cuidados, é possível que o cuidador informal se sinta isolado da vida exterior. Os cuidadores da nossa investigação demonstraram que se sentiam fechados naquele meio a que o idoso estava confinado, sem possibilidade de ter momentos de distração com o cônjuge ou outros familiares, sendo que este isolamento pode ocorrer durante longos períodos ou mesmo durante vários anos. Neste sentido, é importante estimular no seio da comunidade planos estratégicos de intervenção, com o objetivo de criar grupos de apoio a estes cuidadores, para que possam ter algum tempo para si e para atividades que lhes proporcionam prazer.

“Eu gosto de estar a cuidar dele, mas estou mais fechada dentro de casa, estou mais fechada, não saio tanto de casa, se eu andasse como andava, os dias passavam-se melhor.” (E3)

“Eu não posso sair com o meu marido a lado nenhum. Domingo fui um bocadinho até à minha irmã, à do restaurante, porque a minha filha estava em casa, porque se não, eu não ia, não deixo a minha mãe sozinha, tenho medo, não deixo a minha mãe sozinha nunca por nada, a minha mãe já cá está há 8 anos e nunca fui a lado nenhum (...)” (E4)

“Não tenho tanta liberdade, às vezes evito de ir aqui ou ali para não o deixar só, para não serem muitas horas sozinho aqui, evito muitas vezes (...)” (E5)

Como consequência da prestação de cuidados a idosos, é previsível que surja uma mudança na rotina diária. Independentemente desta alteração dever-se somente à frequência, horário ou simplesmente deixar de ser possível realizar determinadas tarefas, a consequência final é uma perda de autonomia por parte do cuidador. As respostas às necessidades dos idosos não deixam margem para muitos contatos do cuidador com o meio exterior. É frequente que estes percam o interesse por si próprios (Sousa, *et al.*, 2006). De facto, se estas alterações à rotina induzem repercussões negativas nos cuidadores, é fundamental auxiliá-los no sentido de criarem novas rotinas.

“ (...) todo o dia, todos os dias, sempre a mesma rotina, sempre a mesma coisa, acaba um dia, começa outro igual, e outra vez, outra vez.(...) há uma rotina (...)” (E3)

A preocupação e o sofrimento psíquico estão inerentes ao processo de cuidar e interligados a fatores de stresse e tensão, resultantes de restrições de vida, sofrimento emocional e suporte limitado (Payne, Smith, & Dean, 1999). Estes fatores desencadeiam emoções negativas. A preocupação constante dos nossos cuidadores não lhes permitem

viver intensamente outras situações da sua própria vida. A prestação de cuidados não os liberta para a realização plena de outras atividades, sendo que o sentimento de que algo pode acontecer está sempre presente, o que pode provocar momentos de tensão e stresse. Atualmente, os profissionais de saúde têm em consideração o bem-estar físico e psicológico dos cuidadores, revelando um cuidado cada vez maior em encontrar estratégias que atenuem estes sentimentos e emoções.

“ (...) e até me preocupo demais, porque eu lá em baixo tenho uma cozinha, porque eu além de cuidar da minha mãe também faço uns rissóis e uns bolinhos, ainda há pouco quando saí fui levar à loja da minha irmã uma encomenda, e eu por vezes sei que ela está ali sentada e que não cai, mas eu tenho medo que se lembre em levantar e que caia, eu estou lá sr^a enfermeira, faça de conta que tenho um bebé, estou sempre cheia de medo ou que ela se levante (...). Por exemplo, acordo às 6 da manhã ou às 5 e ponho-me à porta do quarto dela a ver se a ouço respirar com medo que tenha acontecido alguma coisa (...)” (E4)

“ (...) ando preocupada, embora digo vou sair vou demorar mais um bocadinho, e ele diz "vai à tua vida" tudo bem, mas estamos sempre preocupados (...)” (E5)

Por outro lado, o sentimento de desistência também foi mencionado como um dos fatores associados a repercussões negativas no ato de cuidar. A desistência de emitir um determinado comportamento perante uma situação, está inerente num relato de um cuidador informal. A sua impotência em reverter a situação torna-o frágil e é desmotivador relativamente ao papel que assume.

“Tu sabes que a pessoa pode ter gosto de viver, não tem gosto, como é que eu posso explicar... pensar que a pessoa desiste, que não tem autoestima, que deixa-se levar pelas doenças, ou eu saber que ela pode, mas que desiste! Queria que ela perdesse o sedentarismo, o deixa andar e saber que isso prejudica a sua saúde. Ainda não consegui encontrar o motivo de ela deixar-se andar no passado, de perder a sua autoestima, do “deixa-me estar”, do “não quero saber”, e quanto mais chamar a atenção pior é.” (E7)

Uma outra característica mencionada é a sensação de falta de tempo. Efetivamente, a prestação de cuidados a idosos ocupa muito tempo, particularmente quando o seu grau de dependência é elevado. Neste sentido, o cuidador verifica que tem cada vez menos tempo para as atividades que anteriormente se dedicava e para aquelas que são necessárias diariamente, tais como a manutenção da casa e da família. Todas estas atividades ficam

restritas pelo tempo dedicado ao idoso, na medida em que este necessita de muito tempo e dedicação. Deste modo, verifica-se que o cuidador descarta do seu tempo livre, o que pode estar associado a um aumento da sensação de sobrecarga e tensão (Figueiredo, 2007). De facto, Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) referem que a falta de tempo influencia a diminuição das relações sociais e provoca um impacto negativo na vida do cuidador.

“ (...) porque é de dia e de noite, são 24 sobre 24 horas (...)” (E1)

“ (...) o tempo não é muito, mas tem que se arranjar, um empurrãozinho aqui e ali e tudo se faz.”
(E5)

Um outro aspeto negativo mencionado pelos cuidadores como sendo responsável por sentimentos de repercussões negativas é a falta de reconhecimento. Os cuidadores são um grupo de indivíduos que várias vezes são esquecidos e a quem não é dado o devido valor. O seu reconhecimento social não é efetuado da melhor forma, pois estes indivíduos necessitam de ser valorizados e reconhecidos. Os cuidadores são frequentemente esquecidos pelos doentes dependentes, pelos familiares ou entes queridos, pelos profissionais de saúde e até pelos próprios governantes. No entanto, a manutenção dos cuidados padece desse reconhecimento com o objetivo do aumento do bem-estar, bem como do despoletar as emoções positivas.

“ (...) é a coisa que mais me custa... é eu estar a cuidar e a própria família, os filhos, não darem o valor à pessoa que está aqui com ela, mudo-a, viro-a, ando sempre a ver se os pés estão frios se estão quentes, sempre a mudar a fralda, dou a medicação, e o bem que ela tem toma pouca medicação” (E2)

Ajudas no Papel do Cuidador Informal

Após a análise das repercussões negativas associadas ao ato de cuidar, pretendeu-se analisar a ajuda que os cuidadores recebem no papel de cuidador informal. Efetivamente, o papel de cuidador informal de idosos dependentes é um papel solitário, no entanto tal não implica que este deva ser assumido sozinho, este aspeto já foi referido anteriormente pelos relatos dos cuidadores como um algo negativo, conduzindo a repercussões negativas. Normalmente estes indivíduos assumem o papel de cuidadores sozinhos e a restante rede de suporte, principalmente a familiar, não funciona como gostariam. A cooperação com

estes indivíduos deve acontecer em todas as situações, pois as respostas às necessidades estão interligadas às condições físicas e psicológicas do cuidador e do idoso. As fontes de apoios são diversificadas, mas por vezes inacessíveis ao cuidador pelas mais diversas razões. Estes apoios podem ser momentâneos ou permanentes e determinados pelas circunstâncias e contextos. A mesma opinião é discutida por Schulz (2013) quando refere que as ajudas a cuidadores informais, nomeadamente serviços de educação ao nível da aprendizagem de habilidades e seu treino, resolução de problemas, gestão do ambiente, mas também a nível do apoio social, diminuem o stresse, a sobrecarga e depressão. Desta forma, possibilita-se a ocorrência de melhorias emocionais significativas, bem como um aumento da eficácia das habilidades. Estas melhorias eram acompanhadas pela diminuição da necessidade de utilização dos serviços de saúde por parte dos cuidadores e seus doentes. A necessidade de ajudas práticas e de ajudas técnicas, o apoio financeiro, o apoio psicossocial, apoio na gestão dos períodos de descanso, bem como apoio a nível da informação e formação foram referenciadas por Figueiredo (2007).

O apoio familiar é uma grande necessidade, tanto para o cuidador informal principal como o idoso em situação de dependência, como podemos observar nos relatos dos cuidadores. No entanto, é perceptível que algum desse apoio é realizado de forma pontual. Muitas vezes, este apoio ou a falta deste é gerador de tensão e confusão no seio familiar, ocorrendo maioritariamente uma vez por semana, ao domingo, ou em situações pontuais de visitas dos familiares ao doente, tal como se pode averiguar pelos excertos das entrevistas que se seguem:

“Se for preciso ir algum lado os meus irmãos vêm tomar conta da minha mãe, é só isso. A família ajuda a tomar conta da mãe se for preciso (...)” (E1)

“ (...) a família ajuda só ao domingo, porque tenho o dia de descanso(...). Há uma coisa que me revolta porque os filhos querem que fique agora também aos domingos, ainda domingo fiquei aqui e veio cá a minha futura nora, para a conhecer, fiz o almoço, e depois toda a gente foi embora e eu fiquei sozinha, nem me perguntaram se precisava de ajuda.” (E2)

“ (...) noto nela porque ao domingo quando são os outros filhos (...)” (E2)

“Não tenho ajudas familiares, porque para agora ainda não precisei de ajuda.” (E3)

“A nível da família não tenho ajudas, ainda domingo veio cá a outra filha, mas não ajuda em nada, é uma doutora, pronto, faz de conta que pensa que "ela encarregou-se". A minha filha Carina muitas vezes "bota" a mão, eu digo "Carina vai lá baixo bota os olhos", está aqui em

casa... até tem sido o meu braço direito, ele também é amigo dela, ajuda, põe a mesa, faz algumas coisas, é a única que me ajuda.” (E5)

“Tenho um dia de descanso por semana, são os filhos à vez que ficam lá.” (E7)

O cuidado ao idoso dependente envolve um esforço económico que por vezes é assumido pelo próprio idoso ou cônjuge através da sua reforma e/ou das poupanças que fez ao longo da vida. Como podemos analisar pelos relatos, os apoios da comunidade são acionados de forma pontual, nomeadamente no fornecimento das fraldas, ou o contributo financeiro que recebem da segurança social, o apoio à terceira pessoa. No entanto, os cuidadores demonstraram estar conformados com a situação económica e com os apoios que lhes são proporcionados nesta área, uma vez que expõem:

“Ajuda o meu pai, porque tem que pagar, vem cá jantar todos os dias, e ele paga, e tem que se comprar os medicamentos da minha mãe, e isso tudo, porque toma muita medicação, tenho ajudas económicas do meu pai” (E1)

“Ajudas económicas não tenho nenhuma, se a reforma dela fosse maior aí já lhe podia dar outras coisas, agora não falta nada, mas se fosse maior é que não faltava mesmo nada, (E2)

“Estão a dar as fraldas as vicentinas, mas já tenho o recibo de 2 meses, mas elas ainda não me deram o dinheiro” (E3)

“Da segurança social, o apoio à terceira pessoa, são 90 e tal euros, vivo com a reforma da minha mãe, com o suplemento são 505 euros, mas chega senhora enfermeira, chega porque ela é minha mãe e eu não vou fazer contas, mas tenho muitos gastos em fraldas, em toalhetes (...)” (E4)

“Ajuda ele (idoso em situação de dependência) no que pode, não me dá nenhum ordenado, mas ajuda-me no que pode, ajuda nisto ou naquilo, dá-me isto ou aquilo, ainda ontem fiz anos e ele deu-me 20 euros para ir buscar um bolo, e ajuda para o bilhete da camioneta quando quero sair, ajuda.” (E5)

“A nível económico tem, a nível social não sei, as irmãs (freiras) ajudam monetariamente nas despesas, o dinheiro é dividido.” (E6)

“A nível financeiro são os filhos e o casal que me pagam” (E7)

“A nível económico pedi agora aquele ajuda da terceira pessoa, só pedimos agora porque só agora temos o relatório.” (E8)

No âmbito dos apoios disponibilizados, tanto para o cuidador como para o idoso, sobressaíram nos relatos os apoios das instituições de solidariedade social, nomeadamente da Santa Casa da Misericórdia, no auxílio referente à higiene do idoso, no tratamento da roupa, fornecimento da alimentação adequada, na realização das transferências e posicionamentos. Esta ajuda foi referenciada como algo de importância indispensável para proporcionar conforto nesta fase complicada da vida do idoso.

“ (...) tenho a ajuda da santa casa diariamente, na higiene, quando eram os dois eu não podia, mas agora ela sozinha não deixa na mesma, porque acho que ela deve ter as comodidades na mesma e que são precisos” (E2)

“Ajuda da santa casa na alimentação e na roupa.” (E7)

“Possui ajuda da Santa Casa no aspeto da higiene, é só no aspeto da higiene.” (E8)

“De manhã, as meninas vêm e fazem a higiene e colocam com o colete no sofá e ele fica lá. O saco de urina as senhoras da santa casa esvaziam uma vez por dia.” (E8)

Um outro auxílio, também percebido pelos cuidadores, é a ajuda dos profissionais de saúde. Este auxílio pode conduzir à mudança e transformação de alguns aspetos importantes do cuidado ao idoso, mas não menos importante em transformações relativas à vida do cuidador informal, dado que oferecem possibilidades de alteração de hábitos de vida que poderão evitar o impacto negativo dos cuidados. No entanto, o apoio dos profissionais apenas foi mencionado de forma relativa pelos cuidadores:

“Tenho ajuda da enfermeira para tratar das feridas”. (E1)

“tenho o do centro de saúde quando tenho dúvidas e se vejo que é necessário, chamo” (E7)

Benefícios do Papel do Cuidador Informal

O último domínio encontrado para a dimensão Papel do Cuidador Informal pode ser identificado como os benefícios associados a este papel. Ao longo das entrevistas, os participantes no estudo referiram alguns benefícios da tarefa de cuidar do idoso em situação de dependência, que levaram à construção das seguintes categorias: benefícios psicológicos, benefícios de capacitação, e sem benefícios.

Efetivamente, a atividade de cuidar pode ter repercussões negativas e estar envolta de emoções despertando stresse, tal como se verificou anteriormente. No entanto, também existem repercussões positivas. De uma forma similar, observou-se relatos de benefícios psicológicos e de capacitação, bem como a ausência de benefícios.

Relativamente aos benefícios psicológicos, os cuidadores informais expressaram sentimentos positivos e compensatórios, principalmente por terem o idoso aos seus cuidados diários e presenciais, ou seja, por se encontrarem próximos fisicamente. Os cuidadores demonstraram conhecer os hábitos dos idosos e assim proporcionar o conforto necessário ao seu bem-estar físico e psicológico, através da transmissão de afetos sempre que possível. Esta proximidade e visibilidade do bem-estar do idoso permite ao cuidador usufruir de emoções positivas que aumentam a autoestima e diminuem a sobrecarga. Os excertos das entrevistas mencionados de seguida são considerados como representativos:

“Eu senti-me mais, como é que posso dizer, espere aí, sinto-me mais tranquila, porque eu sei que a minha mãe está a ser bem cuidada, não é? Eu estou a cuidar dela, eu vejo que traz benefícios psicológicos” (E1)

“É um conforto muito grande uma pessoa saber que ela está a ser bem tratada e se não ver melhoras pelo menos sei que não pode ser melhor tratada, acho eu” (E1)

“Eu sinto-me bem a tratar dela, e estar sempre disponível quando ela precisa, gosto de falar com ela, dou-lhe miminhos, festinhas, beijinhos e ela adora.” (E2)

“Fico contente por estar a cuidar dele, fico feliz, a nível emocional é compensador. É assim eu falo com pessoas que me dizem que não eram capazes de fazer aquilo que eu faço, mas eu faço e sinto-me bem, sinto que estou a fazer uma coisa que me faz feliz.” (E3)

Da mesma forma que o cuidar de alguém pode ser percecionado como algo de negativo, que nos rouba tempo e bem-estar, é também necessário analisar os benefícios capacitadores, ou seja, as capacidades que o cuidador adquire devido à prestação de cuidados a idosos dependentes. A aprendizagem no contexto da prestação de cuidados é mútua e diária, todos os intervenientes da prestação de cuidados mantêm uma relação dinâmica, que quando positiva permite a aquisição de conhecimentos sólidos e passíveis de serem partilhados com outros cuidadores que vivenciam situações semelhantes,

“Aprender mais. Ao ajudar o outro estou a aprender com ele, estou a adquirir novas capacidades” (E6)

Por outro lado, é de realçar que alguns dos participantes do estudo indicaram não ter adquirido qualquer benefício decorrente da prestação de cuidados. Relativamente aos cuidadores que o explanaram, podemos encontrar nos seus relatos palavras duras e concretas que demonstram estarem sobre pressão, acusando sobrecarga física e emocional, ausentes de tempos de pausa suficientes para ganharem novo fôlego, tal como se pode observar pelos textos que seguidamente se apresentam.

“Os meus benefícios é quando vou a qualquer lado vou sempre a correr, sempre enervada porque não posso demorar. Eu não posso sair com o meu marido a lado nenhum. (...) a minha mãe já cá está há 8 anos e nunca fui a lado nenhum. (...) mas a minha mãe também acha que eu não tenho que ir para lado nenhum, acha, diz que eu tenho é que descansar, o que ela quer é que esteja ali deitada no sofá ao lado e dá-me a manta para eu estar quentinha” (E4)

“Benefícios? Não sei se um dia vai trazer, mas um dia depois vesse. É assim, cuido dele porque é uma obrigação minha, mas não quero cuidar de outros idosos.” (E5)

“Eu acho que traz e não traz, eu acho que se não fosse familiar eu acho que conseguiria lidar mais racional, assim como é familiar as emoções influenciam e isso em vez de ajudar, prejudica” (E7)

“Não me traz grandes benefícios, não me traz porque ele sempre foi uma pessoa muito difícil de trato, muito difícil de lidar, e afastava-se muito das pessoa e agora custa-me um bocado, não me custa muito porque quando as pessoas precisam eu ajuda, colaboro, só que não tenho aquele carinho, porque não tenho aquele carinho, também não sou de mostrar os meus sentimentos, quem vê pensa que sou fria, mas quando é preciso eu ajudo, eu estou lá (...).” (E8)

2.5.2. Representações da pessoa cuidada

Ao longo do envelhecimento vão ocorrendo transformações biológicas, psicológicas e sociais (Sequeira, 2007). Não raras vezes, o idoso é identificado como não produtivo, como alguém que vai perdendo capacidades com a idade. No entanto, muitas dessas crenças e valores vão perdendo sentido, na medida em que deixaram de ser associadas somente à velhice ou à idade cronológica. Efetivamente, parte destas crenças

são construídas sob a forma de representações, sendo que as mesmas resultam de um saber prático e diferenciam familiaridade daquilo que não é familiar (Moscovici, 1981).

No seguimento da aplicação da entrevista obteve-se o segundo bloco temático (Quadro 85), que apresenta a dimensão Representações da Pessoa Cuidada. Este bloco temático aborda os domínios Características pessoais do idoso e Problemas do idoso.

Quadro 85 – Taxonomia da dimensão representações da pessoa cuidada

Dimensão	Domínio	Categorias
Representações da pessoa cuidada	Características pessoais do idoso	Personalidade agradável Personalidade difícil Religião Atividade profissional Relação com os vizinhos Relação com a família
	Problemas do idoso	Problemas relativos ao passado Maus tratos Problemas físicos Problemas emocionais Patologias/ sintomatologia Alterações mentais Grau de dependência

Características Pessoais do Idoso

O envelhecimento populacional é uma realidade que coloca desafios à sociedade atual, principalmente aos indivíduos que direta ou indiretamente se relacionam com os idosos. A abordagem ao tema do idoso deve ser realizada tendo em conta a individualidade de cada um, e tendo consciência que é passível de mudança ao longo da vida. Todo o ser humano é um aglomerado de situações decorrentes do processo do ciclo vital. Estes acontecimentos podem provocar sentimentos negativos ou positivos que a pessoa vai assumindo como seus ou simplesmente assimila e abandona de imediato as repercussões que daí advêm, para que não ocorra comprometimento dos seus comportamentos. As características de uma pessoa, baseados no padrão da individualidade pessoal e social referente ao pensar sentir e agir, são únicas e individuais.

Os cuidadores deste estudo caracterizaram a pessoa a quem prestam cuidados segundo a sua personalidade, sabendo que esta é moldada por todas as práticas vivenciadas pelos cuidadores e idosos no período de tempo não limitado pelos cuidados.

A determinação de uma personalidade agradável foi evidenciada várias vezes pelos cuidadores participantes neste estudo. Esta caracterização reflete a sua perspetiva em relação aos idosos de quem cuidam, identificando-os como pessoas de trato fácil, passíveis de receber, de forma agradável, os cuidados necessários à manutenção de vida.

“A minha mãe? Olhe é um anjo na Terra (risos), é uma pessoa muito fraca, muito doente, é um doce de pessoa, não é por ser minha mãe, mas é um docinho, é uma pessoa muito acessível, (...)” (E1)

“Vamos fazer conta que ela não é minha mãe, vamos pôr de parte que ela é minha mãe, é muito boa pessoa (...). Eu lembro-me de ver muita gente a comer nas escadas cá fora da minha casa uma tigela de sopa que a minha mãe dava, (...)” (E1)

“A nível psicológico é uma pessoa acessível, chama por nós, mas dizemos que estamos aqui ou ali e dizemos para estar pelo menos calada, porque sabe que não posso estar sempre em cima dela, com os vizinhos sempre se deu bem, sempre se deu bem com família, ainda agora quando vê os filhos, e se eu puxar por ela fala com os filhos, é uma joia de pessoa” (E2)

“Dá-se bem com a família e os vizinhos” (E3)

“a nível psicológico é muito boa, não é chata, está tudo bem sempre, a nível de relação com a família dá-se sempre bem com todos, ela gosta de os ter cá e eu digo sempre às minhas irmãs “vocês é que são boas, sempre a dar beijos e abraços .” (E4)

“Ela está sempre bem-disposta” (E4)

“Frágil a nível psicológico, agora não sei, porque não consegue dizer nada, mas o aspeto de relacionamento ela conhece-nos. Não sei dizer como é que ela era antes, estou aqui há um ano e pouco, mas aquilo que vejo agora tem um bom relacionamento (família) ” (E6)

Muitas das referências apresentadas demonstram uma personalidade agradável ao trato, com características que possibilitam uma boa relação cuidador / idoso, que se reflete na qualidade de vida e bem-estar de ambos. No entanto, alguns cuidadores caracterizam a pessoa de quem cuidam como alguém com personalidade difícil, com um temperamento altruísta, autoritário, forte e que facilmente se isola no seu mundo, tal como se pode observar nas seguintes afirmações.

“ (...) se não estiver à maneira dele, às vezes ferve em pouca água, depois passa tudo ” (E5)

“Ela tem uma personalidade muito forte, ela vinca o que quer, posso, quero e mando e é onde por vezes a pessoa, por vezes não aceita, porque vê que não está certo.” (E7)

“foi uma pessoa muito difícil de trato, muito difícil de lidar, e afastava-se muito das pessoa e agora custa-me um bocado” (E8)

“ (...) mas à nossa beira era sempre aborrecido, connosco está sempre, sempre aborrecido, antes de estar doente acontecia almoçarmos ao domingo e estava sempre aborrecido, ou por isto ou por aquilo estava sempre aborrecido ou porque a comida não agradava, ou porque dizia que estava doente, por isso é que eu fico assim um bocada cansada” (E8)

O relato de personalidades difíceis conduz a momentos de tensão entre os dois intervenientes da prestação de cuidados. O cuidador demonstra-se cansado do seu papel e fragiliza-se com facilidade. Por vezes, este contexto de relação na prestação de cuidados conduz a episódios de vulnerabilidade dos intervenientes e desleixo nos cuidados prestados, sendo difícil manter a relação cuidador / idoso no tempo.

Uma outra característica pessoal do idoso que foi mencionada ao longo das entrevistas foi a ligação/ afastamento de práticas religiosas. Esta questão foi abordada como algo que caracterizava a pessoa cuidada. Para os cuidadores a religião determina muitos dos comportamentos que o idoso possui, distinguindo a participação, ou não participação nos rituais. Segundo os relatos dos cuidadores a presença ou ausência da crença manteve-se com o instalar da doença, e com o aumento da vulnerabilidade, esta foi uma característica que não alterou ao longo do ciclo vital dos indivíduos.

“ (...) religiosa, católica praticante, ia sempre à missa ” (E2)

“É católico, mas não é praticante” (E3)

“É católica, mas às vezes está horas a rezar o terço e eu digo "não é preciso rezar um terço inteiro, reze só um, é preciso rezar bolinha por bolinha?" e ela diz-me "Ó cachopa tu és do piorio, tu não és crente?". (E4)

“Em termos religiosos, não é muito da igreja, às vezes, vêm aqui fazer convite para ir à missa dos idosos e ele diz logo que não, porque também tem dificuldades em andar.” (E5)

“É religiosa, católica, praticante, agora por não poder deslocar-se não vai tanto ” (E7)

“É católico, mas não frequenta a igreja, não nada disso” (E8)

Na sociedade atual, o papel profissional e toda a rotina diária associada é muito relevante. A valorização da atividade profissional é determinante na caracterização de um indivíduo (Fernandes, 1997). A atividade profissional do idoso em situação de dependência foi referida por dois dos entrevistados que demonstraram o apreço pelo idoso e pela atividade que exerciam enquanto pessoas autónomas.

“Trabalhava fora com as trouxas da roupa para o Porto, lavava roupa para os quartéis e para santa casa da misericórdia, sempre foi uma mulher de trabalho” (E2)

“ Sempre trabalhou, era uma pessoa trabalhadora” (E3)

Os idosos deste estudo viveram quase toda a vida em meio rural e no mesmo domicílio (local onde a investigação se desenrolou). Este tipo de meio caracteriza-se por um conhecimento mútuo de quase todos os vizinhos. Nestes locais, a rede de vizinhos é importante, tanto no apoio ao idoso, como no apoio ao cuidador informal. Neste caso particular, verificou-se que parte dos entrevistados manifestaram interesse em descrever o idoso tendo em conta a relação que estes mantinham com os vizinhos. A relação com os vizinhos anteriores à dependência do idoso interfere no apoio que prestam aquando da dependência. Normalmente, os amigos e vizinhos apoiam-se nos cuidados quando o cuidador principal do idoso tende a ausentar-se temporariamente do local onde o idoso se encontra, chegando mesmo a auxiliar em tarefas que o cuidador sozinho não consegue realizar (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007; Sousa, *et al.*, 2006). Sendo esta uma forma de apoio facilitador na relação cuidador/idoso, podemos ver de seguida a importância que o cuidador atribui a esta personagem secundária da prestação de cuidados:

“ (...) sempre teve uma boa relação com os vizinhos, nunca se pegou com ninguém, nunca andou ao barulho, nada (...)” (E1)

“Dá-se bem com (...) os vizinhos” (E3)

“Nunca houve problemas com os vizinhos, toda gente passa aqui levanta a mão, respeita-o, às vezes vão aqui e ali e perguntam-me por ele.” (E5)

“Não era pessoa de andar fora de casa, era uma pessoa que ia ao café e vinha para casa. Em relação aos vizinhos sempre se deu bem com toda a gente, já vive aqui há muito tempo e perto das pessoas risse todo (...)” (E8)

Por outro lado, a relação familiar com os elementos que residem no mesmo domicílio ou em domicílios diferentes são também fatores a estudar, na medida em que a visão do investigador em relação à afinidade que estes mantêm com outros membros da família é muitas vezes determinante, para que a rede familiar de apoio possa ser articulada de forma adequada às necessidades do idoso e do cuidador informal. As alterações das relações familiares na velhice, o abandono dos filhos adultos e as necessidades crescentes de apoio a estes idosos, fazem com que sejam frequentemente denominados como filhos da *geração sanduíche*. Este nome advém do facto de que estes têm que desempenhar vários papéis, nomeadamente o de pais, profissionais e cuidadores dos próprios pais (Figueiredo, 2007). A determinação desse papel pode estar relacionada com a ligação que os dois intervenientes mantiveram durante a vida. A maioria dos cuidadores do nosso estudo relataram que a relação do idoso com a família era boa, mantendo uma relação de proximidade afetiva compensatória para o idoso, proporcionando momentos de ligação intensa aquando das visitas dos familiares.

“ (...) não implica com nada, tem uma relação ótima com a família (...)” (E1)

“ (...) sempre se deu bem com a família, ainda agora quando vê os filhos, e se eu puxar por ela fala com os filhos (...)” (E2)

“Dá-se bem com a família (...)” (E3)

“ (...) a nível de relação com a família dá-se sempre bem com todos, ela gosta de os ter cá e eu digo sempre às minhas irmãs "vocês é que são boas, sempre a dar beijos e abraços.” (E4)

“A relação com a família não é má, não se enquadra muito bem com o genro aqui de casa, mas é normal, nem há mentira.” (E5)

“Na relação com os outros familiares é muito mimada, é muito mimada, é o que faz ter as emoções à flor da pele.” (E7)

“Nunca foi uma pessoa de demonstrar carinho pela família, nunca demonstrou, embora goste dos netos é uma pessoa que não demonstra que tem afetos e carinhos pelas pessoas, era uma pessoa distante.” (E8)

Problemas do Idoso

Um outro domínio considerado relevante no contexto das Representações da Pessoa Cuidada foram os Problemas do Idoso. No contexto do cuidado ao idoso é importante que o cuidador informal e este estabeleçam laços de compromissos e de lealdade, para que a

relação não se desgaste. No entanto, não é somente este o objetivo final. O cuidador deve ser alguém capaz de identificar os principais problemas do idoso, sejam eles problemas recentes ou passados, de forma a evitar possíveis imprevistos na prestação dos cuidados.

O ser humano é multidimensional e as suas características pessoais são definidas quase de igual forma entre os acontecimentos passados e os presentes. Neste sentido, definiu-se como categoria em análise os problemas do passado. Estes são muitas vezes uma causa de mau estar entre o cuidador, o idoso e os outros intervenientes da prestação de cuidados. Os acontecimentos passados são ocorrências dinâmicas na vida de um ser humano, que podem influenciar o comportamento deste no futuro. Em tom de desabafo os cuidadores expuseram:

“A minha mãe sempre foi muito doente, há 15 anos para cá, a minha mãe foi muito mesmo, desde que o meu irmão faleceu há 15 anos, a minha mãe nunca mais teve saúde. Antes da morte do meu irmão a minha mãe já tinha uma vida difícil, sofria de maus tratos, tinha muito trabalho, tinha 15 filhos (...).” (E1)

“Fragilidade só, a nível emocional e o stresse quando vê o meu pai, mesmo assim no estado em que ela está, fica muito alterada, eu sinto que a minha mãe fica completamente outra pessoa, juro, a sério” (E1)

Um outro problema do idoso que constitui uma categoria em estudo foram os maus tratos. Este é um tema de difícil abordagem devido à sua complexidade e aos tabus que estão tão fortemente enraizados na sociedade. O idoso em causa sofria de maus tratos por parte do marido e o cuidador ao descrever a situação demonstrava uma grande angústia perante o tema.

“(...) sofria maus tratos do meu pai e mesmo assim eu cuido do meu pai.” (E1)

“O meu pai neste momento vive sozinho, mas vem cá todos os dias, mas há uns dias (3 ou 4 semanas atrás) eu tive que pedir ajuda à vizinha, porque ele disse tantas asneiras e enervou-me tanto, massacrou-me tanto que eu já não conseguia andar, não conseguia ver nada, só chorava e fiquei completamente bloqueada e tive que ir pedir ajuda à vizinha para me dar um copo de água que eu nem sequer sabia andar ou mexer, fiquei tão transtornada, tão transtornada, que eu pensei que me ia dar alguma coisa, mas não estou a brincar, estou a falar mesmo a serio. (E1)

“de vez em quando dou um berrico porque ela é chatinha, mas dou-lhe mimos, gosto dela” (E2)

O envelhecimento pode influenciar o aparecimento dos mais variados problemas físicos. Neste processo gradual vão ocorrendo várias alterações que se podem refletir no sistema cardiovascular, respiratório, renal, gastrointestinal, músculo-esquelético e nervoso. Todas estas alterações provocam efeitos prejudiciais da autonomia do idoso (Spar La Rue, 2005). Os cuidadores informais, quando questionados sobre os principais problemas, identificaram rapidamente os problemas físicos, realçando aspetos como a dependência total ou parcial, causando dificuldades em realizar determinadas tarefas, como a alimentação e os cuidados de higiene, dando lugar a afirmações como:

“A minha mãe está cada vez mais fraca, mais débil, debilitada, é muito complicado” (E1)

“Ela não se meche” (E2)

“Gostava muito que ele andasse” (E3)

“Nível físico custa-lhe andar” (E4)

“A nível físico é o andar” (E5)

“Nível físico posso dizer que a nível de equilíbrio tem pouco, é frágil” (E6)

“Agora já tem recuperado, mas ainda tem dificuldade de mobilização.” (E7)

“A nível físico é a imobilidade” (E8)

No decorrer do processo de envelhecimento podem também surgir problemas do foro emocional. Efetivamente, os cuidadores manifestaram a sua opinião sobre os problemas emocionais que foram surgindo no idoso com o passar do tempo, e relatam a forma como os idosos se expressam relativamente aos sentimentos que nutrem, no entanto, alguns relatos demonstram que os idosos tendem a voltarem-se para si próprios e isolam-se também emocionalmente. No entanto, outros idosos são facilmente estimulados a nível emocional e demonstram-no com frequência. Esta discrepância poderá estar relacionada com as diferentes personalidades dos idosos e com o resultado das vivências experienciadas.

“a nível emocional, acho que não mostra, mesmo com a morte do homem (...)” (E2)

“ele fecha-se e não mostra muita coisa, não sei se sente alegria, tristeza, não sei porque ele não mostra isso” (E3)

“a nível emocional, ele emociona-se com qualquer coisa, mas isso passa-lhe rápido, e qualquer coisa chora, pergunta por este ou aquele e chora, mas é o jeito dele.” (E5)

“ (...) a nível emocional é muito emotiva, basta o ouvir de alguma coisa e já fica transtornada”(E7)

Uma outra categoria analisada neste estudo foram as patologias e a sintomatologia associada, e a forma como as vicissitudes inerentes a este tipo de problemas eram vivenciadas pelos cuidadores e idosos dependentes. Relativamente à nossa investigação, os problemas cardíacos, de foro oncológico, diabetes *mellitus* e obesidade foram as patologias mais referidas pelos cuidadores.

“Em relação às doenças quando era mais nova dizia que sofria do coração, mas por aquilo que vejo, não tem problemas nenhuns.” (E2)

“Em termos de doenças, a minha mãe só fez uma operação, só foi operada à garganta ainda era nova, ela tem tudo de doenças, tem sangue gordo, diabetes, colesterol, má circulação, é obesa, tem um rim afetado, tem problemas de fazer retenção de líquidos e faz o lasix, mas não tem dores.” (E4)

“Em relação às doenças, tem problemas de coração e a ferida.” (E5)

“Tem alzheimer é cuidada pela IPO, teve CA da mama” (E6)

“Em relação às doenças descobrimos há pouco tempo que tinha um sopro, mas já é muito antigo, tem obesidade mórbida, é o que puxa a ter as dificuldades.” (E7)

“ (...) toma o paracetamol para as dores(...)” (E8)

O processo de envelhecimento é muitas vezes acompanhado de alterações a nível cognitivo, que se percecionam como alterações mentais. Os cuidadores participantes neste estudo descrevem as desorientações no tempo e no espaço, assim como verbalizações de acontecimentos momentâneos não coerentes com a realidade como as situações mais decorrentes na rotina diária da prestação de cuidados.

“Ainda fala bem e ouve bem, só que há dias que está um pouco desorientada, agora ao meio dia vem almoçar e depois vai descansar um bocado até às 5 horas, e depois quando se levanta para ela já é outro dia, desorienta e há dias que descontrola, há dias que começa a dizer que tem lá batatas, chouriças, que tem coisas na salgadeira e eu começo a dizer "amanhã nós vamos lá buscar isso tudo" porque não vale a pena contrariar.” (E4)

“Tem alzheimer” (E6)

“Ele consegue exprimir-se, por exemplo, à noite fala sozinho, coisas sem nexos, números principalmente, e quando venho para a cama ouço” (E8)

A última categoria analisada no domínio Problemas do Idoso foi o grau de dependência. Efetivamente, dependendo da etiologia da patologia que os idosos padecem, o grau de dependência para a realização das atividades diárias pode ser variável. Os idosos podem necessitar somente de apoio, incentivo ou até mesmo vigilância para atividades como comer, ou por outro lado, podem ser totalmente dependentes dos cuidadores para esta atividade diária. Este é um fator fundamental de análise, pelo que foi abordado ao longo das entrevistas, sendo que os cuidadores puderam partilhar com o investigador a sua perceção sobre o grau de dependência do idoso pelo qual são responsáveis.

“Higiene, alimentação, (...) mexer as pernas, movimentá-la, posicionar (...) Posiciona regularmente (...) Dou medicação de manhã, meio-dia, tarde e à noite (...)” (E1)

“ (...) não se meche, não se meche nadinha (...)” (E2)

“A higiene (...) dou-lhe de comer (...)” (E2)

“ (...) Ajudo-o a tirar cama e a voltar, a virá-lo, de resto ele desfaz a barba, ajudo a vestir, visto a parte de baixo (...) ” (E3)

“Ela na higiene não faz nada, eu própria sou eu que lhe lavo os dentes (...) ” (E4)

“Ela está dependente de tudo, nós temos que fazer tudo, higiene, alimentação na boca, ao mudar da cama para a cadeira e da cadeira para a cama, não consegue verbalizar muito bem, tudo.” (E5)

“Ela está dependente de tudo” (E6)

“Tudo um pouco, desde a higiene do corpo, com todas as precauções que a gente deve ter (...) (E7)

“A nível físico é a imobilidade” (E8)

“Alimentação, dou-lhe a medicação (...) ” (E8)

2.5.3. Capacidade de autocuidado

Após a análise das Representações da pessoa cuidada, criou-se a dimensão Capacidade de Autocuidado como bloco de análise. O autocuidado surge como um conceito central da enfermagem. Com o evoluir desta profissão, este tema tem estado cada vez mais presente na sua história. O seu conceito tem evoluído ao longo do tempo com as incursões de mudanças significativas na prática da enfermagem.

Na sua concetualização aborda-se o autocuidado como um fenómeno complexo e multidimensional, integrando o processo de saúde e bem-estar do indivíduo. É possível abordá-lo a partir de duas visões – inato e apreendido – no sentido de serem capazes de tomarem a iniciativa, responsabilidade e funcionarem de forma eficaz com o objetivo de potencial a saúde (Clarck, 2009; Hoy *et al*, 2007; Sidani, 2011 citado por Petronilho, 2012; Wilkinson & Withead, 2009).

Na perspetiva de Orem (2001), o autocuidado é o cuidado que se presta ao indivíduo diariamente para disciplinar o seu funcionamento e desenvolvimento.

A promoção do autocuidado tem como pressupostos a manutenção do indivíduo no seu meio natural, muitas vezes no seu domicílio (Backman & Hentinen, 2001). Tem como objetivo auxiliar o idoso a viver com maior independência, promovendo assim a saúde e qualidade de vida (Soderhamn, 2000) e, conseqüentemente, diminuindo a necessidade de recorrer aos sistemas de saúde.

A opção de sintetizar e organizar a informação no quadro seguinte possibilitou uma visão mais abreviada da dimensão em estudo. Desta forma, o terceiro bloco temático aborda a capacidade de autocuidado do idoso e a forma como o cuidador gere essas limitações. Para esta dimensão encontraram-se três domínios principais (Quadro 86): as limitações da pessoa cuidada, as atividades de estimulação no idoso, e as atividades desenvolvidas pelo cuidador no sentido de adquirir conhecimentos para estimular o idoso.

Quadro 86 – Taxonomia da dimensão capacidade de autocuidado

Dimensão	Domínio	Categorias
Capacidade de Autocuidado	Limitações da pessoa cuidada	Limitações físicas (alimentação, hidratação, posicionamentos, transferências, incontinência, andar, vestir/despir, higiene) Gestão do regime terapêutico Dificuldades da fala Dificuldades em exprimir as emoções
	Atividades de estimulação no idoso	Estimulação do idoso Proporcionar de higiene e conforto Estimulação na participação nas atividades de vida diárias
	Atividades potenciadores de estimulação	Participação em ação de formação Colaboração dos profissionais de saúde

Limitações da Pessoa Cuidada

Tanto o cuidador informal como o idoso, devem ter a consciência dos problemas potenciais que limitam o autocuidado do idoso. No caso de estes existirem, mas com potencial de estimulação, deverá ocorrer um envolvimento nos cuidados, no sentido de provocar a mudança e reconstruir a autonomia (Orem, 2001).

Uma investigação sobre as limitações no autocuidado teve como objeto de estudo as limitações funcionais da capacidade e estratégias de enfrentamento no autocuidado entre os idosos. De acordo com os resultados obtidos, determinou-se que a probabilidade de se encontrarem estratégias de enfrentamento de autocuidado aumenta à medida que a gravidade de deficiência aumenta, exceto nos indivíduos com dependência mais grave (Norburn *et al*, 1995 citado por Backman & Hentinen, 2001). Neste contexto irá proceder-se à análise da categoria Limitações físicas.

A consciencialização das limitações físicas é um fator determinante para que o cuidador e o idoso trabalhem em conjunto e para que tentem implementar medidas de superação dessas limitações, tendo em conta as respostas às necessidades básicas de vida.

“ (...) ela não consegue falar, na movimentação, higiene, alimentação, ela come, só tenho que ser eu mesmo a dar, faz as necessidades para a fralda” (E1)

“Na higiene, na alimentação, na fralda (...) não se meche” (E2)

“Higiene das pernas, nas passagens da cama para a cadeira, ele pode fazer, mas eu sou sempre eu que faço, eu ajudo. Mudo a fralda, pois faz as necessidades para a fralda.” (E3)

“Olhe a minha mãe a nível físico é uma pessoa pesada” (E4)

“E desde aí a minha mãe nunca mais se lavou sozinha, nunca mais se vestiu sozinha, nada, nunca mais fez nada (...) a nível físico custa-lhe a andar.(...) Ela na higiene não faz nada, eu própria sou eu que lhe lavo os dentes” (E4)

“A nível físico é o andar” (E5)

“Físico é a deslocação devido a obesidade” (E7)

“ (...) Na alimentação nós temos que limitar porque ela como por ela própria e tudo o que aparecer à frente come tudo, estabeleci regras e vigio. Usa fralda durante a noite e durante o dia não usa, vai à casa de banho” (E7)

“Nível físico posso dizer que a nível de equilíbrio tem pouco, é frágil” (E6)

“A nível físico é a imobilidade” (E8)

O autocuidado pode ser explicado como uma resposta apreendida face aos processos saúde-doença dos indivíduos dado que o indivíduo é conduzido na procura da saúde, negociando com os promotores de saúde, os profissionais da saúde, e a adesão a regimes terapêuticos. Esta realidade é tanto mais premente quando o processo ocorre aquando da existência de uma doença crónica, nomeadamente quando se refere à gestão do regime terapêutico (Petronilho, 2012). A incorporação de um regime terapêutico no quotidiano do idoso e do seu cuidador pode ser algo de complexo, uma vez que é frequentemente acompanhado de um grande número de comprimidos de ingestão diária que corresponde a uma posologia específica. Alguns dos idosos dependentes do nosso estudo não conseguem gerir a terapêutica de forma autónoma, demonstrando dificuldade em perceber o regime atribuído, recorrendo ao cuidador para o substituir ou orientar nestas funções, nomeadamente na compra dos medicamentos, na gestão diária de administração de medicação injetável (insulina), ou simplesmente na colocação da medicação em locais acessíveis ao idoso.

“ (...) dou-lhe a medicação (...) mas já tenho ali as receitas para ir buscar” (E4)

“ (...) dou a medicação, é o bem que ela tem, toma pouca medicação ” (E2)

“Faz medicação para os diabetes, rins, circulação, faz a insulina, sou eu que administro tenho o esquema (...). (E4)

O declínio de algumas funções orgânicas decorrente do processo de envelhecimento provoca alterações na estrutura do aspeto geral do indivíduo e conduz a uma perda progressiva da capacidade de adaptação do organismo. Tal facto coloca o indivíduo mais vulnerável ao aparecimento de doenças limitantes na vida diária (Figueiredo, 2007). O estudo do envelhecimento tem-se debruçado sobre o domínio cognitivo, nomeadamente sobre inteligência, memória, linguagem e atenção. Na presente investigação, os cuidadores referiram a alteração da linguagem dos idosos e as dificuldades que os cuidadores possuem em perceber as suas necessidades, sobretudo em relação às dificuldades da fala, referentes à comunicação, fluidez, nomeação de determinados objetos e na compreensão do que pretendem expressar.

“a nível da linguagem só eu mesmo é que a entendo, mais ninguém a consegue entender” (E1)

“ (...) ela compreende bem o que dizemos, mas responde com frases curtas ” (E2)

“ (...) mas eu não consigo perceber, porque ela não verbaliza. ” (E6)

“ (...) ela não expressa, ela quer expressar, mas não consegue ” (E6)

“A nível da linguagem consegue exprimir-se, fala pouco (...) ” (E7)

Devido à incapacidade de comunicação, através da fala, esta situação provoca dificuldades ou impossibilita os idosos de exprimirem as suas emoções, tal como podemos observar no testemunho seguinte:

“A nível emocional ela não expressa, ela quer expressar, mas não consegue” (E6)

Atividades de Estimulação ao Idoso

A literatura sugere que as atividades de estimulação do idoso (tanto cognitivas como físicas) favorecem o desempenho das atividades de vida diárias. Segundo Zimerman (2000), a estimulação é a melhor forma de atenuar os efeitos do envelhecimento e, conseqüentemente, aumentar a qualidade de vida dos idosos.

O uso de estratégias que provoquem a diminuição da evolução progressiva de uma doença incapacitante é fundamental. Neste contexto, as estratégias implementadas focam-se essencialmente na prática do exercício físico e do treino cognitivo (Paúl, 2005). Existem outras estratégias provedoras de saúde que podem ser usadas para ajudar os doentes a alcançar a capacidade de autocuidado, entre elas podem incluir-se a entrevista motivacional, a avaliação das crenças culturais, o melhoramento da autoeficácia e apoio. Os prestadores de cuidados de saúde podem ajudar estes doentes e envolverem-se no sentido de atingir um autocuidado ideal, identificando a origem das barreiras e ajudando-o ultrapassá-las. Os cuidadores deverão possuir capacidades de compreensão e apoio das necessidades dos indivíduos que são fundamentais para o bem-estar dos doentes, principalmente com doenças crónicas (Baumann & Dang, 2012).

De seguida, irá ser abordada a categoria Estimulação do Idoso. Neste caso em particular, alguns cuidadores demonstravam-se ativos, ou seja, prestavam os cuidados tendo em conta o pouco tempo que disponibilizavam, sendo que entendiam-se como conhecedores das necessidades dos idosos e das suas dificuldades em realizar determinadas tarefas substituindo-os. Segundo os cuidadores é mais fácil e mais rápido iniciarem determinadas tarefas e não se identificavam como uma parte ativa na estimulação do idoso, nomeadamente em estimular para readquirirem parte da autonomia.

“Não, porque eu não obrigo, não sou daquelas pessoas que digo “faz tu”, como estou aqui por casa, se tiver que calçar as botas eu vou lá e calço, como estou em casa, para ele não estar a vergar-se eu vou lá e calço, é mais prático e mais depressa” (E3)

“Eu não a mando fazer nada, porque não faz nada em condições, se eu a mandar lavar os dentes e ela só mete a escova na boca” (E4)

“Não posso fazer grandes coisas, só virá-lo, mudar de posição de resto não posso fazer mais nada. Ele não colabora, em nada.” (E8)

A extrema relevância da estimulação cognitiva e física é demonstrada pelo aumento da autonomia do idoso. Neste sentido, alguns participantes do estudo demonstraram interesse em estimular certas capacidades dos idosos de forma a visualizarem melhorias em várias áreas, tal como se pode observar de seguida:

“ (...) quando ainda conseguia eu tentava, mesmo a fruta e tudo eu tentava que ela pegasse na fruta para ela ter a noção de pegar na fruta, tentando que ela tivesse a noção.” (E1)

“Mecho-lhe as pernas e os braços, sempre a esticá-los, que é para os tendões ficarem melhores” (E2)

“ (...) estou sempre a dizer " pai você ainda não está aleijadinho das mãos, você trate de se lavar, e assim" e ele vai fazendo(...)" (E5)

“Falo sempre com ela, ela não responde, às vezes dá um sorriso. Consigo que ela me dê um braço, uma perna.” (E6)

“ (...) mas no fim do banho dou-lhe a esponja para a mão, e digo para ela passar nos locais onde chega, debaixo do peito, das axilas, dos braços, vai à zona dos genitais, e ela vai passando, primeiro com uma mão, (...) No andar, ela depois do banho, vai à cozinha tomar o pequeno-almoço, depois do pequeno-almoço vai à casa de banho outra vez, para lavar os dentes, é ela que o faz, porque eu estimulei a ir à casa de banho”. (E7)

As atividades que os idosos desenvolvem no seu quotidiano, por mais insignificantes que possam parecer, tornam-se um bem precioso, tanto a nível físico como emocional, pois o estímulo favorece o aumento de autonomia e um descanso para o cuidador.

Atividades Potenciadores de Estimulação

Os cuidadores sentem necessidade de se atualizar em relação não só à doença que o idoso padece, mas também às limitações que dela são decorrentes. De forma a poderem antecipar as necessidades destas pessoas dependentes, é frequente o cuidador sentir necessidade de adquirir novos conhecimentos que lhe permitam estimular o indivíduo, no sentido deste readquirir parte da sua autonomia. Neste sentido, podem optar por participar, por exemplo, em ações de formação, o que nem sempre é possível como podemos ver no testemunho seguinte:

“Não participo em ações de formação, tenho interesse, gostava mesmo, mas é impossível.” (E1)

“ (...) fui lá às formações e ajudou-me como cuidar dele(...)” (E3)

No entanto, e tal como se pode observar pelo testemunho transcrito anteriormente, nem sempre o cuidador possui de tempo livre para poder participar nestas ações de formação, muito embora deseje adquirir conhecimentos que lhes permitam melhorar a qualidade de vida e bem-estar do idoso de quem cuidam. Uma alternativa a estas formações é a colaboração ativa com os profissionais de saúde no domicílio, com os quais aprendem técnicas e mecanismos que lhes permitem cuidar adequadamente da pessoa que têm a seu cargo.

“Não peço colaboração aos profissionais de saúde nestas áreas, eu faço tudo sozinha.” (E1)

“As senhoras da santa casa e as enfermeiras e faço como vejo, pergunto a elas, ainda agora perguntei que ter corrimento era normal, e explicaram-me porquê (...)” (E2)

“ (...) também a equipa de enfermagem do centro de saúde ensinaram-me a fazer vários exercícios e eu apliquei-os, desde a roldana.” (E7)

2.5.4. Gestão do regime terapêutico

A gestão do regime terapêutico é um foco de atenção da equipa de enfermagem. O conhecimento do tratamento farmacológico e não farmacológico é de extrema importância para o profissional de saúde. Neste contexto insere-se o cuidador como um meio de suporte ao idoso na gestão do regime terapêutico. Os prestadores de cuidados, devido à sua proximidade com os doentes e a relação de parceria que estabelecem com eles ao longo do tempo, torna-os especialistas na monitorização da correta gestão do regime terapêutico do idoso. Neste sentido, a criação de parcerias entre o cuidador e o profissional de saúde é fundamental, de forma a planear e implementar intervenções que facilitem a integração do regime terapêutico nas atividades diárias do idoso. Neste contexto, o profissional de saúde deve dotar o cuidador de conhecimentos e capacidades que lhes permitam auxiliar estes idosos na gestão do regime terapêutico e na adesão ao mesmo, proporcionando estratégias de mudança de hábitos, caso tal se verifique necessário.

Surgiu a necessidade de um quarto bloco temático que apresente a dimensão Gestão do regime terapêutico. Esta dimensão possuiu os seguintes domínios (Quadro 87): Regime terapêutico atribuído, Dificuldades do cuidador na gestão do regime terapêutico, Reação do idoso ao regime terapêutico, e Resolução de dúvidas do cuidador ao regime terapêutico.

Quadro 87 – Taxonomia da dimensão gestão do regime terapêutico

Dimensão	Domínio	Categorias
Gestão do regime terapêutico	Regime terapêutico atribuído	Tratamento farmacológico Tratamento não farmacológico
	Dificuldades do CI na gestão do RT	Com dificuldades Sem dificuldades
	Reação do idoso ao RT	Reação positiva Reação negativa
	Resolução de dúvidas do CI ao RT	Com dúvidas Sem dúvidas

Regime Terapêutico Atribuído

Relativamente ao domínio Regime terapêutico atribuído, os cuidadores explicaram toda a panóplia de terapêutica farmacológica instituída ao idoso dependente, apresentando-se por vezes bastante complexa. Adicionalmente, também descreveram os tratamentos não farmacológicos vigentes, o que levou à criação dessas categorias distintas.

O tratamento farmacológico baseou-se nas descrições pormenorizadas dos cuidadores informais em relação ao tipo de medicação prescrita e ingerida pelos idosos. Os cuidadores fazem referência ao tipo de medicação, à sua posologia, explicando a forma como a gerem dentro das suas atividades. Podemos verificar que nem todos os idosos estão dependentes de terceiros na gestão do regime terapêutico, ou seja, são os próprios idosos que gerem a sua medicação.

“Faz muita medicação, muita, para o coração, para o cancro, sangue, bexiga, coração, oxigénio. (...) Dou medicação de manhã, meio-dia, tarde e à noite (...)” (E1)

“ (...) dou a medicação, é o bem que ela tem toma pouca medicação ” (E2)

“dou-lhe a medicação (...) nem deixo acabar os medicamentos (...)” (E4)

“Ele toma medicação, mas isso é com ele, ele sabe a medicação que toma, para isso ele está fino, de manhã levo o pequeno-almoço à cama e ele já lá tinha a medicação para tomar, ele sabe (E5)

“Ela faz a medicação para o coração, como teve um AVC, toma para a circulação, toma para as tensões, toma um diurético, por causa da retenção de líquidos (...)” (E7)

“Faz a medicação que traz cá, para a tuberculose, depois toma comprimidos para a próstata, toma 2 comprimidos para a próstata, toma o paracetamol para as dores e toma o genérico para proteger o estômago (...)” (E8)

Por outro lado, foi descrito o tratamento não farmacológico. Nesta categoria, os cuidadores explicaram quais os tratamentos que estão a ser realizados pela equipa de enfermagem, nomeadamente o tratamento de feridas (úlceras de pressão), atividades referentes à resposta das necessidades diárias como a algaliação e o tipo de alimentação.

“ (...) tratamentos ao pé, tem uma úlcera de pressão” (E1)

“Neste momento não tem feridas. Está algaliado, sou eu que trato da algália” (E3)

“Em termos de pensos chamo o enfermeiro e ele vem cá a casa para fazer o penso e vem cá 2 vezes por semana” (E5)

“ (...) na alimentação ela está a fazer dieta, a alimentação vem da santa casa para ser mais equilibrada, porque ela vinha com maus hábitos” (E7)

“tem penso na anca.” (E8)

Dificuldades do cuidador na gestão do regime terapêutico

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na integração dos cuidadores e dos respetivos idosos no regime terapêutico atribuído. É fundamental que as dificuldades que o cuidador apresenta no processo de gestão do regime terapêutico sejam colmatadas logo que identificadas, no sentido de diminuir todos os sentimentos negativos que daí possam advir. Uma incorreta gestão do regime terapêutico incluirá um erro no tratamento que pode ter como consequência um agravamento do estado de saúde do idoso. As dificuldades de diagnóstico, bem como as dificuldades na terapêutica devem ser orientadas segundo um binómio risco/benefício, tentando alcançar sempre este último. É ainda importante ressaltar a necessidade de ter sempre em conta a vontade do doente e uma correta avaliação do seu estado de saúde, na medida em que estes fatores serão determinantes na realização ou não de determinadas intervenções farmacológicas ou não farmacológicas, ou até mesmo outras medidas de diagnóstico (Marquez, Martinez, González, & Rizo, 2006).

A maioria dos cuidadores deste estudo não demonstrou dificuldade na gestão do regime terapêutico, recorrem por exemplo a esquemas previamente definidos pelos profissionais de saúde ou elaborados pelos próprios cuidadores. Em alguns casos, ainda são os próprios idosos que gerem a sua terapêutica, sendo que quando são os cuidadores a

assumir esta tarefa fazem-no sem dificuldade, referindo que quando possuem dificuldades não hesitam em recorrer ao profissional de saúde.

“Tratar desta parte da medicação não me causa confusão” (E1)

(...) nem deixo acabar os medicamentos, está ali o cesto, eu ponho aqui e ainda tenho aqui outra suplente, falta-me aqui alguma, mas já tenho ali as receitas para ir buscar” (E4)

“Para já não tenho precisado de ajuda” (E4)

“Como os medicamentos já estão todos indicados, não tenho dificuldades.” (E6)

Reação do idoso ao regime terapêutico

Uma componente fundamental que deve ser equacionada é a adesão do idoso ao regime terapêutico que lhe é prescrito. Efetivamente, é de extrema relevância que mesmo que o idoso não compreenda na totalidade o seu regime terapêutico e não o consiga seguir de forma independente, o cuidador e o profissional de saúde devem explicar os benefícios do mesmo. Uma reação positiva ao regime terapêutico é fundamental para que este surta todo o efeito desejado. É necessário adequar a linguagem de forma a facilitar a compreensão do idoso, não só do regime que lhe é prescrito, como dos benefícios que dele podem advir, não esquecendo de mencionar as consequências nefastas que podem decorrer da sua não aplicação. Por vezes, em patologias que advêm défices cognitivos, como por exemplo, o Alzheimer, é necessário ter alguma paciência na medida em que o regime terapêutico e a suas vantagens/desvantagens terão que ser explicadas mais do que uma vez, de todo o modo é fundamental que o idoso reaja de forma positiva ao tratamento.

“se for eu a tratar da medicação ela reage bem” (E1)

“É boa (refere-se à reação), é uma mulher dura, emocionalmente forte” (E2)

“Ela aceita muito bem a medicação” (E4)

“Ela aceita bem a medicação, eu coloco à frente dela e ela é que os toma e toma bem, nunca rejeitou (...)” (E7)

“Ele reage bem à medicação, sabe que tem que a tomar e toma, toma muito bem, sim, sim (...) toma bem na papa, na comida, e mesmo os de jejum toma com água e toma bem” (E8)

Por outro lado, e por diversos motivos, alguns desses idosos reagem de forma negativa ao regime terapêutico que lhe foi prescrito, nomeadamente quando os cuidadores primários são substituídos temporariamente por cuidadores secundários, como podemos observar no relato seguinte:

“a minha mãe fica bloqueada, quando eu saí a minha mãe estava muito calma e quando eu cheguei a minha mãe estava completamente transtornada, transtornada, transtornada, parecia outra pessoa, outras pessoas a dar medicação e comida e ela fica transtornada.” (E1)

“ (...) a nebulização que tira da boca.” (E6)

Resolução de dúvidas do cuidador ao regime terapêutico

Dado que o regime terapêutico desempenha um papel tão fundamental na saúde do idoso, é muito importante que não existam dúvidas quanto à sua aplicação. Neste sentido, questionaram-se os participantes do estudo sobre as suas potenciais dúvidas e os mecanismos desenvolvidos para se elucidarem quando sentem necessidade. Podemos constatar que quando sentem dúvidas recorrem à equipe de saúde da USF ou hospital, nomeadamente ao médico e à enfermeira, através de contatos telefónicos ou presencialmente quando os profissionais dirigem-se ao domicílio.

“Recorro ao médico, e aos tratamentos é a senhora enfermeira, quando é para o médico telefono, quando a enfermeira vem cá, e eu tenho dúvidas pergunto” (E1)

“ (...) socorri ao hospital, falei com os médicos. Recorro às enfermeiras, telefono para tirar dúvidas.” (E2)

“À enfermeira do centro de saúde e elas ligam-me ou vêm cá e explicam-me o que tenho que fazer.” (E3)

“É sempre à enfermeira. Em relação à medicação, no início é o médico que aconselha e eu leio sempre o folheto para saber sempre as contra indicações.” E7)

As dúvidas sobre o regime terapêutico podem surgir a qualquer momento, podendo o cuidador já não estar acompanhado de um profissional de saúde que o auxilie. Muito embora no decorrer das entrevistas os cuidadores tenham descrito as suas potenciais dúvidas e os mecanismos que desenvolveram para as esclarecer, um dos participantes

indicou não ter tido nunca dúvidas sobre o regime terapêutico e a sua aplicação, tal como se pode ver em seguida:

“Para já não tenho tido dúvidas, para já não, é tudo normal.” (E8)

2.5.5. Dificuldades na prestação de cuidados

A tarefa de cuidar de uma pessoa dependente pode ser avassaladora. Os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, necessitam ter um conhecimento mais aprofundado sobre quais são as possíveis dificuldades que o prestador de cuidados sente na sua atividade. Só assim é possível prestar-lhes auxílio e melhorar a sua qualidade de vida e bem-estar, bem como a do idoso. Neste sentido, o investigador sentiu a necessidade da criação de um quinto bloco de análise, as Dificuldades na Prestação de Cuidados (Quadro 88). Este bloco possui três dimensões: Interferências no quotidiano do cuidador, Mudança de atitude perante a vida, e Ultrapassar as limitações.

Quadro 88 – Taxonomia da dimensão dificuldades na prestação de cuidados

Dimensão	Domínio	Categorias
Dificuldades na prestação de cuidados	Interferências no quotidiano do cuidador	Interferências nas relações familiares Maus tratos sofridos pela cuidadora Alteração de domicílio Alterações nas atividades de lazer Isolamento Alterações na atividade profissional Gestão das atividades diárias
	Mudança de atitude perante a vida	Atitude positiva Atitude negativa
	Ultrapassar as limitações	Participação em ação de formação Apoio dos profissionais de saúde

Interferências no quotidiano do cuidador

O primeiro domínio em análise é identificado como as Interferências no Quotidiano do Cuidador. De facto, o dia-a-dia do cuidador altera-se significativamente, na medida em

que cuidar de alguém dependente ocupa muito tempo e implica uma dedicação quase constante. Por vezes, o cuidador deixa de ter tempo para si, o que pode estar associado a sintomas de stresse e tensão que prejudicam o seu bem-estar e a relação que mantém com o idoso. Relativamente a este tema, os cuidadores participantes no estudo indicaram que a prestação de cuidados interfere na relação com a família, nomeadamente os filhos e o conjugue, essencialmente no tempo que dedicam a estes familiares. Efetivamente, a prestação de cuidados não liberta ao cuidador o tempo necessário para que este assuma as suas funções de mulher / marido, pai/mãe, e evocam que por vezes perdem rapidamente a paciência e tendem a descontrolarem-se com aqueles que os rodeiam.

“Às vezes interfere, com a família, eu não tenho tempo para os meus filhos, para o meu marido, não consigo sair com eles (...) é muito complicado senhora enfermeira, é muito complicado e eu tento rir, tento fazer de conta que está tudo bem (...) interfere com a vida familiar” (E1)

“Não interfere na minha relação com o meu marido, ele percebe. Com a família alterou, com os meus filhos, pois estou aqui e não tenho apoio de ninguém e dou-lhes na cabeça, ainda agora dei.” (E2)

“Eu não posso sair com o meu marido a lado nenhum. (...) não deixo a minha mãe sozinha nunca por nada, a minha mãe já cá está há 8 anos e nunca fui a lado nenhum.” (E4)

“Em relação ao meu marido chispa um bocado, mas ele é meu pai. Em relação aos familiares ainda não tivemos problemas (...) (E5)

“Sim, interfere na minha vida. A nível familiar o que me dificulta mais são as horas, tomar conta desde as 9h até às 7, 8, 9 não tem hora, (...)” (E7)

Uma outra categoria em análise são os maus tratos sofridos pela cuidadora. Tal como já foi referido anteriormente quando se mencionou os maus tratos ao idoso, este é um tema delicado e de difícil abordagem. Como pudemos constatar, um cuidador apontou os maus tratos por si sofridos como uma situação que interfere no seu dia-a-dia e na rotina dos seus filhos. A degradação da relação entre a cuidadora e o marido devido à dedicação que a prestadora de cuidados tem com a sua mãe é perceptível pelo investigador.

“ (...) o meu marido ainda há duas semanas, o meu marido bateu-me por causa destas coisas e à frente dos meus filhos e o mais velho tem 12 anos (choramos), eu aguento porque não queria que a minha mãe fosse para os meus irmãos, porque ela sempre pediu para ser eu a tratar dela. O meu filho mais velho tem 12 anos e ele disse ao pai, “estás a bater na minha mãe, já chega de

bater na minha mãe" era a pequenita a berrar era a do meio coitadinha agarrada a mim a chorar, é muito complicado" (E1)

Muitas vezes, e pelos mais diversos motivos, a prestação de cuidados decorre na residência do idoso, o que pode implicar que o cuidador tenha que alterar o domicílio, estando esta mudança associada a importantes alterações na esfera socioeconómica e emocional do cuidador.

"Tive que deixar a minha casa e isso alterou um bocado a minha vida, a nível profissional eu estava em casa desocupada e vim para aqui." (E2)

O tempo que é necessário dedicar à atividade de prestação de cuidados a idosos dependentes é, geralmente, muito elevado, pelo que por vezes o cuidador deixa de ter tempo para si e para as suas atividades de lazer. A dificuldade em deslocar-se do domicílio para ir às compras, para realizar exames médicos ou simplesmente para ler, apoiar instituições de solidariedade social, ou ter outras atividades que lhes tragam algum prazer, traduz-se em isolamento social beneficiando o aumento de fatores de sobrecarga, stresse e emoções negativas. O determinante tempo é novamente realçado pelos cuidadores como um fator decisivo para a não realização das atividades que lhes proporcionam prazer e descanso, assim como a ausência de uma pessoa que os pode substituir por períodos curtos de tempo.

"Eu gosto de sair, e durante a semana não posso, só à noite quando adormece vou com o meu filho às compras e o meu marido fica em casa para eu ir aliviar um bocado a cabeça, durante o dia não posso sair, quis ir fazer uns exames e não tinha ninguém para ficar aqui, logo não fui." (E2)

"a gente podia estar a descansar um bocado, mas é um hábito meu fazer tudo cedo, ainda hoje eram 7:30 min". (E5)

"Entretanto eu gosto muito de colaborar e colaboro com a ASCOR, sou tesoureira, desde 2003, eu tenho andado um bocadinho afastada por causa de tomar conta do meu sogro, mas costumava ir lá todas as semanas, (...)." (E8)

"Um bocadinho... mudou muito porque eu gostava de dar uma volta, andar um bocadinho, ler, ir até ao quarto e ler, agora não tenho cabeça começo a ler e passado um bocado já não sei o que

estava a ler, não sou capaz de pegar num livro e ler, mas agora não sou capaz, gostava de me encontrar com algumas amigas, mas não dá, não tenho tempo, não tenho tempo.” (E8)

A interferência que o papel de prestador de cuidados tem na esfera social do cuidador pode muitas vezes estar associada a uma sensação de isolamento. Efetivamente, muito embora a assunção deste papel não implica que o deva desempenhar sozinho, tal é o que muitas vezes acontece, restringindo deste modo a vida social do cuidador principal. Sobre esta temática os cuidadores participantes no estudo referem:

“Não saio praticamente nada, saio às 5:30 min para ir buscar a Leonor e regresso logo para casa.” (E1)

“Eu gosto de sair, e durante a semana não posso (...)” (E2)

(...) eu gostava de dar uma volta, andar um bocadinho, (...) gostava de me encontrar com algumas amigas, mas não dá, não tenho tempo, não tenho tempo.” (E8)

Tal como se tem verificado ao longo desta análise, é frequente que o cuidador principal não tenha tempo disponível para desempenhar qualquer outra atividade extra à prestação de cuidados ao idoso, o que leva a alterações ao nível da atividade profissional, sendo por vezes necessário abandonar todas as outras atividades para que possa dedicar-se exclusivamente a cuidar do idoso.

“Claro. A gente com a idade que está e vou fazendo umas limpezas fora e ele sabe que aquela hora lá vou eu, mas o resto do tempo é para a casa. Quando é por aqui mais perto ele sabe que tem que ser, não é?! Eu digo-lhe vou a tal parte, mas quando é longe é mais difícil.” (E5)

“ (...) porque eu trabalhava e despedi-me para vir tomar conta da minha sogra (já faleceu), ficou o emprego de lado” (E8)

Todas estas alterações e necessidades de reajuste da vida profissional e social do cuidador implicam que este tenha que gerir as suas atividades diárias de forma bastante restrita, tal como se pode observar no excerto de entrevista apresentado de seguida:

“Ainda ontem o meu marido teve que ficar em casa, porque tive que fazer umas pequenas compras, mas às 4 horas tive que estar em casa porque tinha que tomar a medicação, tem que estar sempre gente em casa. Ele de manhã sai, ele vai dar a sua voltinha, vai ao café ler o jornal, depois tem que se fazer o almoço, o lanche, é preciso mudá-lo, é preciso ajuda, não tenho um familiar, um sobrinho sequer, eles não são de cá, eu não sou de cá, sou de Santo Tirso e a família é pequena (...).” (E8)

Mudança de atitude perante a vida

A prestação de cuidados a idosos dependentes coloca os cuidadores perante uma realidade que, possivelmente, lhe era desconhecida até então. O lidar com esta nova realidade e as vicissitudes que lhe estão associadas cria algumas mudanças de atitudes perante a vida. Alguns cuidadores manifestam a sua alegria e satisfação resultante da visibilidade do bem-estar do idoso, que deriva da prestação de cuidados que diariamente lhes proporcionam. Adquire-se uma nova perspetiva, podendo esta revelar-se como algo positivo:

“Tornei-me mais alegre, quando falo dela sinto-me bem.” (E2)

“Eu gosto de tratar dele” (E3)

“Olhar para as pessoas como um ser humano, não são descartáveis. Saber que por vezes um simples descuido, na alimentação, na higiene pode provocar logo algumas doenças, que podemos pensar que não acontecem, mas acontecem, e tornou-me mais observadora. A gente costuma a dizer assim, esta mancha passa, mas não passa e além disso a paciência, foi outra coisa que apreendi.” (E7)

ou negativo:

“Estou a fazer medicação.” (E1)

“Não sei, eu não sei, eu também tomo medicação para a cabeça e há dias que sinto-me mais cansada logo de manhã, porque tenho que tratar dela, tomo antidepressivos, desde quando trabalhava, nunca mais larguei” (E4)

“Pois claro, com a idade vai custando mais, e eu estou a gerir as duas casas e agora estou um bocado esquecida” (E5)

“Berro, choro, faço sempre medicação para a depressão na primavera e no outono, tenho que reforçar, ando melhor uns dias, e passado uns dias vou abaixo um bocadinho” (E8)

Ultrapassar as Limitações

Perante a necessidade de reestruturar a sua vida, as suas atividades diárias e as interligações sociais e económicas, o cuidador pode assumir uma atitude positiva ou negativa, tal como foi descrito. Uma das formas que auxilia a ultrapassar as limitações que são percecionadas devido ao ato de cuidar de idosos dependentes é, por exemplo, a

participação em ações de formação. Estas podem auxiliar na diminuição da tensão do cuidador quando este se encontra perante uma situação desconhecida, contribuindo para o seu bem-estar e qualidade de vida, bem como para o idoso.

“fui lá às formações e ajudou-me como cuidar dele, mas eu também já sabia porque quando ele esteve internado em Braga eu fui lá e eles explicaram-me como cuidar dele, quando ele teve lá e a enfermeira teve-me a explicar, nunca colocá-lo na cadeira e nunca colocar-me atrás dele, sempre à frente, porque caso ele escorregasse eu podia segurar, colocar da cama para a cadeira, como limpá-lo, colocar pomada.” (E3)

“Eu acho que ajudou bastante em termos de nutrição, porque às vezes damos comidas mas não sabemos se estamos a alimentar bem, e os conhecimentos, já percebe que não é encher de comida que alimenta, quanto a isso a formação ajudou a perceber” (E6)

Uma outra forma de ultrapassar as limitações vividas pela atividade de prestação de cuidados é solicitar apoio junto dos profissionais de saúde. Estes, em conjunto com o cuidador, podem desenvolver mecanismos que facilitam a vida do prestador de cuidados, para que não se sintam tão assoberbados pela atividade fundamental que desempenham, nomeadamente nas intervenções técnicas e/ou educação para a saúde tanto para o cuidador como para o idoso. A resposta atempada dos enfermeiros é nomeada como um fator facilitador na prestação de cuidados.

“os enfermeiros ajudam, porque há coisas que acontecem que eu não sei lidar, ajudam, especialmente aquilo do pé da minha mãe, eu não sei fazer o tratamento. (E1)

“Ao enfermeiro peço para vir mudar a sonda, quando vejo uma ferida telefono e eles vêm logo.” (E2)

“Aos profissionais de saúde sendo preciso tenho que pedir, para fazer o penso e outras coisas, mas para já ainda não é necessário mais nada, deus é que sabe.” (E5)

“Ajudou muito, a equipa de enfermagem, porque os pensos vocês é que sabem fazer melhor” (E5)

“Os enfermeiros ajudaram bastante em termos de nutrição” (E6)

“Eles (enfermeiros) explicam quando veem, os enfermeiros também estão pouco tempo, mas conversam um bocadinho com a gente, dizem como é que gente deve agir, (...)” (E7)

“ (...) quando a enfermeira vem cá, dá algumas ajudas técnicas” (E8)

2.5.6. Parcerias com os profissionais de saúde

Cuidar de cuidadores informais e idosos dependentes é um dos papéis que o profissional de saúde deve assumir na sua lógica de prestação de cuidados. No entanto, é difícil apoiar adequadamente as pessoas se não se conhecer realmente as suas necessidades (Figueiredo, 2007).

A necessidade de melhorar o suporte que é oferecido a estes cuidadores é uma realidade inquietante. É fundamental identificar as necessidades e desenvolver estratégias dirigidas essencialmente às famílias. É importante conhecer os limites dos ambientes da entrega desses cuidados. Depois de conhecer essas barreiras, os profissionais de saúde podem iniciar o processo da prestação de cuidados que certamente será mais ajustado às realidades (Peter, Hudson, & Linda, 2004).

A investigação tem-se centrado principalmente no estudo das diversas formas de apoio ao idoso enquanto recetor de cuidados, e não nos aspetos relacionados com as necessidades de apoio dos cuidadores. Quando questionados sobre a utilização dos serviços de saúde, são poucos aqueles que dizem recorrerem, nomeadamente devido a vários fatores: desconhecimento e custos, preocupação com críticas de terceiros, e desconforto e embaraço pelo comportamento do recetor de cuidados (Mullan, 1993; Stefens, 1993 citado por Figueiredo, 2007).

A enfermagem tem um papel determinante no apoio aos cuidadores. Estes deparam-se diariamente com alterações e podem necessitar que o enfermeiro os auxilie na manutenção ou na aquisição de um novo equilíbrio e bem-estar (Schumacher & Meleis, 1994). Neste sentido, é necessário identificar as necessidades, determinar as intervenções e avaliar no sentido de um constructo significativo para a melhoria da qualidade de vida do cuidador.

Da análise de conteúdo efetuada, surgiu como dimensão as Parcerias com os profissionais de saúde (Quadro 89), a partir da qual foi possível construir a taxonomia, da qual se obteve somente um domínio o Apoio da equipa de Enfermagem.

Quadro 89 – Taxonomia da dimensão parcerias com os profissionais de saúde

Dimensão	Domínio	Categorias
Parcerias com os profissionais de saúde	Apoio da equipa de enfermagem	Apoio técnico Apoio emocional Programas psicoeducativos

No processo de codificação efetuada para a dimensão Parcerias com os profissionais de saúde, relativamente à relação que os profissionais de saúde mantêm com os cuidadores informais, surgiram as categorias: Apoio técnico, Apoio emocional e Programas psicoeducativos.

Os procedimentos técnicos utilizados pelos enfermeiros deverão assegurar respostas seguras, flexíveis e com iguais níveis de qualidade para todos os intervenientes na relação terapêutica. Desta forma, respeitam não só o doente, como os seus cuidadores. Para tal, deverão conceber-se normas técnicas que permitam a regulação dos comportamentos que emergem das características pessoais e dos conhecimentos do enfermeiro (ACSS, 2011). O apoio técnico fornecido pela equipa de enfermagem da USF Ao Encontro da Saúde foi testemunhado por vários cuidadores, que quando questionados sobre a colaboração por parte desta unidade na prestação dos cuidados aos idosos indicaram:

“os enfermeiros ajudam, (...) ajudam, especialmente aquilo do pé da minha mãe, eu não sei fazer o tratamento.” (E1)

“a equipa de enfermagem, porque os pensos vocês é que sabem fazer melhor” (E5)

“ (...) chamo o enfermeiro para o controlo do sangue, mas ele está sempre atento a isso, e pede para ligar para a clínica e diz tudo para lá e elas lá vêm.” (E5)

“Muito, porque há assunto que a gente não sabe, não nascemos ensinados, vamos apreendendo e a gente vai ouvindo e perguntando e vai apreendendo (...)” (E7)

“ (...) quando a enfermeira vem cá a dá algumas ajudas técnicas” (E8)

“Tenho ajuda da enfermeira para tratar das feridas”. (E1)

Um dos principais apoios que os cuidadores necessitam no decorrer da prestação de cuidados a idosos dependentes é o apoio emocional. Efetivamente, este foi um dos aspetos mais referidos pelos cuidadores informais do nosso estudo. O impacto negativo da prestação de cuidados afeta negativamente o bem-estar do cuidador, causando problemas

de saúde mental como a depressão (Tuithof, Have, Dorsselaer, & Graaf, 2015). A necessidade de se expressarem perante as dificuldades, de serem ouvidos, são aspetos essenciais para estes indivíduos, que usualmente se manifestam desconfortáveis no papel de cuidadores. O stresse por eles vivido pode incluir o sentimento de tensão resultante da implicação das emoções, que são consequências das experiências atuais ou passadas. O simples ouvir, conversar foram aspetos salientados por estes sujeitos que em situação de fragilidade emocional tendem a afundar-se em emoções negativas, passíveis de se transformarem em virais e contagiar toda a família, assim como o idoso em situação de dependência.

“Apoio emocional ao nível das ajudas emocionais, pelo menos fala um pouco quando cá vem.”

(E1)

“Ter outra companhia, quando está cá a enfermeira eu sinto-me mais feliz, do que quando estou só eu e a minha sogra, tenho com quem conversar e falar. O meu marido esta semana está em casa, mas teve um mês fora e vocês conseguem fazer ultrapassar mais facilmente estas fases.”

(E2)

“A nível emocional elas (enfermeiras) veem cá conversam um bocado (risos).” (E3)

“a nível emocional sinto que vocês enquadram bem com ele (idoso) e comigo.” (E5)

“Mas enquanto eles (enfermeiros) estão a gente vai descarregando, eles são bons ouvintes” (E7)

“Nós sentimentos também, nas emoções, por vezes sinto culpabilidade também às vezes nós ficamos contrariados, às vezes sentimos mais culpa, e fizeram-me pensar “hoje não consegui, mas amanhã já faço melhor”, assim não ficamos presos ao sentimento de culpa.” (E6)

Tal como já havia sido identificado anteriormente, uma grande parte dos cuidadores não participa em ações de formação que poderiam ser benéficas no sentido de desenvolver mecanismos que lhe permitissem encarar de forma mais positiva o ato de cuidar de pessoas dependentes. Entre as razões mais indicadas prevalecem a falta de tempo, a deslocação para a unidade e a falta de apoio de terceiros, na medida em que o idoso teria de permanecer sozinho no domicílio.

“Não participo em ações de formação, tenho interesse, gostava mesmo, mas é impossível” (E1)

“Nível de formação não consigo ir à formação” (E1)

“Não participo em formações, faço como sei, pois já tratei também do meu pai, e este acamado, não teve muito tempo, mas já tive 2 filhos, faço como às crianças. Para já ninguém me está a ajudar em nada, faço tudo sozinha.” (E4)

“Particpei nas formações uma vez, mas não me dá grande jeito, eu naquele dia não achei que não era pertinente, mas a mim não me dá jeito, mas a hora que é à noite não me dá jeito, tive que pedir a uma vizinha para me trazer, não me dá jeito (...)” (E5)

“Não faço formação, eles explicam quando vêm, os enfermeiros também estão pouco tempo” (E7)

“Não faço formação no centro de saúde, só quando a enfermeira vem cá a dá algumas ajudas” (E8)

2.5.7. Emoções vivenciadas

As emoções proporcionam uma significativa importância no equilíbrio e na saúde dos indivíduos e, conseqüentemente, no processo de aprendizagem do cuidar. Se assumirmos que todo o processo relacional é corrompido por emoções percebe-se que tudo o que se sente tem importância nas vivências humanas (Goleman, 2001).

O estudo da emoção é recente. Alguns investigadores consideram-na como o principal sistema motivacional da cognição e do comportamento do ser humano, sendo o principal impulsionador do desenvolvimento humano, permitindo o funcionamento e a organização dos vários sistemas orgânicos (Izard, 1991). As referências teóricas da Teoria das Emoções Diferenciadas (TED) (Izard, 1971, 1977, 1991) servem de base ao nosso estudo sobre as emoções e têm sido essenciais para o conhecimento do desenvolvimento emocional, cognitivo e da linguagem.

Esta relevância foi-se manifestando ao longo das entrevistas, de tal modo que o investigador achou pertinente a constituição de um novo bloco de análise: as Emoções. Esta nova dimensão foi dividida em seis domínios distintos (Quadro 90): Emoções despoletadas, Influência das emoções na prestação de cuidados, Atividades de ajuda que despertam emoções positivas, Fatores surpreendentes da prestação de cuidados, Estratégias de superação das emoções negativas e Gestão das emoções do idoso em transição.

Quadro 90 – Taxonomia da dimensão emoções

Dimensão	Domínio	Categorias
Emoções	Emoções despoletadas	Emoções positivas Emoções negativas
	Influência das emoções na prestação de cuidados	Influência das emoções negativas Influência das emoções positivas
	Atividades de ajuda que despertam emoções positivas	Apoio emocional Atividades proporcionadoras de conforto
	Fatores surpreendentes da prestação de cuidados	Papel do cuidador Respeito do idoso dependente Atitude positiva do CI Autonomia do idoso Grau de dependência Sem fatores surpreendentes
	Estratégias de superação das emoções negativas	Atividades de lazer Atividades agrícolas Momentos de reflexão Momentos de descompressão Medicação
	Gestão das emoções do cuidador em transição	Companhia Transmissão de segurança Apoio técnico Apoio emocional Disponibilidade

Emoções Despoletadas

Os cuidadores informais vivenciam momentos únicos na prestação de cuidados, circunstâncias munidas de sofrimento, por vezes elevadas ao limite que servem de aprendizagem no sentido de lidarem com as emoções, crenças, valores, medos, angustias ao cuidar do outro; mas também experimentam momentos positivos, permitindo o despertar de emoções positivas, facilitadoras do cuidado. No que respeita aos valores dos cuidadores informais, como valores humanos, a ciência para o cuidar/cuidado não se pode apresentar neutra ou separada das emoções humanas. Este quadro contextual preconiza as respostas às necessidades do cliente nas mais variadas situações (Watson, 1985).

As emoções básicas são definidas por processos seguros concebidos por sistemas cerebrais emocionalmente velhos sobre a deteção de um estímulo ecologicamente válido, podendo ser divididas em emoções positivas e negativas (Izard, 1991). As emoções despoletadas pelo ato de cuidar de idosos dependentes podem ter um carácter positivo que é

essencial no desenvolvimento, sobrevivência e evolução. No entanto, a duração de cada emoção, bem como a sua estrutura diferem entre positivo ou negativo, devido à vulnerabilidade dos cuidados informais, à dependência dos idosos, e à perda das capacidades. O aparecimento das diferentes emoções ao longo da prestação de cuidados demonstrou a forma como a vida do cuidador se modificou perante a assunção deste papel, sendo que podemos constatar que um turbilhão de emoções dirige toda a panóplia de atividades que os cuidadores possuem quando assumem os diferentes papéis da sua vida.

Quando os cuidadores se sentem assoberbados com o trabalho que a rotina diária impõe, desenvolvem estados anímicos negativos, ocorrendo como podemos observar nos relatos seguintes emoções negativas como a tristeza e angústia. Estas emoções resultam também da ausência de melhorias na doença do idoso, acarretando para o cuidador sentimentos de frustração e revolta. A ausência de apoio dos familiares, e a não valorização do trabalho desenvolvido pelos cuidadores, também foram referenciados como situações geradoras de tristeza.

“Despertam muitas emoções, desperta uma tristeza, uma angústia muito grande, é tentar fazer tudo por tudo e não ver resultados.” (E1)

“Muitas vezes é a tristeza, a maior parte das vezes é a tristeza, porque eu gostava de ter o apoio dos meus cunhados, da família para me dar valor, aquilo que eu faço, para além do que eu ganho, eles verem o amor que eu dou à minha sogra, eu dei tanto amor à minha sogra como dei à minha mãe. E por isso, às vezes sinto-me mais revoltada, e faço coisas que não devia fazer quando estou mais revoltada” (E2).

“Tristeza causa sempre quando a gente vê que a pessoa que cuidamos não liga por exemplo: o simples beber de água, a desidratação, um idoso nunca tem sede, a gente insistir para beber e chega ao fim de um dia e devia beber um litro e meio de água e a garrafa está cheia (...)” (E7)

“Mais emoções negativas do que positivas. Fico muito aborrecida, sem vontade de falar com ninguém, tenho horas de revolta e não falo, o meu marido pergunta o que é que eu tenho e eu digo “nada”, mas é uma revolta interior, tem dias que é complicado” (E8)

No entanto, a prestação de cuidados é influenciada por vários fatores, assim em diversas situações, os cuidadores desenvolvem emoções positivas, nomeadamente quando gostam eficazmente das atividades que realizam ao idoso, quando este idoso é familiar próximo, como a mãe, podendo diretamente transmitir emoções positivas, ou quando o

trabalho que desempenham tem efeitos positivos na qualidade de vida do idoso. Estes fatores indiscutíveis do cuidar, envolvem emoções positivas como podemos ler de seguida:

“a nível emocional é compensador. É assim, eu falo com pessoas que me dizem que não eram capazes de fazer aquilo que eu faço, mas eu faço e sinto-me bem, sinto que estou a fazer uma coisa que me faz feliz” (E3)

“Não sinto tristeza, só que penso em mim, eu ao tratar da minha mãe eu penso em mim (...). Eu faço com carinho, com alegria, faz-me bem, não sinto nojo, nem culpa, porque ela é minha mãe (...).” (E4)

“ (...) Despertou-me interesse por cuidar, e alegria, quando sei que mesmo com a doença ainda sente e sabe quem é Jesus Cristo, é para mim uma alegria, não é?!” (E6)

“Em termos emotivos é assim, sinto alegria quando vemos que o trabalho que estamos a fazer é positivo (...).” (E7)

“Mais emoções negativas do que positivas. Fico muito aborrecida, sem vontade de falar com ninguém, tenho horas de revolta e não falo, o meu marido pergunta o que é que eu tenho e eu digo “nada”, mas é uma revolta interior, tem dias que é complicado” (E8)

Influência das emoções na prestação de cuidados

As emoções influenciam os cuidados positiva ou negativamente, consoante os contextos da prestação de cuidados. Tal como refere Batson, Shaw e Oleson (1992), as emoções geram desenvolvimento da motivação orientada para os objetivos, ou seja, no estudo dos cuidadores informais a motivação é a aliada fundamental da prestação de cuidados, com o objetivo de atribuir bem-estar aos idosos, mas também aos cuidadores informais.

As emoções, independentemente de serem positivas ou negativas, influenciam o prestador de cuidados, pelo que têm repercussões na forma como este cuida do idoso dependente. Tal facto foi evidenciado ao longo da análise, onde se encontram resultados da influência das emoções positivas:

“Eu ver que está contente, dou-lhe mimosinhos, brinco, quando está a dar música na televisão eu digo-lhe vamos dançar as duas, e fica mais contente e mais satisfeita e eu também, brinco muito com ela” (E2)

“As emoções influenciam porque eu faço para prestar serviço, para que ela se sinta melhor, ou aquilo que eu acho que vai fazer sentir-se melhor” (E6)

e das emoções negativas:

“É assim, eu não desisto, mesmo as emoções atrapalhando eu não desisto, sabendo que é o melhor para ela eu não desisto (...)” (E7)

“Como eu digo, quando eu começo a ficar mais emotiva, que me toca mais, eu tenho que pensar que não é familiar, eu tenho que ser um bocadinho fria comigo própria, não com a pessoa que estou a cuidar, mas comigo própria, porque ela é um ser humano, é ela que eu tenho que ajudar, a nível de tudo, tenho que a ajudar, e ela tem que compreender, e então tenho que ser racional, não pensar com o coração mas com a cabeça.” (E7)

Na nossa investigação podemos observar que a influência das emoções nos cuidadores atua de forma individual. No caso das emoções positivas, os cuidadores demonstram-se mais afáveis, evidenciando trabalho efetivo e contínuo para com o idoso, no sentido máximo da melhoria dos cuidados prestados. Relativamente às emoções negativas podem influenciar no cuidador de duas formas: quando sentem que as emoções estão a prejudicar o cuidado, o prestador de cuidados tenta não desistir e dar a volta por cima; quando sentem que as emoções negativas mechem diretamente com as suas emoções, tendem a ficar mais ríspidos e frios com eles próprios, não deixando que essas emoções prejudiquem o idoso.

Atividades de ajuda que despertam emoções positivas

Dado que a etiologia das emoções (positivas ou negativas) influencia a prestação de cuidados, é necessário desenvolver atividades que permitam a prevalência de emoções positivas, na medida em que estas irão contribuir ativamente para uma melhoria da qualidade de vida e bem-estar do cuidador e do idoso. Uma das atividades de ajuda que desperta emoções positivas, e que foi mencionada pelos cuidadores participantes no estudo, foi o apoio emocional, ressaltando aspetos como o mimo e a conversa que estabelecem com o idoso, no sentido de lhes proporcionar um alívio emocional e satisfação.

“ (...) dar mais miminhos, dar mais atenção, tentar dar mais atenção” (E1)

“ (...) dou-lhe miminhos, brinco, quando está a dar musica na televisão eu digo-lhe vamos dançar as duas e fica mais contente e mais satisfeita eu brinco muito com ela.” (E2)

“ (...) é o aspeto mais importante. É falar um bocadinho com ele.” (E8)

Uma outra forma de despertar emoções positivas é através da realização de atividades que proporcionem conforto ao cuidador.

“Eu gosto de fazer tudo para ele, gosto que ele esteja sempre limpo na cama, gosto que a cama esteja limpa para ele se deitar, mais confortável, gosto de tudo.” (E3)

“Dou-lhe banho, tudo o que faço por gosto, eu até nem sei onde vou buscar tantas forças” (E4)

“ (...) faço com amor (...)” (E4)

“Ajudar-lhe a ter conforto (...) um doente tendo um conforto necessário sente-se bem.” (E6)

Fatores surpreendentes da prestação de cuidados

No decorrer da atividade de prestador informal de cuidados a idosos dependentes é possível encontrar fatores surpreendentes. Relativamente à emoção básica denominada de “surpresa”, esta define-se como uma emoção positiva, integra-se na dimensão da expectativa, relacionada com acontecimentos súbitos e inesperados, normalmente associado à inovação e a fatores que estimulam o indivíduo (Branco, 2004; Izard, 1991). Alguns dos cuidadores ainda não haviam sido confrontados na experiência passada com fatores surpreendentes da prestação de cuidados. Um destes fatores é precisamente o sentimento de realização pessoal devido ao facto de prestar assistência a idosos e sentir que está a ser realizado de forma concreta, comprovada com a melhoria do estado geral do idoso.

“Porque eu nunca pensei vir a cuidar da minha mãe, e vir a cuidar assim doente, acho que estou a fazer um bom papel, o que me surpreende mais, é que eu acho que estou a surpreender-me a mim própria, acho que estou a fazer um bom papel, acho que ela está a ser bem cuidada, não é por ser por mim, mas acho que sim.” (E1)

Um outro fator mencionado nas entrevistas é o respeito do idoso. Efetivamente, um contato próximo com a realidade a que o idoso dependente está sujeito, provoca no indivíduo sentimentos de reconhecimento pela ajuda próxima e necessária à sua manutenção no domicílio com as melhores condições físicas e psicológicas possíveis.

“Ela não me trata mal, o respeito com que sempre me tratou, o respeito, nunca me deu uma má resposta, nunca me tratou mal, enquanto o meu sogro me gafava, ela dizia sempre “cala-te, cala-te, és um porco de língua” e eu estou aqui por ela.” (E2)

Por vezes, os cuidadores são surpreendidos com as suas próprias capacidades que desconheciam, tal como se pode observar de seguida:

“O que mais me surpreendeu, eu ser uma mulher que nunca o deixei, nunca desisti.” (E3)

O risco de perda da autonomia está associado ao processo de envelhecimento (Figueiredo, 2007; Quaresma, 1996), e relacionado com o *“processo de decisão, comando, faculdade de se governar a si próprio e de se reger pelas próprias leis”* (Figueiredo, 2007, p. 64). Ao enfrentarem uma realidade com a qual não se encontravam familiarizados, os cuidadores surpreendem-se com coisas simples como a falta de autonomia do idoso ou a capacidades destas pessoas em inverter o rumo das situações, e com coragem diminuir o grau da sua dependência.

“O andar. Eu acho que tudo, porque ela vinha praticamente acamada, desde o simples peso, o andar pouco e agora anda regular, e o essencial da higiene, até consegui tirar a fralda.” (E7)

“Nunca pensei de ter de a ajudar, a chegar a estes pontos, mas eu sei sou culpada, porque eu tenho um feitio que penso que só eu é que sei fazer, e ponho até sempre uma avental para ela não sujar a roupa, por isso sou culpada (...)” (E4)

Por outro lado, e talvez devido a um conhecimento prévio sobre as vicissitudes associadas ao cuidar de um idoso dependente, dois dos participantes no estudo indicaram não se sentirem surpreendidos com nada decorrente desta sua atividade.

“Nada de especial” (E5)

“Não me surpreendeu assim muito” (E6)

Estratégias de superação das emoções negativas

Tal como já foi abordado, a prestação de cuidados a idosos dependentes pode estar associada ao desenvolvimento de emoções negativas com repercussões nefastas na

qualidade de vida e bem-estar do cuidador e do idoso (Paúl, 1997). Neste sentido, o desenvolvimento de estratégias de *coping* que auxiliem a colmatação das emoções negativas poderá ter um papel preponderante na vida destas pessoas (Nolan, Grant, & Keady, 1998). Uma das estratégias que podem ser usadas neste contexto são as atividades de lazer, como ouvir música, conversar com familiares e vizinhos, sair para ir às compras, caminhar, cantar, ou simplesmente refugiam-se para sentir um pouco de sossego.

“É ouvindo música durante a noite, tentando falar com os meus filhos, perguntar como é que correu a escola, brincar com a Mara, brincar, a vida continua, tem que continuar” (E1)

“Olhe eu não gosto ir às compras, há pessoas que gostam e que se sentem bem, mas eu não gosto. Por vezes levanto-me e vou à loja aqui perto, fecho a porta e vou lá um bocado.” (E3)

“Eu há dias que sinto necessidade de pegar no carro e ir às compras, só ir e vir porque sei que não posso sair muito daqui” (E4)

“Olhe já estou habituada, às vezes vou a pé dar um passeio e depois passa tudo, às vezes tenho noites que durmo muito mal, mas já são coisas minhas, e ainda domingo para segundo estava à janela as 3: 30 min.” (E5)

“Eu às vezes ponho-me a cantar, tentando aliviar o ambiente. Canto. Não saio.” (E6)

“Aí foi a respeito de sentir, gosto de cantar, ouço música quando tenho tempo.” (E6)

“Eu costumo refugiar-me um bocadinho a pintar, a fazer trabalhos manuais, está ali distraio-me e não penso em mais nada, é um refúgio. Tento sair, dar atenção aos meus filhos, mas eu aliviar mesmo tenho que ser mesmo só eu, para não descarregar em ninguém, tenho que ser só eu.” (E7)

Uma outra atividade mencionada pelos cuidadores participantes neste estudo é a atividade agrícola, como forma de desacelerar as emoções negativas.

“Vou para o quintal, vou falar com os animais, tenho galinhas e coelhos e alivia-me” (E2)

Por vezes, a melhor forma de ultrapassar emoções negativas e evitar que estas tenham um efeito nefasto nas nossas vidas é recorrendo a momentos de reflexão, referindo

a capacidade de análise referente a experiências vivenciadas pelos indivíduos (Figueiredo, 2007), como podemos ver no excerto seguinte:

“Como eu digo, quando eu começo a ficar mais emotiva, que me toca mais, eu tenho que pensar que não é familiar, eu tenho que ser um bocadinho fria comigo própria, não com a pessoa que estou a cuidar, mas comigo própria, porque ela é um ser humano, é ela que eu tenho que ajudar, a nível de tudo, tenho que a ajudar, e ela tem que compreender, e então tenho que ser racional, não pensar com o coração mas com a cabeça. (E7)

Porém, nem sempre é possível desenvolver estratégias de superação das emoções negativas decorrentes da pressão a que se sentem sujeitos os prestadores de cuidados, sem recorrer a uma alternativa farmacológica. Muito embora, esta alternativa deva ser equacionada em conjunto com os profissionais de saúde.

“Estou a fazer medicação.” (E1)

“Não sei, eu não sei, eu também tomo medicação para a cabeça” (E4)

“Faço sempre medicação para a depressão na primavera e no outono, tenho que reforçar, ando melhor uns dias, e passado uns dias vou abaixo um bocadinho, mas já estou mentalizada que a vida é assim e vai ser assim, é uma fase” (E8)

Gestão das emoções do cuidador em transição

Os prestadores informais de cuidados a idosos dependentes são facilmente confrontados com um conjunto de emoções contraditórias, sendo que para além das suas emoções, têm que ter em consideração as emoções do idoso a seu cargo. Esta tarefa pode ser complexa. Os profissionais de saúde são uma chave fundamental na prestação de cuidados e na gestão das emoções dos cuidadores. Neste sentido, os cuidadores indicaram o facto de terem companhia adicional, do enfermeiro de família, como estratégia que usam na gestão das emoções do idoso em transição.

“Ter outra companhia, quando esta cá a enfermeira eu sinto-me mais feliz, do que quando estou só eu e a minha sogra, tenho com quem conversar e falar. O meu marido esta semana está em casa, mas teve um mês fora e vocês conseguem fazer ultrapassar mais facilmente estas fases.” (E2)

Cuidador informal de idosos dependentes: o cuidar, as emoções e as estratégias adaptativas

“Eles dão-me atenção (...)” (E3)

“Eles são uns bons ouvintes (...) e claros são ótimos ouvintes” (E7)

Uma outra estratégia mencionada pelos cuidadores participantes neste estudo foi a transmissão de segurança que os profissionais de saúde lhes transmitem.

“Acho que conseguem, ter outra pessoa em quem eu sinta confiança.” (E2)

“ (...) tiram-nos as dúvidas sempre que necessário em tudo, e assim já fico menos insegura nos cuidados” (E7)

Por outro lado, a sensação de terem apoio técnico disponível ao qual podem recorrer caso estes necessitem, bem como o apoio emocional, são duas das estratégias usadas na gestão das emoções que foram mencionadas pelos participantes.

“Vocês já me ajudam a dizer o que é que eu posso fazer, encaminhar os cuidados” (E1)

“ (...) eu ponho o motivo e eles ajudam-me naquilo que preciso” (E3)

“O meu marido esta semana está em casa, mas teve um mês fora e vocês conseguem fazer ultrapassar mais facilmente estas fases.” (E2)

Efetivamente, a sensação de se sentirem apoiados, bem como a disponibilidade dos profissionais de saúde para os esclarecer sobre as suas dúvidas, tornam-se fundamentais.

“Quando eu precisar deles, eles veem logo” (E2)

“Sempre me ajudaram, o médico quando preciso ele atende, a enfermeira também atende.” (E3)

3- Práticas de Cuidados e Emoções

A discussão dos resultados surge como um passo importante e relevante na interpretação e reflexão dos resultados espelhados no capítulo anterior. Após uma explanação da metodologia empírica, onde constam as questões de investigação e os objetivos de estudo que orientam a nossa investigação, urge agora a necessidade de analisar pormenorizadamente os resultados com base no referencial teórico anteriormente descrito. O intuito é apresentar de forma simples e compreensível o fenómeno em estudo e contribuir para uma melhoria dos cuidados prestados ao cuidador informal e ao idoso dependente.

De acordo com a pesquisa bibliográfica efetuada, identificaram-se alguns setores críticos na área dos cuidados aos cuidadores informais. Os objetivos e questões de estudo, a metodologia empírica e a nossa experiência fomentaram o nosso estudo, no sentido de proporcionar um aumento do conhecimento neste âmbito. Desta forma procurámos triangular os resultados mais relevantes.

Este estudo centra-se em três temas interligados: o envelhecimento da população, os cuidadores informais e prestação de cuidados a idosos, e as emoções decorrentes desta atividade. Estes temas constituem problemáticas para quais a sociedade em geral já se está a consciencializar no sentido de obter as soluções mais adequadas. Neste estudo efetua-se uma interligação entre os temas de forma a analisá-los individualmente e em conjunto.

A sociedade está cada vez mais consciente de que o envelhecimento da população mundial acarreta problemas que carecem de ser solucionados (Vandepitte et al., 2016). Com o aumento da esperança média de vida, o aparecimento de patologias incapacitantes têm vindo a ser cada vez mais prevalentes (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007). É necessário desenvolver mecanismos a nível social que possam atender às necessidades dos idosos dependentes (DGS, 2004), e verifica-se que os sistemas de assistência existentes não são em quantidade os mais adequados (Abreu, 2003). Neste sentido, têm surgido os cuidadores, que muitas das vezes assumem o papel de forma quase inconsciente, sendo que o cuidar emerge de forma natural, mas abrupta (Araújo, *et al.*, 2009; Sequeira, 2007). Efetivamente, os cuidadores têm necessidade de formação/informação adequada, no

sentido de atenderem a uma multitude de situações que podem surgir no decorrer da atividade de prestação de cuidados a idosos (Quaresma, 1996; Silva, *et al.*, 2013).

3.1. O papel do cuidador informal e as representações da pessoa dependente

A avaliação do grau de dependência dos idosos foi realizada na nossa investigação recorrendo ao Índice de Barthel. De acordo com este instrumento, é possível verificar a capacidade funcional de um indivíduo na realização das atividades diárias. Foram avaliadas 10 atividades do dia-a-dia: o comer, a higiene pessoal, o uso dos sanitários, o tomar banho, vestir e despir, o controlo dos esfíncteres, o deambular, o transferir da cama para a cadeira e vice-versa, e o subir e descer escadas.

De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que uma grande parte dos idosos em estudo eram incontinentes ou necessitavam de um enema para poder evacuar (39,0%) e 30,1% podiam apresentar um acidente ocasional. Relativamente à capacidade de urinar, constatou-se que a maioria dos idosos eram também incontinentes ou encontravam-se cateterizados e incapazes de o fazer por si (39,8%), e 30,1% indicaram ser possível a ocorrência de um acidente ocasional (máximo uma vez em 24 horas). Adicionalmente, a maioria dos participantes necessitavam de ajuda nas atividades de higiene pessoal (60,2%), sendo que 42,3% apresentavam-se totalmente dependentes para ir à casa de banho e verificou-se que 38,2% dos indivíduos indicaram necessitar de ajuda. No que concerne à deslocação, grande parte dos indivíduos (35,0%) demonstrou ser incapaz de o fazer sem ajuda de terceiros, sendo que não possuíam equilíbrio ao sentar-se, seguindo-se a prevalência da necessidade de grande ajuda física para se poderem deslocar, mas tendo aferido conseguir manter o equilíbrio quando sentados (33,3%). Constatou-se que um grande número de idosos encontravam-se imobilizados (33,3%) ou conseguiam andar desde que tivessem ajuda de uma terceira pessoa (30,9%). Um outro indicador da dependência dos idosos avaliou a necessidade de ajuda para vestir/despir, sendo que a maioria destes indivíduos, embora carecesse de ajuda, conseguiam fazer cerca de metade desta tarefa sozinhos (47,2%). No entanto, uma elevada percentagem demonstrou ser totalmente dependente da ajuda de terceiros na realização desta função (36,6%). Na atividade subir as escadas verificou-se que estas pessoas efetivamente necessitam de ajuda

de terceiros (48,0%), e 44,7% era incapaz de realizar esta atividade. Mais de metade da amostra apresentou-se dependente no tomar banho (61,0%). Por outro lado, na atividade de se alimentar, os idosos eram mais independentes, sendo que a maioria ou conseguia fazê-lo sozinho desde que a comida lhe seja fornecida, ou necessitava de alguma ajuda (36,6%).

Deste modo, obteve-se um elevado número de indivíduos com um grau de dependência Muito Grave, ou seja, 35,8% dos idosos são dependentes dos seus cuidadores para a maioria das atividades diárias, seguindo-se o grau de dependência moderado (22,8%) e grave (19,5%). É interessante ressaltar que nesta amostra, somente 3,3% dos participantes eram independentes nas suas atividades do dia-a-dia.

Os altos níveis de dependência que estes idosos apresentavam têm sido comuns em diversos estudos nacionais (Brito, 2002; Figueiredo, 2007; Imaginário, 2004; Sequeira, 2007, 2013). Vários tipos de patologias e sintomatologias associadas foram identificadas pelos cuidadores informais entrevistados como problemas presentes no idoso, sendo que podem estar associados ao elevado grau de dependência em que se encontravam estes indivíduos. Baumann e Dang (2012) corroboram a ideia de que as doenças crônicas podem tornar-se incapacitantes para a realização das suas atividades de vida diárias.

Tal como se pode verificar pelos resultados obtidos, a amostra é constituída maioritariamente por idosos cuja idade está compreendida entre os 77-82 anos (28,4%), seguida de indivíduos entre os 83-88 anos (26,1%). Os resultados encontrados evidenciam um grande número de indivíduos com idade avançada, corroborando com os resultados do envelhecimento da população portuguesa através dos CENSOS de 2011, que enfatizam o envelhecimento da nossa população (INE, 2012a). Efetivamente, de acordo com os resultados apresentados por esta agência, prevê-se um aumento de idosos, verificando-se que em 2050 existirão cerca de 3 idosos por cada jovem, e que em 2060 o peso relativo da população com 65 ou mais anos será de 32,3 %, afigurando-se um índice de envelhecimento de 128, ou seja, por cada 100 jovens há 128 idosos (INE, 2012a). Este aumento do número de população idosa deve-se ao aumento da duração média de vida (causada por melhores condições de saúde, higiene, entre outras) (Imaginário, 2004), mas também à drástica diminuição do número de nascimentos (INE, 2012a; Oliveira, 2008).

Uma outra característica interessante da amostra em estudo é a prevalência do género feminino, que corresponde a 65,9% dos idosos. Estes resultados são comuns aos

dos Censos de 2011, onde se apurou que a população residente em Portugal apresentava um maior número de mulheres e que esta predominância de género é também dominante nas faixas etárias mais elevadas, pois apresentavam um índice de longevidade mais alto (INE, 2012a). Tal facto poderá estar relacionado com o aumento da esperança de vida do género feminino, comparativamente com o masculino. Efetivamente, e de acordo com a OMS, as mulheres vivem mais tempo do que os homens, por razões de carácter biológico (as mulheres demonstram uma infância mais saudável, assim como na idade adulta particularmente até à menopausa), de cariz social (o homem enfrenta a dureza do trabalho), causas ocupacionais e estilos de vida (provocam aumento da mortalidade no homem) (WHO, 1999).

Por outro lado, o envelhecimento da população importa aos membros da família novos desafios, principalmente na manutenção do idoso no domicílio, dado que as respostas sociais não conseguem responder de forma adequada às necessidades urgentes de cada idoso dependente (Sequeira, 2007). No entanto, esta é a década em que se acentuam as alterações do lugar da família na sociedade e em que se observa um aumento do número de famílias unipessoais constituídas por um elemento idoso (INE, 2012a), o que pode causar dificuldades na gestão familiar, quando um membro próximo necessita de apoio devido à sua dependência.

Neste sentido, é fundamental que a sociedade encontre mecanismos de auxílio a estes idosos e às suas famílias. Atualmente, há uma necessidade inadiável de colocar à disposição de cada família as respostas sociais e de saúde que elas necessitam (Sequeira, 2007). Assim sendo, é de extrema relevância que os idosos dependentes tenham acesso a apoio domiciliário e centros de dia. De acordo com os resultados obtidos neste estudo, verifica-se que a esmagadora maioria da amostra, isto é, 80,7% dos participantes indicou não ter acesso a apoio domiciliário e 97,7% não tem acesso aos centros de dia. De facto, verificou-se somente uma inversão desta tendência quando os participantes foram questionados sobre apoio dos profissionais de saúde através das visitas domiciliárias, isto é, 90,9% dos inquiridos tinham acesso a este serviço essencial de prestação de cuidados de proximidade. Os resultados demonstram que, pelo menos no que diz respeito ao acesso ao Sistema Nacional de Saúde e à colaboração dos seus profissionais, os idosos dependentes e os seus cuidadores encontravam-se apoiados na sua globalidade. É, no entanto, preocupante a obtenção de índices tão elevados de ausência de acesso a apoio domiciliário

e a centros de dia. Estes serviços sociais são fundamentais, não só para o idoso, como também para os seus cuidadores.

No apoio domiciliário os idosos e seus cuidadores são auxiliados em tarefas que os cuidadores não sabem efetuar ou não o conseguem fazer sozinhos. É frequente que os cuidadores dos idosos dependentes sejam os seus cônjuges e que também eles tenham uma idade avançada, pelo que é fundamental o auxílio de terceiros em tarefas como a limpeza e organização da casa, ou até mesmo em algumas das atividades de higiene do idoso. Por outro lado, os centros de dia proporcionam entre outras coisas, atividades sociais, o que é essencial para o idoso, nomeadamente para a sua estimulação cognitiva. Adicionalmente, o tempo que os idosos passam nos centros de dia pode ser usado pelos cuidadores para atividades independentes. Esta “*pausa nos cuidados*” é crucial para os cuidadores informais, na medida em que é uma forma de poderem centrar as suas atenções numa atividade não relacionada com a prestação de cuidados. Isto é fundamental para a qualidade de vida e bem-estar emocional, o que se reflete no aumento da qualidade de vida e bem-estar do idoso dependente (Harding, et al., 2011).

É ainda necessário equacionar estes resultados com as características demográficas da população em causa. A amostra deste estudo reside no concelho da Trofa, e de acordo com os resultados publicados pelo INE (2012), tem vindo a assistir ao fenómeno de duplo envelhecimento, isto é, um aumento da população idosa concomitantemente com uma redução da população jovem. Neste sentido, o acesso a apoio domiciliário e centros de dia é basilar e a sua ausência deverá ser estudada, avaliando a forma como estes recursos estão disponíveis na sociedade, nomeadamente no concelho da Trofa.

Após a caracterização da amostra de idosos, irá proceder-se à discussão dos resultados relativos ao perfil dos cuidadores informais e aos papéis que estes assumem no âmbito da prestação de cuidados.

De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que os cuidadores possuíam maioritariamente 50 ou mais anos. Os resultados são corroborados por diversos estudos, pois verifica-se um aumento dos cuidadores com idades acima dos 50 anos, ou seja, tem-se vindo a assistir cada vez mais a situações em que os idosos são cuidados por idosos (Cardoso et al., 2012; Ferreira, 2009; Figueiredo, 2007; Inouye, et al., 2008; Miguel, et al., 2010; Pimenta, et al., 2009; Reckrey et al., 2013). Para Figueiredo (2007), a idade do

cuidador e do idoso varia proporcionalmente uma à outra, ou seja, quanto maior for a idade do idoso, maior será a do cuidador e, como verificámos no nosso estudo, a maioria dos idosos possuem idade superior a 77 anos e seus cuidadores idades superiores a 50 anos.

Uma outra variável em análise na caracterização dos cuidadores é o género. Os resultados obtidos indicaram um predomínio do sexo feminino (87,5%). Constatou-se que ao longo do tempo, a função de cuidador tem vindo a incidir principalmente sobre as mulheres, que são historicamente as principais cuidadoras dos familiares idosos, sendo que este facto é apoiado numa vastíssima literatura nacional e internacional (Aoun et al., 2015; Figueiredo, 2007; Inouye, et al., 2008; Miguel, et al., 2010; Moraes & Silva, 2009; Pimenta, et al., 2009; Reckrey et al., 2013; Sequeira, 2007).

A bibliografia fundamenta que a distinção entre os géneros sempre existiu, atribuindo-se à mulher funções de manutenção da casa e da família, e ao homem o sustento da casa, sendo que as funções principais do homem decorrem maioritariamente no exterior do domicílio (Sequeira, 2007). Quando o cuidado é prestado por homens, normalmente esses cuidados são realizados à esposa ou então existe algum grau de parentesco entre ele e a pessoa dependente (Ribeiro, 2005; Wackerbarth & Johnson, 2002). Tais factos resultaram numa especialização das tarefas entre géneros (Martín, 2005).

A relação direta foi um dos fatores apresentados neste estudo como determinante na assunção do papel de cuidador informal, e após a realização das 8 entrevistas aos cuidadores informais verificámos que um dos motivos para a assunção do papel de cuidador são razões de índole pessoal/ familiar: “*Motivos Pessoais! É o ser minha mãe!...*”, “*Para já porque sou filha...*”, “*(...) Os motivos são mais pessoais e familiares*”. Ainda vivemos numa sociedade onde o apoio a idosos é prestado inicialmente e fundamentalmente pela família (Sequeira, 2007).

O grau de parentesco é um fator determinante na assunção deste papel, tal como se verificou anteriormente. Motivos de gosto pessoal também foram apresentados como relevantes para os cuidadores informais: “*O gostar do serviço que eu faço, cuidar de idosos*”, “*O gostar de cuidar de idosos, pois não é a primeira vez que tomo conta de idosos.*”. Estas afirmações surgem em linha concetual com o trabalho de Quinn, Clare e Woods (2010) quando referem que algumas das motivações para o cuidado surgem da necessidade do ser humano ajudar o outro e gostar de auxiliar o próximo.

É também necessário analisar os fatores de ordem económica/financeira. Este resultado é interessante, na medida em que pode ser interpretado por duas vias. Por um lado, havia-se verificado anteriormente que a maioria da amostra em estudo indicava não ter acesso a qualquer tipo de apoio domiciliário ou de centros de dia, o que poderá estar associado a problemas monetários. Efetivamente, muito embora alguns desses serviços possam ser prestados de forma gratuita por instituições estatais, tem-se verificado longas listas de espera, o que poderá limitar o acesso a este tipo de auxílio, levando os familiares a tornarem-se cuidadores dos idosos, por falta de alternativas economicamente viáveis: “*o dinheiro*”, “*foi a razão económica*”, “*a nível económico não podia ter aqui ninguém a cuidar dele, pois não podia pagar*”. Por outro lado, existem os subsídios sociais de apoio a dependentes que, num país onde a carência económica é uma realidade, este tipo de apoio podem ser fundamentais para as famílias, como foi referenciado durante as entrevistas por alguns cuidadores.

Por outro lado, alguns cuidadores indicaram que o principal motivo que os levou a assumir este papel foi o dever moral ou motivos de ordem religiosa. Em Portugal e nos restantes países do sul da Europa, ainda subsiste o dever moral de cuidar de alguém que se encontra incapacitado, principalmente se existir um laço afetivo/familiar para com esta pessoa (Figueiredo, 2007; Pimenta, et al., 2009).

Nesta investigação verificou-se que os cuidadores eram maioritariamente casados (80,7%) e predominantemente familiares dos idosos dependentes. Apesar das diferenças entre realidades nacionais e internacionais, alguns estudos demonstram possuir cuidadores informais com características semelhantes quando ao estado civil e parentesco com o idoso (Figueiredo, 2007; Inouye, et al., 2008; Moraes & Silva, 2009; Nichols, et al., 2009; Pimenta, et al., 2009; Reckrey et al., 2013; Rosa, et al., 2010).

Surgem assim, várias investigações que descrevem que os graus de parentesco mais comuns entre os idosos e os cuidadores são os diretos, isto é, filhos, principalmente as filhas e os cônjuges, nomeadamente as esposas assumem a responsabilidade dos cuidados. Estes resultados apoiam a justificação da permanência do idoso no domicílio (Figueiredo, 2007; Haug, et al., 1999; Inouye, et al., 2008; Sequeira, 2007). Também Sequeira (2007) constatou que há novamente um aumento dos cuidados às pessoas com dependência no seio da própria casa ou na casa dos familiares, ou seja, todos os cuidados de promoção,

manutenção da saúde e prevenção da doença são realizados no domicílio. No entanto, as relações familiares não são fonte exclusiva de resposta para a manutenção do idoso no domicílio, sendo que também existem fatores sociais e institucionais que explicam essa razão, bem como a experiência e a estrutura das relações sociais (Martín, 2005), tal como referimos anteriormente.

Tendo em conta o papel fundamental que os cuidadores informais assumem na vida dos idosos dependentes, particularmente na compreensão da informação / formação transmitida tanto pelos profissionais de saúde, como por outros membros da comunidade, tornou-se relevante para o nosso estudo o conhecimento do seu grau de escolaridade. A maioria dos cuidadores informais apenas frequentou o ensino básico, ou seja, possuíam um baixo grau de escolaridade (64,8%). Também documentado em outros estudos, constatou-se que os cuidadores informais possuem um baixo nível de escolaridade (Inouye, *et al.*, 2008; Nakatan, *et al.*, 2003; Pimenta, *et al.*, 2009). No entanto, os Censos de 2011 evidenciaram que o nível de escolaridade médio dos portugueses tem vindo a melhorar, sendo que a taxa de analfabetismo recuou de 9%, em 2001, para 5,2% em 2011 (INE, 2012a).

No sentido de reforçar a premissa da importância do nível de escolaridade do cuidador, Fernandes e Garcia (2009) apontaram que quanto menor o grau de escolaridade da mulher, mais alterações emocionais podem evidenciar como resultado da assunção do papel de cuidadora familiar do idoso dependente. Estes autores referiram também que quanto menor é a escolaridade, menor será o número de salários que recebem mensalmente, o que poderá provocar fontes de tensão no cuidador. Como abordado anteriormente, um dos motivos de assunção dos cuidados foi o fator económico. Os nossos cuidadores apresentavam um nível de escolaridade baixo, podendo isso estar relacionado com as necessidades de assumir as tarefas de cuidador informal, no sentido de não possuir outras alternativas económicas e poderem daí sustentarem o idoso e a si próprios.

A atividade profissional é um fator decisivo na assunção do papel de cuidador. Mais de metade dos cuidadores questionados não possuíam atividade laboral fora do domicílio, tendo-se verificado uma prevalência de cuidadores domésticos, que correspondeu a 48,9% dos participantes, seguido de aposentado que foi relatado por 11,4% dos cuidadores. O contributo de trabalho de Figueiredo (2007) reforça os resultados do nosso estudo e refere que na União Europeia é pouco comum haver uma sobreposição da

tarefa de cuidar com a atividade laboral. Matthews e colaboradores (1989 citado por Martín, 2005) incidem principalmente na alteração das tarefas do cuidador influenciadas pelo estatuto laboral, ou seja, se os familiares se encontram desempregados e residem próximos do familiar dependente, então assumem maior número de tarefas, do que os outros familiares que trabalham e que só podem assumir tarefas pós laborais de cuidado.

Contudo, ao contrário do que algumas bases teóricas sustentam, tem-se verificado uma alteração da estrutura do cuidado, principalmente com a introdução da mulher na produção laboral. Ferreira (2009) refere que a maioria dos cuidadores possui uma atividade laboral, principalmente no setor terciário, o que não é verificado no nosso estudo. Deste modo, não será surpreendente verificar que as duas ocupações profissionais mais prevalentes são domésticos e aposentados, sendo que ambos os grupos dedicam uma grande parte da sua vida diária ao cuidado do idoso. Na sua totalidade, estes dois grupos, os cuidadores domésticos e os aposentados, perfazem mais de metade dos casos de cuidadores que não possuem atividade profissional.

Quando questionários se têm uma atividades secundária, a maioria dos participantes (85,2%) indicou não ter uma outra atividade secundária. Um dos motivos apontados para a ausência de uma atividade secundária por parte dos cuidadores é a idade, na medida em que é frequente em idades mais avançadas os indivíduos estarem reformados ou possuírem a atividade de domésticos (Jani-Le Bris, 1994).

Uma outra variável em análise é o tempo da prestação de cuidados aos idosos dependentes. Neste caso, verificou-se que uma grande parte dos cuidadores já prestava cuidados a idosos entre 1-3 anos (29,5%), seguidos de 15,9% dos inquiridos que indicaram já exercer esta atividade há mais de 9 anos. Os resultados obtidos para esta variável são de certo modo espectáveis, na medida em que é frequente a prestação de cuidados de longa duração. Estes resultados estão patentes na literatura, pois ao cuidador é imposta a prestação de cuidados de forma contínua e duradoura (Elliott, et al., 1999; Vieira, et al., 2011). Efetivamente, com a melhoria a nível farmacológico e de cuidados de saúde, a esperança de vida para pessoas com doenças incapacitantes aumentou consideravelmente, o que se reflete em tratamentos de longa duração (Imaginário, 2004). A realidade portuguesa espelha a realidade de muitos outros países da comunidade europeia (Ferreira, 2009; Heierie, 2004; Jani-Le Bris, 1994).

No que concerne aos tipos de apoios que os cuidadores informais desenvolvem diariamente nas pessoas dependentes, verificou-se que a maioria destes indivíduos presta cuidados nas dimensões Físicas/Pessoais (94,3%), Domésticas (97,7%), Emocionais/Psicológicas (98,9%) e Sociais (95,5%). Relativamente à dimensão financeira, verificou-se uma divisão quase igualitária entre os cuidadores que desempenham aqui um papel fundamental (48,9%) e os cuidadores que não têm qualquer papel de suporte financeiro ao idoso que cuidam (51,1%). De facto, o ser humano é um ser multidimensional, com uma esfera física, social e psicológica, e o tratamento e acompanhamento de uma pessoa idosa deve ser efetuado em todas estas esferas/dimensões, como verificámos pelos resultados obtidos.

O contributo do trabalho de Gonçalves, Costa, Martins, Nassar e Zunino (2011) demonstrou ainda não haver consenso na descrição das atividades realizadas pelos cuidadores informais, tal como foi descrito por Montgomery e Kosloski (2009) quando afirmaram que a generalização de um relato de um cuidador sobre as atividades que desempenha deve ser feita com muito cuidado, porque cada cuidador enfrenta diferentes problemas mediante as suas características e as características do idoso.

No nosso estudo definimos um domínio referente às atividades de prestação de cuidados, da qual surgiram 4 categorias: a substituição, a ajuda parcial, a orientação e a supervisão abordadas de acordo com o referencial teórico de Sequeira (2007). Os resultados obtidos neste domínio serviram para fundamentar os resultados auferidos anteriormente, na medida em que quando se avaliou o grau de dependência dos idosos, através da escala de Barthel, verificou-se que estes indivíduos possuíam um elevado grau de dependência, sendo que estes resultados vão ao encontro dos que foram relatados no decorrer das entrevistas e da qual os cuidadores narraram a substituição em diversas atividades diárias: *“Higiene, alimentação, tudo o que é preciso nos cuidados ao doente”*, *“Dar um banho, vestir, fazer como num bebé (...)”*, *“Ela está dependente de tudo(...)”*, *“Alimentação, dou-lhe a medicação (...)”*. Esta substituição ocorre quando existe no idoso uma incapacidade total para o desempenho de uma determinada tarefa de forma a proporcionar bem-estar à pessoa (Sequeira, 2007). Os cuidadores apontaram os problemas físicos e o grau de dependência como Problemas do idoso, afirmando que fomentam alterações na autonomia do idoso, tal como Spar La Rue (2005) declara. Deste modo, sublinha-se a importância da estimulação das competências do cuidador informal, pois

estes resultados estão também documentados noutros estudos (Finlayson & Cho, 2008; Vieira, *et al.*, 2011).

À semelhança da nossa investigação, vários estudos desenvolvidos no mesmo âmbito apresentaram inúmeras atividades efetuadas pelos cuidadores que se prendem com a cooperação na prestação de cuidados físicos, como nos cuidados de higiene corporal, alimentação, eliminação, locomoção, posicionamentos e transferências, promoção e estimulação de atividades de lazer e ocupacionais. Em relação às atividades domésticas, mencionaram que os cuidadores asseguravam a higiene da casa, assim como todos os trabalhos domésticos pesados e leves, favorecendo um ambiente seguro e confortável (Finlayson & Cho, 2008; Neri, 2000; Vieira, *et al.*, 2011).

Os problemas emocionais também foram identificados pelos cuidadores: *“ele fecha-se e não mostra muita coisa, não sei se sente alegria, tristeza, não sei porque ele não mostra isso”, “a nível emocional, ele emociona-se com qualquer coisa (...) chora”, “a nível emocional é muito emotiva, basta ouvir de alguma coisa e já fica transtornada”*. Neste contexto, o cuidador, a família e a equipa de profissionais de saúde devem adotar uma postura solidária com o idoso, escutando-o e confortando-o (Finlayson & Cho, 2008; Neri, 2000; Vieira, *et al.*, 2011).

3.2. A pessoa cuidada: dependência no autocuidado e gestão do regime terapêutico

O elevado grau de dependência da nossa amostra conduz a uma sobrecarga para o cuidador informal, na medida em que tem que substituir o idoso em muitas das atividades de vida diária. No entanto, esta substituição não deverá ser pacífica, quer isto dizer que o cuidador deverá estimular o recetor de cuidados a iniciar um processo de reavivamento de funções perdidas ou esquecidas.

Deste modo, sublinha-se a importância de estimular a autonomia perdida, nem que seja em minuciosos pormenores das atividades de vida diárias. Os prestadores de cuidados devem insistir em promover o autocuidado, fomentando assim a saúde e qualidade de vida

(Soderhamn, 2000), e conseqüentemente impulsionar a manutenção do idoso no domicílio (Backman & Hentinen, 1999).

O autocuidado surge como um conceito central da enfermagem. Com o objetivo de analisar o discurso dos cuidadores entrevistados recorreremos à análise de conteúdo, e criamos a dimensão Capacidade de Autocuidado como bloco de análise. Um dos domínios analisados foram as limitações da pessoa cuidada, para o qual foram criadas várias categorias. Os cuidadores identificaram como mais frequentes e relevantes as limitações físicas, limitações na gestão do regime terapêutico, dificuldades na fala, dificuldades em exprimir emoções, e alterações na memória. Seguiram-se os domínios referentes às atividades de estimulação no idoso e as atividades desenvolvidas pelo cuidador, no sentido de adquirir conhecimentos para o estimular.

A estimulação é a melhor forma de retardar os efeitos do envelhecimento (Zimerman, 2000) e deverá ocorrer um envolvimento nos cuidados, no sentido de provocar a mudança e reconstruir a autonomia dos indivíduos (Orem, 2001). Os relatos dos cuidadores demonstraram interesse em estimular determinadas capacidades do idoso “ (...) *eu tentava que ela pegasse na fruta*”, “ (...) *mas no fim do banho dou-lhe a esponja para a mão, e digo para ela passar nos locais onde chega, (...)*”. Estas atividades de estimulação são de importância primordial, tanto para o idoso como para o cuidador. O idoso, mediante estimulação, poderá adquirir capacidades até aí perdidas ou esquecidas, obtendo a autonomia possível. Estas considerações são corroboradas por outros trabalhos de investigação, nomeadamente Apóstolo, Cardoso, Marta e Amaral (2011) que sugerem que a Estimulação Cognitiva seja incluída nos programas de cuidados a pessoas idosas, de forma a contribuir para a preservação da sua capacidade cognitiva e funcional e, como resultado, possibilitar um maior nível de independência.

Quando questionados sobre a forma como adquiriram conhecimentos para estimular o idoso, muitos dos prestadores de cuidados referem não recorrer à formação nesta área, pois indicaram não ter tempo para frequentar cursos de formação. A verdade é que de acordo com os relatos, muitos dos cuidadores fazem-no de forma quase inconsciente através da visualização e questionamento das intervenções dos profissionais de saúde ou auxiliares aquando da visita domiciliária: “*As senhoras da santa casa e as enfermeiras e faço como vejo, pergunto a elas (...)*”, “*(...) também a equipa de enfermagem*

do centro de saúde ensinaram-me a fazer vários exercícios e eu apliquei-os, desde a roldana.”.

No sentido de responder adequadamente às carências de cada idoso dependente no domicílio, devido ao aumento do número de doenças crónicas e incapacitantes, nomeadamente ao regime terapêutico que é instituído singularmente, responsabilizam-se os cuidadores informais na gestão e adesão plena ao regime terapêutico atribuído (WHO, 2003). Para análise e discussão da gestão do regime terapêutico definiram-se os seguintes domínios: regime terapêutico atribuído, dificuldades do cuidador na gestão do regime terapêutico, reação do idoso ao regime terapêutico e resolução de dúvidas do cuidador.

Quanto ao regime terapêutico atribuído e às dificuldades do cuidador na sua gestão, verificou-se que estes eram maioritariamente capazes de compreender toda a terapêutica farmacológica e não farmacológica prescrita para o idoso: *“Tratar desta parte da medicação não me causa confusão”, “Como os medicamentos já estão todos indicados, não tenho dificuldades.”.* Constatou-se que os cuidadores quando tinham dúvidas ou não se sentiam à vontade com algum pormenor da terapêutica prescrita, não hesitavam em recorrer aos profissionais de saúde para se esclarecerem, particularmente enfermeiros e médicos. Esta é uma atitude muito positiva que indica não só o interesse que têm na sua atividade de prestação de cuidados e que foi identificada nos resultados do questionário QAE, mas que também mostra a existência de um canal de confiança entre os cuidadores e os profissionais de saúde.

A relação dinâmica é fundamental na manutenção do bem-estar e qualidade de vida do idoso e cuidador. À semelhança deste estudo, a *International Council of Nurses* (2009) refere que a prática de cuidados aos indivíduos com necessidades de terapêutica adequada e hábitos de vida regrados à sua condição, implica a existência de alguém que colmate essas necessidades. É neste contexto que surgem os enfermeiros como personagens fundamentais para avaliar, diagnosticar, intervir e monitorizar os resultados relacionados com a adesão e gestão. Adicionalmente, constatou-se que alguns dos idosos ainda eram capazes de fazer a gestão da sua terapêutica e que a maioria reagia de forma positiva ao regime terapêutico atribuído.

No entanto, foi reportado por alguns cuidadores que os recetores de cuidados reagiam negativamente a algumas situações pontuais, *“a minha mãe fica bloqueada, (...),*

outras pessoas a dar medicação e comida ela fica transtornada.”, “ (...) *a nebulização que tira da boca.*”. Nesse sentido, é necessário auxiliá-los a identificar o porquê da não adesão e tentar reverter a situação, até porque a sua adesão é fundamental para a terapêutica em si e para a obtenção de bem-estar (Bugalho & Carneiro, 2004; WHO, 2003).

Devem ser utilizadas estratégias no sentido de ultrapassar as barreiras existentes. Neste contexto, o trabalho de investigação de Bugalho e Carneiro (2004) dividiu o tipo de estratégias implementadas em: estratégias educacionais (obtenção de conhecimentos sobre a doença e o tratamento) e comportamentais (mecanismos de adaptação e facilitação na adesão terapêutica). O profissional de saúde deve realizar avaliações contínuas das intervenções implementadas, no sentido de verificar o que falhou e, assim, implementar novas intervenções (Farmer, 1999; Margalho, et al., 2009).

3.3. O impacto da prestação de cuidados

Por todas as situações verificadas anteriormente, nomeadamente pelas responsabilidades que são acrescidas às atividades diárias desenvolvidas pelos cuidadores informais, verificamos que esta condição pode-se tornar extenuante. Assim sendo, é necessário que os cuidadores informais desenvolvam mecanismos de escape, isto é, desenvolvam formas de aliviar possíveis stresses advindos da tarefa de cuidar (Sequeira, 2013). Neste sentido, considerou-se pertinente questionar os prestadores de cuidados informais da nossa investigação sobre o grau de satisfação/ insatisfação, analisando o impacto da prestação de cuidados.

Importa sublinhar que perante os resultados obtidos verificou-se que os cuidadores apontavam maioritariamente conseguir enfrentar positivamente as suas tarefas de prestação de cuidados muitas vezes (46,6%), e 39,8% referiram por vezes conseguem enfrentar de forma positiva esta função, incidindo como algo exigente muitas vezes (51,1%). Assim sendo, não será surpreendente verificar que a maioria dos cuidadores indicaram por vezes possuir uma vida social restrita (45,5%), e 43,5% referiu que muitas vezes a sua vida social é limitada, pois prestar cuidados a idosos é uma tarefa que lhes ocupa muito tempo, não havendo portanto disponibilidade para se dedicarem a outras atividades sociais. Seguindo esta linha de pensamento, o facto de a maioria dos inquiridos ter revelado que muitas vezes

sentem que prestar cuidados significa que *"não têm 1 minuto"* para si mesmo (56,8%) é concordante com os resultados obtidos anteriormente. Esta sensação de falta de tempo dos nossos participantes é reforçada pela perspectiva de Sequeira (2013), que narra que os cuidadores não possuem tempo para descansar, pois sentem-se implicados na prestação de cuidados durante 24 horas (Sequeira, 2007), conduzindo a alterações na saúde do cuidador.

No mesmo sentido, os prestadores de cuidados afirmaram que esta tarefa tinha um efeito negativo na sua saúde física muitas vezes (53,4%), e um efeito negativo no seu bem-estar emocional muitas vezes (46,6%), sendo que 40,9% afirmaram que por vezes estas tarefas têm influência no seu bem-estar. Pimenta, Costa, Gonçalves e Alvarez (2009) defendem que os cuidadores conseguem perceber que o seu próprio estado de saúde é algo que se degrada, necessitando eles próprios de cuidados de saúde, e insistem que esta ocupação reduz o tempo de lazer, o que leva a que eles se sintam cada vez mais deprimidos e stressados, sem tempo para cuidar de si próprios. Estes resultados seguem a mesma linha de pensamento dos participantes da nossa investigação.

A sensação de que não têm tempo livre pode ser causadora de elevadas fontes de sobrecarga que estão frequentemente associadas a sintomas depressivos (Brito, 2002; Morris, et al., 1989; Papastavrou, et al., 2012). Nesta ótica, é fácil de compreender que a maioria dos inquiridos indicou que sentiam que esta atividade causava dificuldades no seu relacionamento com os amigos e família.

Os cuidadores informais que foram submetidos à entrevista identificaram também algumas repercussões negativas relativas ao papel de prestador de cuidados: sobrecarga, falta de conhecimento/incapacidade de atuação, falta de apoio no cuidado, isolamento, preocupação, sentimento de incapacidade, desistência da pessoa cuidada e falta de tempo. Relativamente à sobrecarga, os cuidadores referiram: *"É muito cansativo, é muito cansativo, porque é de dia e de noite, são 24 sobre 24 horas (...), " (...) faço muito esforço, e ao fim do dia não posso nada com o meu corpo (...)"*. Esta falta de tempo e sentimento de cansaço vão ao encontro dos resultados anteriormente descritos e verificados através do questionário Cuide. Esta sobrecarga conduz à diminuição do sentimento de bem-estar e aumento do número de doenças (Pearlin *et al*, 1990 citado por Figueiredo, 2007).

Os testemunhos corroboram os resultados anteriores que identificaram a falta de apoio domiciliário e alguns relatos reconheceram falta de apoio familiar: “ (...) *eu não tinha ninguém que viesse cá ajudar, aí é que me custava muito, sinto necessidade de ter alguém a apoiar (...)* ” “*Em relação às minhas irmãs, às vezes passam-se dois meses que não vêm ver a minha mãe, às vezes ligam a perguntar se ela esta bem (...)* ” e que também pode ser relacionada com o aumento de sobrecarga nos cuidadores e uma falta de tempo para si próprios, acusando isolamento devido à disponibilidade de tempo que é necessário para responder às necessidades destes idosos: (...) *mas estou mais fechada dentro de casa, estou mais fechada, (...)* ”, “*Eu não posso sair com o meu marido a lado nenhum.*”, “*Não tenho tanta liberdade, às vezes evito de ir aqui ou ali para não o deixar só (...)* ”, estas afirmações vão ao encontro do que é descrito na literatura quando se verifica uma diminuição de atividades sociais frequentadas pelos cuidadores devido à diminuição de tempo para o poderem fazer (Li & Murray, 2015), pois encontram implicados 24 horas na prestação de cuidados (Vandepitte et al., 2016).

No entanto, e à semelhança do que se tinha verificado anteriormente, os cuidadores sentiam alguma falta de apoio domiciliário, muito embora, alguns tenham salientado o importante apoio da Santa Casa da Misericórdia em tarefas de higiene, preparação da alimentação e tratamento de roupa.

Quando se enquadram estes resultados com os obtidos para as variáveis sociodemográficas dos idosos ao acesso a apoio domiciliário e centros de dia, é possível equacionar uma possível relação entre esta tensão de sobrecarga que os cuidadores indicaram e o facto não terem um apoio que não só os auxilie em tarefas domiciliárias, como lhes proporcione algum tempo para si próprio.

No entanto, quando se questionaram os cuidadores sobre se sentiam que estavam devidamente apoiados pelos seus amigos, e /ou vizinhos constatou-se que 42,0% dos inquiridos indicaram sentirem-se por vezes apoiados nas tarefas do cuidar, e 26,1% indicaram que se sentiam apoiados muitas vezes. A literatura fundamenta a importância dos apoios não pertencentes à família e que são essencialmente fornecidos pela comunidade, vizinhos, padre/pastor ou amigos. O papel do vizinho é particularmente importante em casos de urgência ou de grande necessidade por parte dos cuidadores primários (Nardi & Oliveira, 2008). Normalmente, os amigos e vizinhos apoiam nos

cuidados quando o cuidador principal do idoso ausenta-se temporariamente do local onde o idoso se encontra, chegando mesmo a auxiliar em tarefas que o cuidador sozinho não consegue realizar (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007; Sousa, et al., 2006). As afirmações resultantes da entrevista corroboram os resultados obtidos através da aplicação do questionário COPE-CUIDE, pois a maioria dos cuidadores referiu que os idosos mantinham uma boa relação com esta rede de suporte.

Relativamente ao apoio prestado pela família, referiram que muitas vezes se sentem suficientemente apoiados (37,5%) e 35,2% dos cuidadores mencionaram que por vezes sentem o apoio da família, no entanto, durante a realização da entrevista os relatos dos prestadores de cuidados demonstraram falta de apoio, principalmente dos familiares mais chegados como os filhos dos idosos. Igualmente em linha concetual com os resultado do questionário Cuide e com os autores referidos anteriormente, podemos constatar que a família e os amigos são muitas vezes o grande apoio dos cuidadores de pessoas em final de vida, apresentando-se saudáveis tanto para o cuidador como para o idoso (Candy, et al., 2011).

A investigação de Sequeira (2013) vai ao encontro do que foi descrito pelos cuidadores da nossa entrevista. Este autor afirmou que os restantes membros da família não ajudam tanto quanto gostariam os cuidadores principais, o que leva à geração de emoções negativas. Os resultados obtidos no estudo deste autor demonstram que os cuidadores de idosos com alterações mentais apresentam maiores dificuldades, essencialmente relacionadas com restrições sociais e de relacionamento.

Os cuidadores informais, quando questionados se a prestação de cuidados lhes trazia satisfação pessoal, é interessante verificar que um grande número indicaram que sim, que muitas vezes se sentiam apoiados e satisfeitos. Tal facto poderá estar relacionado com o sentirem por vezes que são valorizados pelo trabalho que desempenham (40,9%), 34,0% afirmaram que sentem essa valorização muitas vezes, ou seja, o sentimento de que o trabalho é reconhecido pela recetora dos cuidados, confere algum bem-estar emocional, que os ajuda a ultrapassar as vicissitudes desta exigente atividade.

O domínio relativo às repercussões positivas associadas ao papel do cuidador informal vem reforçar os resultados anteriores relativos à satisfação e valorização pessoal, surgindo as categorias: laços familiares, a disponibilidade para o idoso, a visibilidade do

bem-estar da pessoa cuidada e o autocontrolo, sendo que estas perceções e fontes de satisfação são evidenciados e descritos na literatura (Brito, 2002; Neri & Sommerhalder, 2002). Um estudo recente também constatou que as cuidadoras beneficiaram no domínio psicológico, apontando para o contato com sentimentos de amor, proximidade e responsabilidade pelo idoso, de sentir-se bem consigo mesmas, estar satisfeitas com esse papel, além de satisfação e sensação de dever cumprido, ressaltaram sentimentos de solidariedade, melhora nas relações e maior coesão com outros familiares (Dahdaha & Carvalho, 2014).

Decorrente das entrevistas realizadas surgiu um bloco temático denominado de representações da pessoa cuidada, que é composto pelos seguintes domínios: características pessoais do idoso, e problemas do idoso. As características pessoais do idoso que são percecionadas pelos seus cuidadores podem influenciar em grande dimensão a sua relação e, conseqüentemente, as repercussões associadas ao cuidar. Uma das respostas mais frequentes foi a caracterização do idoso como tendo uma personalidade agradável “*A minha mãe? Olhe é um anjo na Terra (risos) (...), é um doce de pessoa (...)*”, “*A nível psicológico é uma pessoa acessível (...) com os vizinhos sempre se deu bem, sempre se deu bem com família (...)*”, “*amigo, sempre foi.*”. Quando se enquadraram estas afirmações com os dados analisados previamente, é fácil de perceber que estes se encontram de acordo com as repercussões positivas do ato de cuidar e das emoções positivas de alegria, interesse e sentimento de valorização. Estas tipologias de experiências positivas só são possíveis de se estabelecer quando se verifica uma relação positiva recíproca entre o cuidador e o idoso (Brito, 2002).

O idoso foi referido como uma pessoa religiosa, o que faz sentido tendo em atenção que existe uma elevada percentagem de portugueses devotos a alguma religião, à semelhança de outros contributos literários que se interessaram em analisar a espiritualidade e a religião nos idosos, na medida em que podem ter um papel positivo na saúde e bem-estar dos mesmos (Koenig et al., 2012 citado por Agli, et al., 2015), nomeadamente em reduzir os níveis de depressão e angústia psicológica e melhorar o funcionamento cognitivo preservando a saúde física (Agli, et al., 2015).

Em suma, os cuidadores sentem que as tarefas de cuidar de um idoso dependente são extenuantes, exigentes e que lhes ocupam quase todo o tempo livre, não lhes restando

uma vida social fora desta dicotomia cuidador/idoso. No entanto, sentem-se apoiados em algumas circunstâncias pela família, pelos vizinhos e amigos, sociedade e principalmente pelo idoso que, ao valorizar o esforço do cuidar, acaba por lhe conferir algum conforto e ânimo.

Tendo agora em atenção as perceções mencionadas pelos cuidadores, tornou-se pertinente analisar as emoções dos mesmos.

Uma das formas de analisar a frequência das emoções básicas emergentes do cuidar foi a aplicação do instrumento de recolha de dados QAE (Izard, 1991). A definição de emoção é difícil de definir, no entanto, um dos conceitos que parece ser amplamente aceite contextualiza as emoções como algo determinante na vida do ser humano e que representam uma grande parte da evolução biológica, cultural e da adaptação ao ambiente físico e social dos seres humanos (Darwin, 1872,1965; Ekman & Friesen, 1971; Hamburg, 1963; Izard, 1971; Plutchik, 1980 citado por Izard, 2002), é possuidora de uma componente motivacional que influencia a cognição e a ação (Izard, Stark, et al., 2008) e é adaptável e diretamente relacionável com a experiência, sentimento da emoção/motivação, de forma a aprender habilidades cognitivas, sociais e comportamentais (Izard, 2009).

3.4. As emoções implicadas na prática de cuidados

Neste estudo pretendeu-se avaliar as emoções do cuidador no decorrer da atividade de prestador de cuidados a idosos dependentes, de forma a recolher dados pertinentes que possam auxiliar a equipa de saúde que acompanha o idoso/cuidador a desenvolver mecanismos que possam eventualmente proporcionar um aumento da qualidade de vida e bem-estar do idoso e do seu cuidador. No âmbito desta temática analisaram-se as emoções básicas despoletadas por distintos estímulos e acontecimentos. O número de emoções negativas é substancialmente maior que o número de emoções positivas. Neste contexto, não é de estranhar que a literatura se tenha debruçado em maior quantidade sobre as emoções negativas (Fredrickson, 2004; Strongman, 1998), no entanto, esse não é o propósito do nosso estudo, dado ser importante estudar todas as emoções decorrentes da prestação de cuidados.

Das respostas obtidas pelos cuidadores informais, foi possível sublinhar que a emoção primária positiva Interesse foi vivenciada pela maioria dos cuidadores (42,0%) quase sempre, e 30,7% dos inquiridos indicou sentir esta emoção algumas vezes. Dos relatos resultantes das entrevistas efetuadas podemos conferir que corroboram os resultados anteriores: “ (...) *Despertou-me interesse por cuidar, e alegria, quando sei que mesmo com a doença ainda sente e sabe quem é Jesus Cristo, e para mim é uma alegria, não é?!*”. De acordo com Branco (2004), o interesse motiva a aprendizagem, o desenvolvimento das competências e o envolvimento do ser humano no meio. Neste estudo constatou-se que o interesse foi uma emoção que ajudou a salvaguardar a permanência dos idosos no domicílio por longos períodos de tempo, estimulando o cuidador a aprender e a desenvolver as suas capacidades para melhorar a qualidade dos cuidados.

Relativamente à Surpresa, 50,0% da amostra indicou ter sentido esta emoção algumas vezes, 19,3% quase sempre, mas é de salientar que 28,4% raramente a sentiu. Nesta ótica, é possível constatar que a maioria dos cuidadores experienciou esta emoção ao longo da prestação de cuidados, no entanto, um número significativo de indivíduos raramente a vivenciou. Estes resultados podem ir ao encontro do que documenta Branco (2004) quando afirma que a surpresa integra-se na dimensão da expectativa juntamente com a angústia, ajudando o sujeito a preparar-se para algo novo, de forma transitória, ou seja, este estado pode ser tão fugaz que os cuidadores podem não o conseguir perceber. No entanto alguns cuidadores afirmaram que a força interior os surpreendeu, afirmando que “*O que mais me surpreendeu, eu ser uma mulher que nunca o deixei, nunca desisti.*”, assim como a forma como estimulou o cuidador a aumentar o grau de autonomia do idoso: “*O andar. Eu acho que tudo, porque ela vinha praticamente acamada, desde o simples peso, o andar pouco e agora anda regular, e o essencial da higiene, até consegui tirar a fralda.*”.

A Alegria foi sentida algumas vezes por um grande número de cuidadores (38,6%), e 31,8% indicaram que o sentem quase sempre no decorrer da prestação de cuidados. Esta emoção é mais facilmente reconhecida, expressada mais vezes pelo sorriso, permite uma abertura e aproximação com os outros (Branco, 2004), sendo que neste estudo pode-se verificar que permitiu um melhor relacionamento cuidador/idoso. Deste modo, verifica-se que os cuidadores efetivamente sentem emoções positivas na sua atividade, tal como seria de antever tendo em conta os resultados anteriores, onde os participantes haviam indicado

sentirem-se valorizados globalmente no papel que desempenhavam, assim como nos relatos que apresentaram na entrevista: “ (...) e para mim e uma alegria, não é?!”, “Em termos emotivos é assim, sinto alegria quando vemos que o trabalho que estamos a fazer é positivo (...)”.

Assim sendo, sublinha-se a importância das emoções básicas positivas, dado serem apresentadas como fontes fundamentais no desenvolvimento, sobrevivência e evolução de cada indivíduo (Izard, 1971, Izard et al. 2008 citado por Izard, 2009), que é reforçada pela perspectiva de Fredrickson (1998) que fortifica o poder das emoções positivas quando estas facilitam soluções para os problemas originados pelas emoções negativas.

Apesar de importantes, as emoções positivas são muitas vezes anuladas pelas emoções negativas. De seguida serão analisadas as emoções primárias negativas.

A Cólera foi raramente experienciada pela maioria dos inquiridos (56,8%), e 27,3% nunca a experimentou. Este resultado é analisado com satisfação pelos investigadores, pois é a emoção primária mais difícil de gerir, podendo ocorrer um bloqueio e interferir na prestação de cuidados (Branco, 2004).

O Nojo foi experienciado raramente por 53,4% e 35,2% revelam nunca a ter experimentado (35,2%), sendo que esta emoção pode ser desencadeada pela observação ou imaginação e impulsionar comportamentos destrutivos (Branco, 2004) na relação entre os dois intervenientes do estudo. No entanto, na nossa investigação, tal não é vivenciado com grande significado.

Relativamente ao Desprezo, uma maioria indicou raramente o ter sentido (48,9%), e 38,6% acusaram nunca o ter sentido no decorrer da sua atividade de cuidador. Esta emoção está associada ao sentimento de superioridade e invulnerabilidade que pode levar a um comportamento agressivo e normalmente associado a preconceitos e falsos moralismos (Branco, 2004).

Dos cuidadores questionados, 38,6% referiram que algumas vezes sentiram Medo, e 35,2% dos inquiridos revelaram raramente ter experimentado esta emoção que está relacionada com a apreensão, incerteza, sensação de ameaça ou perigo para a integridade pessoal, no entanto, é considerada adaptativa, do ponto de vista físico e psicológico, reduzindo as ameaças à sua integridade (Branco, 2004).

A Vergonha raramente foi sentida pelos cuidadores (40,9%), e 35,2% nunca a sentiram. Esta emoção tem funções relevantes na regulação das relações e na interiorização e adoção de padrões e normas sociais (Branco, 2004).

A Tristeza foi acusada algumas vezes (37,5%), 29,5% revelaram sentirem-na quase sempre. Esta emoção inclui sentimentos de solidão, desalento, repúdio e insatisfação pessoal, podendo levar o indivíduo a avaliar fontes de problemas, a procurar suporte social e a favorecer o estreitamento das relações com os outros, na medida em que se podem desencadear comportamentos de ajuda (Branco, 2004). Estes resultados são demonstrados pelos nossos participantes da entrevista quando afirmam que a prestação de cuidados *“Despertam muitas emoções, desperta uma tristeza, uma angústia muito grande, é tentar fazer tudo por tudo e não ver resultados.”*, a ausência de fins perceptíveis é desesperante para o cuidador podendo desencadear fortes fontes de tensões. Em outras ocasiões a falta de apoio familiar acarreta *“Muitas vezes a tristeza, a maior parte das vezes é a tristeza, porque eu gostava de ter o apoio dos meus cunhados, da família para me dar valor, aquilo que eu faço, para além do que eu ganho, eles verem o amor que eu dou à minha sogra, eu dei tanto amor à minha sogra como dei à minha mãe.”*

A maioria dos cuidadores nunca vivenciaram a Culpa (68,2%), ou indicaram sentir esta emoção raramente (25,0%), sendo que está associada a responsabilidade pessoal pela violação de regras internas. Quando estes acontecimentos ocorrem os indivíduos desenvolvem esforços para reparar os seus erros ou desvios de padrões (Branco, 2004). A única emoção negativa que foi sentida mais vezes foi a angústia, 38,60% quase sempre sentiu esta emoção, e 37,5% dos inquiridos indicaram sentir esta emoção algumas vezes, apresenta-se como um estado de apreensão e preocupações difusas é menos intenso que algumas emoções mas mais prolongado no tempo (Branco, 2004), como também é relatado pelos cuidadores informais participantes na entrevista.

De acordo com um estudo sobre aspetos emocionais de cuidadores familiares, nomeadamente a interferência no estilo de vida, o auxílio ao cuidador e a relação com angústia emocional, verificámos que a experiência dos cuidados aumentou o sofrimento emocional, independentemente da quantidade do cuidado, na medida em que o cuidador se encontrava limitado na capacidade de participar em atividades valorizadas e interessantes, neste contexto, é fundamental auxiliar os cuidadores a manterem-se valorizados,

nomeadamente em aspetos do seu estilo de vida (Cameron, et al., 2002), estes aspetos foram abordados no nosso estudo, uma cuidadora referiu que sentia “*mais emoções negativas do que positivas. Fico muito aborrecida, sem vontade de falar com ninguém, tenho horas de revolta e não falo, o meu marido pergunta o que é que eu tenho e eu digo "nada", mas é uma revolta interior, tem dias que é complicado*”. De facto, é frequente que os cuidadores de pessoas dependentes manifestem alguma angústia, principalmente no que diz respeito a situações sobre as quais sentem não ter controlo (“*uma angústia muito grande, é tentar fazer tudo por tudo e não ver resultados.*”). Nesse sentido, o papel do profissional de saúde pode ser preponderante. Muitas das vezes, a angústia gera-se devido à falta de controlo sobre situações que não previram ou que ainda não viveram e que são decorrentes do grau de dependência do idoso. Desta forma, é fundamental esclarecer o cuidador usando linguagem adequada, com o objetivo de prevenir o cuidador de situações angustiantes e imprevisíveis (A’Campo, et al., 2010; Harding, et al., 2011).

À luz de vários estudos sobre a importância das emoções negativas, verificou-se que a sua persistência de forma descontextualizada e imprópria produz variações na conduta das pessoas, como: repugnância, transtornos de personalidade, violência, ansiedade, depressão, alterações alimentares e sexuais, stresse físico e em alguns casos poderá conduzir ao suicídio (Izard, 2009). O contributo de trabalho de Hay (1996) espelha também o aparecimento das emoções negativas nos cuidadores decorrentes das situações de dependência em idosos, provocando frequentemente alterações do comportamento, do estilo de vida, das relações familiares e na distribuição de papéis. É face a estes resultados que os profissionais de saúde têm que intervir preventivamente e individualmente. A nossa investigação demonstrou que as emoções negativas eram experienciadas menor vezes que as positivas, no entanto, estas emoções ainda prevalecem e são processadas e vivenciadas de acordo com o contexto de cada cuidador.

Por outro lado, de forma a avaliar se existia uma correlação entre as diferentes emoções primárias efetuou-se a *correlação de Spearman*. Tendo em atenção que a maioria dos inquiridos indicava emoções positivas mais frequentemente do que as negativas, esta análise centrar-se-á nas emoções fundamentais positivas. De acordo com os resultados obtidos, constatou-se que a emoção Interesse encontra-se correlacionada com todas as outras emoções, com a exceção da Surpresa, Medo e Angústia, sendo que a maior correlação foi encontrada para a emoção Alegria. Este resultado é corroborado pela

literatura, dado que esta refere que normalmente o interesse está associado a outras 2 emoções primárias: alegria e a surpresa (Branco, 2004). Deste modo, verifica-se que os cuidadores que manifestavam a emoção positiva Interesse na prestação de cuidados, também indicavam sentir Alegria.

Relativamente à emoção primária positiva Surpresa só se encontrava correlacionada com emoções negativas, o que indica que a surpresa sentida no decorrer dos cuidados se devia a algo negativo, o que se encontra de acordo com os dados obtidos para a emoção angústia. Tal como foi descrito, a angústia surge muitas vezes perante situações inesperadas para as quais o cuidador não se encontra preparado. De facto, a literatura assume esta relação pois afirma que a surpresa pode contextualizar-se na dimensão da expectativa juntamente com a angústia (Branco, 2004).

Muito embora se tenha aplicado o questionário das emoções primárias aos cuidadores, o investigador sentiu necessidade de esclarecimentos adicionais, de forma a auxiliar a equipa de enfermagem a estimular nos cuidadores estratégias, com o objetivo de ultrapassarem as vicissitudes associadas ao cuidado de pessoas dependentes. Esta dimensão foi dividida em seis domínios: Emoções despoletadas, Influência das emoções na prestação de cuidados, Atividades de ajuda que despertam emoções positivas, Fatores surpreendentes da prestação de cuidados, Estratégias de superação das emoções negativas e Gestão das emoções do idoso em transição.

Tal como seria de prever, os cuidadores identificaram emoções positivas e negativas decorrentes do ato de cuidar, sendo que pudemos constatar que estas emoções influenciavam a forma como executavam as suas tarefas. Este é um facto inerente ao ser humano. Todos nós somos influenciados pelas emoções que sentimos, o que acaba por se reproduzir nas atividades desenvolvidas, sendo estas são adaptáveis e diretamente relacionáveis com a experiência, sentimento da emoção/motivação de forma a aprender habilidades cognitivas, sociais e comportamentais. Neste sentido, o ideal seria que a prestação de cuidados despertasse maioritariamente emoções positivas, dado que as suas repercussões serão mais agradáveis para o cuidador e idoso. Estas emoções são essenciais no desenvolvimento, sobrevivência e evolução (Izard, 2009).

No nosso estudo verificámos que as emoções positivas identificadas relacionam-se com a compensação e satisfação de fazer o bem ao outro, do cuidar de um familiar

chegado como a mãe. No entanto, os cuidadores entrevistados relatam o aparecimento de emoções negativas com maior frequência relativamente à manifestação das emoções positivas, o que vem contrariar os resultados do QAE. Esta discordância de resultados poderá estar relacionada com os elementos selecionados para a entrevista e o *timing* escolhido para a mesma, pois estes poderiam estar a passar por momentos mais complicados da prestação de cuidados, mas também pelo ambiente criado no desenrolar da entrevista que se foi tornando mais intimista, o que proporcionou um desabafo por parte dos cuidadores.

As emoções influenciam tanto positiva como negativamente a prestação de cuidados, sendo que os cuidadores referiram que as emoções positivas dominavam principalmente na forma como abordavam o idoso, transmitindo boa disposição e momentos de carinho, garantindo bem-estar e conforto: *“As emoções influenciam porque eu faço para prestar serviço, para que ela se sinta melhor, ou aquilo que eu acho que vai fazer sentir-se melhor”*. Na mesma linha concetual Cohen, Colantonio e Vernich (2002) referem que a nível emocional, os cuidadores que experimentam satisfação resultante do papel de cuidadores informais, conseguem abraçar os benefícios e as recompensas mais facilmente.

As influências das emoções negativas também são analisadas por estes cuidadores como uma forma de superar as dificuldades presentes no cuidar: *“É assim, eu não desisto, mesmo as emoções atrapalhando eu não desisto, sabendo que é o melhor para ela eu não desisto.”*. Este aspeto interessante do relato dos cuidadores é corroborado pela literatura, quando Oatley (1992) afirmou que as emoções negativas podem também possuir um valor adaptativo, ou seja, uma emoção negativa pode ter um efeito positivo, pois ao assinalar que um importante objetivo não pode ser atingido ou que um determinado plano falhou, implica que uma estrutura específica de resolução de problemas, competências ou conhecimentos, verificar-se que está desadequada e que pode necessitar de ser inteiramente reconstruída para se ajustar às novas circunstâncias.

Perante estes testemunhos, é possível sublinhar a necessidade de estimular o aparecimento de emoções positivas através de estratégias / atividades que proporcionem prazer, dado que esta emoção positiva se refletirá na sua atividade como prestador de cuidados a idosos dependentes. Desta forma, estudos sobre emoções positivas, bem como

estratégias positivas de *coping*, como a reavaliação positiva servem de efeito tampão contra o stresse. Neste contexto, verifica-se que as emoções positivas são instrumentos valiosos para imprimir resultados aprimorados de bem-estar (Folkman & Moskowitz, 2000 citado por Tugade & Fredrickson, 2004).

Na nossa investigação, os cuidadores identificaram algumas atividades de ajuda aos idosos que despertam emoções positivas em si próprios, nomeadamente o apoio emocional e o conforto proporcionado diariamente. Por outro lado, as estratégias de superação das dificuldades sentidas com repercussões negativas no cuidador foram identificadas como: atividades de lazer, atividades agrícolas, momentos de reflexão, ou em último recurso, alternativas farmacológicas. Estas estratégias de *coping* deverão ser adequadas às necessidades de cada indivíduo. Neste sentido, verifica-se que muitos dos fatores referidos anteriormente nesta discussão influenciam o aparecimento das emoções, bem como a proximidade e o tipo de relação afetiva entre cuidador e doente, o suporte social, familiar e dos amigos, e outros recursos comunitários, tais como a acessibilidade a programas de recuperação, mas também as experiências anteriores podem influenciar na escolha das estratégias de *coping* e podem ser adaptáveis às necessidades ou não (Martins, *et al.*, 2003).

Por último, considerou-se relevante tentar encontrar correlações entre as emoções e algumas das variáveis sociodemográficas analisadas anteriormente. Os resultados obtidos neste estudo permitiram verificar que existe uma correlação negativa entre a emoção Interesse e as variáveis “*proporcionar apoio financeiro ao idoso*”, “*considera as tarefas exigentes*” e “*sente satisfação pessoal na prestação de cuidados*”. De facto, quando considerado, por exemplo, o apoio financeiro (Figueiredo, 2007) é referido que a recompensa material é um fator determinante na assunção do papel de cuidador informal. Deste modo, faz sentido que a emoção Interesse se encontre correlacionada com esta variável. Por outro lado, a emoção Surpresa só se encontra correlacionada com duas das variáveis sociodemográficas analisadas, “*proporciona apoio doméstico*” e “*considera as suas tarefas exigentes*”. Por último, a emoção Alegria encontra-se positivamente correlacionada com as variáveis “*sente-se valorizado*” e “*de uma forma geral sente-se apoiado nas suas tarefas*”. Adicionalmente, verificou-se uma correlação negativa entre esta emoção e as variáveis “*a prestação de cuidados tem um efeito negativo na saúde física*”, “*sente-se prisioneiro das suas tarefas de cuidador*” e “*sente que as suas tarefas*

têm um efeito negativo no seu bem-estar emocional”. Estes resultados fazem instintivamente sentido, na medida em que a Alegria encontra-se positivamente correlacionada com aspetos positivos da prestação de cuidados.

3.5. Intervenções dos profissionais de saúde – formação / supervisão dos cuidados

O apoio dos profissionais de saúde deverá ser uma realidade valiosa em todas as vertentes e contextos da prestação de cuidados, nomeadamente na formação e supervisão dos cuidados.

Os cuidadores informais, quando questionados sobre o apoio dos profissionais de saúde, responderam que sentiam-se maioritariamente apoiados pelos profissionais dos serviços sociais e de saúde (54,5%). Este resultado também é salientado durante a realização das entrevistas quando os prestadores de cuidados afirmam ultrapassar as limitações vividas pela atividade de prestação de cuidados solicitando apoio junto dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros: *“os enfermeiros ajudam, porque há coisas que acontecem que eu não sei lidar, ajudam (...)”, “Eles (enfermeiros) explicam quando veem, os enfermeiros também estão pouco tempo, mas conversam um bocadinho com a gente, (...)”*. Nesta linha de pensamento surge o trabalho de Imaiso (2015), que fornece contributos ao explicar que o trabalho dos enfermeiros comunitários deverá realizar-se segundo estas premissas e que se torna relevante, quer na avaliação da saúde dos cuidadores, quer na compreensão de diversos fatores que influenciam o estado de saúde, através da criação de diálogos explicativos e compreensivos da situação dos indivíduos, dando-lhes atenção. É neste contexto que devem surgir os profissionais de saúde, a família e os vizinhos, como beneficiadores da saúde do cuidador, com o objetivo de prevenir o impacto emocional negativo e a sobrecarga (Cerqueira & Oliveira, 2002; Martins, *et al.*, 2003).

Relativamente ao apoio percecionado através das parcerias existentes com os profissionais de saúde, nomeadamente com os enfermeiros, avaliou-se a perceção dos cuidadores sobre o apoio técnico, emocional e programas psicoeducativos proporcionados por estes profissionais. De acordo com os relatos obtidos, verificou-se que os cuidadores

sentiam-se devidamente apoiados pelos enfermeiros, desta forma e relativamente ao apoio técnico referiram que: “*os enfermeiros ajudam, (...) ajudam, especialmente aquilo do pé da minha mãe, eu não sei fazer o tratamento.*”, “*Ao enfermeiro peço para vir mudar a sonda, quando vejo uma ferida telefonou e eles vêm logo.*”, “*Muito porque há assunto que a gente não sabe, não nascemos ensinados, vamos apreendendo e a gente ouvindo e perguntando e que vai apreendendo (...)*”. O apoio técnico está definido por organismos de saúde portugueses como procedimentos utilizados pelos enfermeiros que deverão assegurar respostas seguras, flexíveis e com iguais níveis de qualidade para todos os intervenientes na relação terapêutica (ACSS, 2011).

Quanto ao apoio emocional relatado pelos cuidadores, este foi um dos aspetos mais referidos, devido à necessidade de serem ouvidos e compreendidos no papel que desempenham. O stresse por eles vivido pode incluir o sentimento de tensão resultante da elevação ou diminuição das emoções consequentes das experiências atuais ou de experiências passadas. O impacto negativo da prestação de cuidados afeta negativamente o bem-estar do cuidador, causando problemas de saúde mental, tais como a depressão (Tuithof, *et al.*, 2015).

Tal como já havia sido identificado anteriormente, uma grande parte dos cuidadores não participa em ações de formação que poderiam ser benéficas no sentido de desenvolver mecanismos que lhe permitissem encarar de forma mais positiva o ato de cuidar de pessoas dependentes. Entre as razões mais indicadas prevalecem a falta de tempo, a deslocação para a unidade e a falta de apoio de terceiros, na medida em que o idoso teria de permanecer sozinho no domicílio.

Adicionalmente, questionaram-se os cuidadores sobre a forma como os profissionais de saúde influenciam na gestão das suas emoções, sendo que estes são entendidos como uma companhia adicional, que asseguram o apoio técnico e emocional, transmitem a segurança necessária para a continuação da prestação de cuidados, através do sentimento de disponibilidade que transmitem.

A supervisão clínica em enfermagem está espelhada em toda a nossa investigação, pois os enfermeiros dos cuidados de saúde primários desempenham um papel fulcral de acompanhamento das práticas desenvolvidas pelos cuidadores informais ao idoso dependente, visando a proteção do indivíduo e a segurança dos cuidados. O Plano Nacional

de Saúde (2012) salienta a importância da prestação de cuidados de qualidade aos sujeitos, devendo ser monitorizados e avaliados, esta afirmação dirige todas as premissas do nosso estudo, e potencia uma melhor gestão nas estratégias implementadas pelos profissionais de saúde.

Mesmo pertencendo à área da educação Alarcão (2009) aponta algumas características da supervisão que se encaixam de forma harmoniosa na Enfermagem, nomeadamente quando se refere à mudança que os processos supervisivos podem implementar, através da comunicação e do conhecimento, na cultura e contextos dos indivíduos. No nosso estudo a função da supervisão visou o acompanhamento dos processos educativos e formativos, numa perspetiva de melhoria de cuidados, o que vai ao encontro dos ideais defendidos por Bond e Holland (1998, citado por Garrido, Simões & Pires, 2008).

Através de estratégias como a observação dos cuidados, permite o enfermeiro alterar comportamentos em momento real e de forma adequada, proporcionando momentos reflexivos e realçando a importância da formação contínua, para uma melhoria dos cuidados prestados. Estas transformações devem englobar todos os membros da prestação de cuidados, idoso/ cuidador e profissional de saúde.

4- Conclusões e contributos no suporte aos cuidadores

O envelhecimento da população mundial é algo que já não é possível ignorar. A ocorrência simultânea de dois eventos: o aumento da esperança média de vida e a baixa taxa de natalidade, levou a um envelhecimento da população. Esta problemática é tão premente que, os vários governos em conjunto com outras organizações, tentam desenvolver métodos para lidar com as vicissitudes inerentes a este acontecimento. De facto, a criação de estruturas de suporte, tanto físicas como de suporte psicológico, têm-se traduzido na premissa principal dos vários países.

Particularmente no que concerne aos países industrializados, existem outros dois fenómenos que tornaram ainda mais urgente a criação de estruturas de auxílio aos idosos, nomeadamente: a entrada das mulheres no mercado de trabalho, e o afastamento das famílias. Estes dois processos, que foram ocorrendo de forma transitória, levaram a que a principal estrutura que assegurava o bem-estar e qualidade de vida dos idosos se fosse perdendo.

Os idosos são parte integrante da nossa sociedade e as respostas que necessitam partem, tanto da sociedade em geral, como do núcleo familiar onde se encontram inseridos. Para isso, é necessário conhecer, de forma aprofundada, as características dos idosos em geral, e de cada um em particular. No presente estudo, os idosos dependentes da USF Ao Encontro da Saúde apresentaram as seguintes características:

- A maioria apresentava idades compreendidas entre os 77 e os 82 anos, seguidos da faixa etária dos 83 aos 88 anos, verificando-se ainda uma prevalência do género feminino. De acordo com os resultados obtidos, foi possível concluir que a maioria não tinha acesso ao apoio domiciliário, nem a centros de dia, no entanto, a maioria possuía apoio dos profissionais de saúde através de visitas domiciliárias;
- Uma grande parte dos idosos eram incontinentes ou necessitavam de enemas para poder evacuar. A nível urinário a maioria também se encontrava incontinente ou estava cateterizado;

- Na amostra em estudo verificou-se que a maioria dos idosos participantes necessitavam de ajuda nas atividades de higiene pessoal e que estavam dependentes para ir à casa de banho, seguindo-se os que necessitavam da ajuda de terceiros;
- Relativamente à deslocação, grande parte demonstrou ser incapaz, encontrando-se imobilizado, ou tendo necessidade de recorrer à ajuda de outras pessoas, nomeadamente no que diz respeito à ajuda para subir/descer escadas;
- Embora necessitassem de ajuda, a maioria dos idosos conseguia realizar cerca de metade das tarefas do vestir/despir sozinhos;
- A grande maioria dos idosos conseguiam alimentar-se sozinhos, desde que a comida fosse fornecida.

Um outro parâmetro importante do estudo diz respeito à avaliação do grau de dependência do idoso, onde se verificou que um elevado número de idosos possuíam um grau de dependência Muito Grave, seguindo-se os graus Moderado e Grave. Neste contexto sublinha-se a importância de estimular a autonomia destes idosos, tendo em atenção as particularidades inerentes a cada caso. Dado que a autonomia destes indivíduos é relevante não só para eles como também para os seus cuidadores, avaliou-se a opinião dos prestadores de cuidados relativamente a este tópico. Deste modo, concluiu-se que vários dos cuidadores participantes na entrevista demonstraram interesse em estimular determinadas capacidades dos idosos, e que o faziam tendo em conta as condicionantes de cada idoso.

Uma das mais usuais tendências nos estudos nacionais e internacionais analisados sobre o tema dos cuidadores informais é a assunção ao papel de cuidador de forma inconsciente e súbita, assumindo as responsabilidades que lhes estão inerentes. Por norma, são situações de dependência que se vão agravando ao longo do tempo, sendo os principais cuidadores os seus familiares diretos nos seus domicílios ou nos domicílios dos idosos. De uma forma geral, são os cônjuges e as filhas que assumem este papel com mais frequência, sem qualquer tipo de formação prévia. De facto, e tal como foi referenciado, o papel de cuidador de idosos dependentes tem vindo a ser assumido naturalmente pelos que se encontram mais próximos dos idosos.

A temática deste estudo coloca a personagem do cuidador informal como personagem principal no auxílio aos idosos dependentes que permanecem no domicílio, no

sentido de permitir compreender um conjunto de fatores que são capazes de interferir na prática diária de cuidados, nomeadamente no conhecimento do seu perfil, dos papéis que cada cuidador assume, nos problemas, dificuldades e impacto que a prestação de cuidados provoca nos cuidadores enquanto seres humanos. Adicionalmente, fornecem informações relevantes para os profissionais de saúde que colaboram no âmbito das transições, bem como permitem destacar as emoções que despoletam e compreender a forma como o profissional de saúde pode contribuir na sua gestão. Estes factos são extremamente importantes, uma vez que estão diretamente relacionados com uma melhoria da qualidade de vida e bem-estar do idoso e do seu cuidador.

De forma a dar resposta às questões de investigação e aos objetivos inicialmente delineados, e considerando-os como essência mentora da presente investigação, ressaltam-se as seguintes conclusões:

- O perfil sociodemográfico do cuidador informal indica um indivíduo maioritariamente do sexo feminino, com cerca de 50 ou mais anos, casados, com o grau de parentesco filho(a) ou conjugue, sem atividade laboral fora do domicílio, com baixo nível de escolaridade. O tempo da prestação dos cuidados situa-se maioritariamente entre 1 e 3 anos, seguido de 9 ou mais anos, salientando-se assim os cuidados de longa duração;
- Os motivos enunciados para a assunção do papel de cuidador informal foram os de índole pessoal/familiar, gosto pessoal, razões económicas e financeiras, dever moral ou de ordem religiosa;
- A atividade profissional foi um fator decisivo na assunção do papel, dado que mais de metade não possuía atividade laboral fora do domicílio, sendo as mais prevalentes as atividades domésticas e os aposentados. A maioria também referiu não possuir um atividade secundária;
- Os tipos de apoios fornecidos pelos cuidadores informais foram: os cuidados físicos/pessoais, os domésticos, os emocionais /psicológicos, e os sociais. De referir que todos estes apoios foram enunciados por quase todos os cuidadores do estudo.

Nesta investigação, os cuidadores informais enumeraram os problemas do idoso segundo os seus próprios pontos de vista. Neste sentido, os problemas físicos e o grau de dependência, assim como os problemas emocionais, foram os mais relatados.

Relativamente à gestão do regime terapêutico, verificou-se que não foram percebidas dificuldades pela maioria dos cuidadores entrevistados. No entanto, sempre que existissem dúvidas este recorriam aos profissionais de saúde para as esclarecerem. Constatou-se que alguns idosos ainda eram capazes de gerir o regime terapêutico atribuído e que a maioria reagia de forma positiva ao mesmo.

Ao longo da investigação tornou-se pertinente questionar os cuidadores informais sobre o grau de satisfação/ insatisfação, analisando o impacto da prestação de cuidados:

- Afirmaram maioritariamente que conseguiam enfrentar positivamente as suas tarefas de prestação de cuidados;
- Sublinharam que a tarefa de prestação de cuidados é muitas vezes exigente e que está na origem de restrições na vida social, dado que é uma tarefa que ocupa muito tempo. Deste modo, na maioria das vezes, não lhes é possível ter disponibilidade para se dedicarem a outras tarefas sociais, e até mesmo disponibilizarem tempo para si próprios. Neste sentido, a maioria dos cuidadores indicou que “*não têm um minuto*”, acusando assim isolamento;
- Este défice de tempo poderá ser apontado pelos cuidadores informais como uma das causas de dificuldade na relação com os amigos e família;
- Os cuidadores indicaram ainda que, na maioria das vezes, a prestação de cuidados tem um efeito negativo na sua saúde física, tendo influência também no seu bem-estar.

Estes resultados podem estar relacionados com as repercussões negativas evidenciadas pelos cuidadores entrevistados:

- Sobrecarga, falta de conhecimento/incapacidade de atuação, falta de apoio no cuidado, isolamento, preocupação, sentimento de incapacidade, desistência da pessoa cuidada, e falta de tempo.

As estratégias de superação relativamente às dificuldades sentidas como repercussões negativas no cuidador foram as seguintes: atividades de lazer, atividades agrícolas, momentos de reflexão, ou por último, o recurso a alternativas farmacológicas.

Como se tinha verificado anteriormente, a maioria dos idosos não possui apoio domiciliário. No entanto, alguns salientaram o apoio da Santa Casa da Misericórdia em

tarefas de higiene, preparação da alimentação e tratamento de roupa. Este tipo de apoio permite uma diminuição da sobrecarga e o aumento do tempo para se dedicarem a si próprios, na relação com os amigos/familiares e nas atividades sociais.

De facto, muito embora os cuidadores tenham indicado não ter um grande apoio das instituições existentes para o efeito, mencionaram algum apoio por parte dos amigos/vizinhos e de alguns familiares, no entanto, referiram que esse apoio nem sempre é em quantidade e qualidade suficientes.

Nas entrevistas realizadas aos cuidadores informais pretendeu-se avaliar o apoio que estes percecionavam relativamente às parcerias existentes com os profissionais de saúde, nomeadamente com os enfermeiros. Neste sentido, avaliou-se a perceção dos cuidadores sobre o apoio técnico, emocional e programas psicoeducativos proporcionados pelos profissionais de saúde. De acordo com os resultados obtidos concluiu-se que estes se sentiam devidamente apoiados pelos enfermeiros, nomeadamente no apoio técnico e emocional (foi um dos aspetos mais referidos pelos cuidadores ao longo da investigação). Os cuidadores também mencionaram os programas psicoeducativos como algo de importante e útil, no entanto, uma grande parte dos cuidadores não participava em ações de formação que poderiam ser benéficas no sentido de desenvolver mecanismos que lhes permitissem encarar de forma mais positiva o ato de cuidar de pessoas dependentes. Entre as razões mais indicadas, prevalecem a falta de tempo, a deslocação para a unidade e a falta de apoio de terceiros, na medida em que o idoso teria de permanecer sozinho no domicílio.

Os cuidadores informais referiram maioritariamente que a prestação de cuidados lhes trazia satisfação pessoal e que estes se sentiam valorizados pelo trabalho que desempenham. Esta valorização e satisfação conferem algum bem-estar emocional que os ajuda a ultrapassar as vicissitudes desta exigente atividade. O domínio relativo às repercussões positivas associadas ao papel do cuidador informal vem reforçar os resultados anteriores, tendo surgido as seguintes categorias: laços familiares, a disponibilidade para o idoso, a visibilidade do bem-estar da pessoa cuidada, e o autocontrolo.

Ao longo do tempo têm vindo a ser efetuados múltiplos estudos sobre a qualidade de vida e bem-estar dos cuidadores, de forma a contribuir não só para uma melhoria da sua vida, como também no sentido de lhes proporcionar um papel mais ativo na sociedade.

Destes estudos surgiram conclusões interessantes, onde se verifica que as emoções dos cuidadores informais são fundamentais na sua qualidade de vida. Deste modo, as emoções como a Alegria e o Interesse ajudam a afastar sintomas depressivos. De uma forma interessante, foram estes mesmos sintomas depressivos e de desgaste que levaram aos primeiros estudos sobre as emoções dos cuidadores. Efetivamente, até então os cuidadores tinham sido negligenciados relativamente às suas emoções e necessidades. No entanto, eles desempenham um papel fundamental junto do idoso dependente, um papel que assegura o seu bem-estar em múltiplas dimensões da sua vida: emocional, física, social, financeira, entre outras. As suas emoções e a forma como conseguem ultrapassar os problemas inerentes ao cuidar de um idoso dependente podem influenciar a forma como executam as suas atividades. Neste sentido, é fundamental a existência estudos que versem sobre as emoções dos cuidadores, para que seja possível antever e auxiliar a resolução de problemas nas suas atividades diárias. Neste estudo pretendeu-se avaliar as emoções do cuidador no decorrer da atividade de prestador de cuidados a idosos dependentes, através da aplicação do questionário QEA, nomeadamente: o Interesse, a Surpresa, a Cólera, o Nojo, o Desprezo, o Medo, a Angústia, a Vergonha, a Tristeza, a Culpa e a Alegria. Neste contexto foi possível concluir que:

- O Interesse, a Surpresa e a Alegria foram percecionadas pelos cuidadores. Isto permite concluir que, efetivamente, os cuidadores sentem emoções positivas na sua atividade, tal como seria de antever tendo em conta os resultados anteriores, onde os participantes haviam indicado sentirem-se valorizados no papel que desempenhavam;
- A Cólera, o Nojo, o Desprezo, o Medo, a Vergonha, a Culpa foram raramente apontados pelos cuidadores questionados;
- O Medo foi sentido algumas vezes, a Tristeza foi indicada algumas vezes, seguido de quase sempre;
- A única emoção negativa que foi maioritariamente sentida foi a Angústia;

O sentir-se valorizado pela sua atividade proporciona uma sensação de bem-estar e de alegria nos cuidadores. Desta forma, a reciprocidade de uma boa relação idoso-cuidador

é benéfica para ambos, sendo esta responsável pela diminuição da tensão associada ao facto de estar dependente e de prestar cuidados a alguém dependente.

A identificação precoce de sentimentos negativos, e a tentativa de desenvolver mecanismos que permitam aos cuidadores ultrapassá-los, pode impedir a instalação de estados depressivos. Os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros de família, podem ter aqui um papel extremamente relevante. O facto de os cuidadores deste estudo terem indicado que se sentiam devidamente apoiados pela equipa de saúde que os acompanha, sendo que esta os auxilia na gestão das suas emoções, faz com que sejam vistos como companhia adicional. Os profissionais de saúde asseguram o apoio técnico e emocional, transmitem a segurança necessária para a continuação da prestação de cuidados, como também se mostram sempre disponíveis, o que deverá estar relacionado com a baixa prevalência de sentimentos negativos e estados depressivos nos cuidadores do estudo.

É face a estes resultados que os profissionais de saúde têm que intervir preventivamente e individualmente, pois tal como esta investigação demonstrou, as emoções negativas são vivenciadas de forma minoritária. No entanto, estas emoções ainda prevalecem e são processadas e vivenciadas de acordo com o contexto de cada cuidador. De todo o modo, parece consensual para os cuidadores que a equipa de saúde que os acompanha desempenha aqui um papel único e perspicaz, supervisionando todos os cuidados prestados ao idoso, mas também apoiando o cuidador emocionalmente, intervindo individualmente em cada situação.

Esta investigação pode ser considerada como um estudo preliminar que, por sua vez, pode ser usada para determinar variáveis que influenciam o ato de cuidar e as emoções do cuidador, pelo que, a título de trabalho futuro seria interessante fazer-se um estudo comparativo entre os idosos e os seus cuidadores, avaliando as emoções de ambos os participantes perante determinadas situações. Adicionalmente, seria relevante efetuar um estudo similar numa área de elevada densidade populacional onde existam vários recursos disponíveis para os cuidadores, nomeadamente, instituições de apoio, públicas e privadas, de forma a verificar se este facto tem influência ou não, nas emoções, qualidade de vida e bem-estar dos idosos. Seria também interessante a realização de um outro estudo comparativo, utilizando a mesma amostra entre o antes e o após a formação dos cuidadores

para alguns aspetos do ato de cuidar, de forma a poder avaliar o impacto que este teve na diminuição da sobrecarga do cuidador e na estimulação da autonomia do idoso.

É importante ainda ressaltar que foram sentidas algumas dificuldades e limitações ao longo da realização deste estudo. As dificuldades deparam-se principalmente no terreno, com a deslocação a 123 residências, que em alguns casos ocorreram diversas vezes, por motivos pessoais do cuidador informal ou por condicionantes da saúde do idoso. Relativamente ao processo metodológico, algumas limitações estão relacionadas com o desenho do estudo, as características da amostra, próprios de um grupo de idosos em situações instáveis de saúde, assim como alterações físicas e psicológicas apresentadas pelos cuidadores ao longo da investigação, e as próprias limitações dos instrumentos de recolha de dados utilizados. No entanto, perante as dificuldades e as limitações enfrentadas, é possível concluir que os resultados clarificam as problemáticas do estudo.

Sublinha-se a relação idoso / cuidador/ profissional de saúde com um trio em constante conhecimento, adquirindo saberes únicos no contexto do cuidar, apoiado na formação dos cuidadores informais como agentes absorventes de conhecimentos e o profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro como agente formador e supervisor de todas as atividades desempenhadas no âmbito do papel de cuidador de idosos dependentes.

As sugestões e implicações para a prática de cuidados de enfermagem são de carácter geral e resultantes da investigação em si. De facto, relacionam-se especialmente com os participantes da investigação, o meio de contextualização, a generalização dos resultados, e as estratégias que podem e devem ser adotadas pelos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros dos cuidados de saúde primários. Os resultados desta investigação salientam a importância crescente de promover a saúde e bem-estar dos cuidadores e seus idosos, sublinhando a necessidade de:

- Atender à opinião dos cuidadores informais sobre a prestação de cuidados a idosos dependentes no domicílio, pois não têm por vezes uma relação direta com a posição dos profissionais de saúde, família, amigos, vizinhos, entre outros membros da comunidade;
- Disponibilizar estratégias de *coping* eficazes na compreensão das dificuldades e dos constrangimentos impostos diariamente, através do envolvimento de toda uma panóplia de soluções presentes na sociedade de forma sustentável, e que consigam

eliminar o efeito do impacto negativo, bem como diminuir a sobrecarga física e emocional destes indivíduos. Quando estes suportes não estão disponíveis na comunidade, os profissionais de saúde devem ser possuidores desse conhecimento e criar formas de articular com os meios existentes, ou por vezes criar parcerias com outras instituições com o intuito de oferecer as respostas mais adequadas às necessidades dos cuidadores;

- Criar redes de suporte através de protocolos de articulação e cooperação entre instituições internacionais como a WHO; e nacionais como a Direção Nacional de Saúde, as unidades de saúde e seus profissionais, os lares, os centros de dia, os apoios domiciliários, e até as instituições municipais, como a câmara municipal, entre outras. Estas redes deverão ter como objetivos a criação de mecanismos promotores da proteção deste grupo vulnerável, bem como formas de consciencializar a população em geral para este problema emergente e cada vez mais real, que é o aumento do número de idosos, que se deve ao envelhecimento da população;
- Investir na formação/informação dos prestadores de cuidados, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e bem-estar tanto dos cuidadores, como dos idosos dependentes. A investigação procura as possíveis formas de ultrapassar as dificuldades criando estratégias de superação, através do estudo das populações. Neste sentido, é nesta orquestração de esforços que podem surgir possíveis resultados positivos;
- Consciencializar os profissionais de saúde para a necessidade de supervisão dos cuidadores informais, de forma a implementar intervenções multidisciplinares, tendo em conta o contexto dos cuidados e não a soma de partes dos cuidados;
- Incentivar a reflexão nas equipas de saúde (equipas multiprofissionais) para que tragam para o seu interior a consciencialização do cuidar e respetivas implicações. O cuidado não é por si só definido de uma forma objetiva, poderá ser definido por todos os elementos de forma diferente, tendo em conta as suas vivências passadas e o momento presente. É neste ponto de vista que o profissional de saúde deve abordar o tema com o cuidador tentando compreendê-lo, tendo em conta a sua vida e a vida do idoso.

Tendo em mente que os cuidadores informais representam um grupo que deve ser estudado e trabalhado dentro do seu contexto e de forma individualizada, este estudo permitiu conhecer o perfil, os papéis que representam, a satisfação/insatisfação, o impacto da prestação de cuidados, as necessidades que advêm desta tarefa, as dificuldades (resultantes do défice do autocuidado dos idosos e da gestão do regime terapêutico), a colaboração dos profissionais de saúde na formação e supervisão da prestação de cuidados, e as emoções (positivas e negativas) decorrentes das tarefas. Estes temas são fundamentais e devem ser abordados com o objetivo de melhorar a sua compreensão, bem como criar estratégias de superação.

Os novos desafios enfermagem ultrapassam, em grande escala, os conhecimentos adquiridos durante a formação base, mas incidem principalmente nos conhecimentos resultantes da experiência em contexto comunitário. A formação dos cuidadores informais e a supervisão das atividades por eles realizadas, resultam em intervenções individualizadas levadas a cabo minuciosamente. Na verdade, a complexidade e diversidade das funções dos enfermeiros obriga, cada vez mais, a intervenções de executar, mas com especial atenção para as intervenções de informar/ensinar/supervisionar capazes de conciliar a teoria e a prática, a razão e a afetividade, o rigor científico e as qualidades humanas e éticas.

Os estudos efetuados neste âmbito mostraram o efeito de programas de intervenção (programas psicoeducativos) desenvolvidos com vista à redução do risco de problemas emocionais. Estes programas são muitas vezes utilizados pelos profissionais de saúde com vista à diminuição da sobrecarga, sendo que este meio de intervenção pode ser visto como uma estratégia de superação, mas também como um meio de aprendizagem das mais variadas estratégias de *coping*.

Esta investigação contribuiu para a criação de um Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal (C3i) na USF Ao Encontro da Saúde, através de um protocolo de colaboração que consistiu numa parceria entre:

- A Universidade de Aveiro e o ACES Grande Porto I- Santo Tirso/Trofa em articulação com a Unidade de Saúde Familiar ao Encontro da Saúde participaram no projeto de investigação científica da Fundação para a Ciência e Tecnologia, PTDC/CPE-PEC/103858/2008, denominado de “*Cuidadores Informais do Idoso: do levantamento das necessidades ao desenvolvimento de estratégias de*

intervenção”, com vista a concetualizar, implementar, avaliar e monitorizar um plano de estratégias de intervenções na formação dos cuidadores de idosos;

- A implementação e a prossecução dos objetivos estabelecidos no âmbito do projeto de investigação referido. Efetuou-se através de uma equipa constituída por investigadores, dois dos quais pertencentes à Unidade de Saúde Familiar ao Encontro da Saúde (Enfermeira Sílvia Torres e Enfermeira Susana Freitas);
- Os profissionais responsáveis pela dinamização do Gabinete têm como funções:
 - a) Manutenção das condições físicas do Gabinete de Apoio aos Cuidadores Informais;
 - b) Atendimento diário aos cuidadores informais dos utentes inscritos na USF;
 - c) Levantamento das necessidades e dificuldades dos cuidadores informais;
 - d) Realização das formações aos cuidadores informais;
 - e) Apoio logístico na realização de formações;
 - f) Apoio na divulgação das atividades do Gabinete.

No seguimento da dinamização do Gabinete C3i, as responsáveis foram abordadas no sentido de colaborar com um novo projeto de intervenção denominado Cuidar de Quem Cuida (CQC), a decorrer entre 2014 e 2016, sendo constituído por duas componentes de ação que abrangem o território da região Entre o Douro e Vouga e a Área Metropolitana do Porto. O promotor deste projeto é o CASTIIS – Centro de Assistência Social à Terceira Idade e Infância de Sanguêdo, tendo como parceiros a Câmara Municipal de Santa Maria da Feira, o Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE e o CASO50+, Associação. O financiamento do projeto enquadra-se no Programa Cidadania Ativa, cujos fundos são provenientes do Mecanismo Financeiro do Espaço Económico Europeu, geridos em território nacional pela Fundação Calouste Gulbenkian.

O desenvolvimento do projeto passou pela promoção de uma rede de parceiros locais no concelho da Trofa, com o intuito de se congregarem os recursos necessários. Neste município participaram 5 ONG’s e 2 entidades públicas, nomeadamente, a Câmara Municipal da Trofa e o ACES- Grande Porto I- Santo Tirso/Trofa. O projeto Cuidar de Quem Cuida pretende criar respostas específicas dirigidas aos cuidadores informais de pessoas com doença de Alzheimer, promovendo a implementação de um programa psicoeducativo, criado para este público-alvo. Como objetivo complementar, o projeto

pretende a criação de Gabinetes de Apoio ao Cuidador, numa intervenção individualizada ao cuidador informal. No entanto, como a USF Ao Encontro da Saúde já promovia esta resposta, avançou-se para a:

- Implementação de programas psicoeducativos dirigidos aos cuidadores (programa psicoeducativo para cuidadores informais do projeto CQC);
- Criação de uma rede de organizações não-governamentais de partilha de boas práticas na intervenção com este público-alvo, e na dinamização e defesa da criação de serviços e respostas na área de intervenção da USF Ao Encontro da Saúde;
- Avaliação do impacto socioeconómico na utilização dos serviços sociais e de saúde pelos cuidadores informais, pela sua participação no Programa Psicoeducativo para Cuidadores Informais, com o apoio da UNIFAI-Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos do ICBAS.UP.

Como foi possível observar anteriormente, o presente estudo já contribuiu para o desenvolvimento de novos projetos de investigação, no entanto, é importante que novas investigações na área da enfermagem de desenvolvam, nomeadamente nas intervenções planeadas para os cuidadores informais de idosos dependentes, diminuindo o impacto da prestação de cuidados e ajudando a melhorar a qualidade de vida destes indivíduos, assim como dos recetores de cuidados. A proliferação de outros estudos será de enorme importância em outras regiões de Portugal, tendo em conta os contextos e as necessidades detetadas neste grupo alvo.

Referências Bibliográficas

- A'Campo, L., Spliethoff-Kamminga, N., & Macht, M. (2010). Caregiver education in Parkinson's disease: formative evaluation of a standardized program in seven European countries. *Qual Life Res* (19), 55–64.
- Abe, J., & Izard, C. (1999). The developmental functions of emotions an analysis in terms of differential emotions theory. *Cognition and Emotion*, 13(5), 523-549.
- Abreu, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Lisboa: Formasau.
- Abreu, W. (2002). Supervisão clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade de vida. *Sinais Vitais* (45), 2002.
- Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. (2008). *Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*: Formasau.
- ACSS, (2011). *Manual das normas de enfermagem - Procedimentos técnicos*. Lisboa.
- Acurcio, F., Silva, A., Ribeiro, A., Rocha, N., Silveira, M., Klein, C., et al. (2009). Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. *Revista Associação Medica Brasileira*, 55(4), 468-474.
- Agli, O., Bailly, N., & Ferrand, C. (2015). Spirituality and religion in older adults with dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27 (5), 715–725.
- Alarcão, I. (2009). Formação e supervisão de professores: uma nova abrangência. *Revista de Ciência da Educação*. Lisboa: FPCEUL Sísifo (8)
- Alarcão, I., & Canha, B. (2013). *Supervisão e Colaboração*: Porto Editora, Coleção Nova CIDINE.
- Alexopoulos, G.(2005). Depression in the elderly. *Seminar*, 365, 1961-1970.
- Alise, M., & Teddlie, C. (2010). A continuation of the paradigm wars? Prevalence rates of methodological approaches across the social/behavioral sciences. *Journal of Mixed Methods Research*, 4(2), 103-126.
- Almeida, H., Versiani, E., Dias, A., Novaes, M., & Trindade, E. (2007). Adesão a tratamentos entre idosos. *Comunicações em Ciências da Saúde*, 18(1), 57-67.

- Aoun, S., Deas, K., Toyne, C., Ewing, G., Stajduhar, K., (2015). Supporting family caregivers to identify their own needs in end-of-life care: Qualitative findings from a stepped wedge cluster trial. *Palliative Medicine*, 29 (6), 508-17.
- Apóstolo, J., Cardoso, D., Marta, L., & Amaral, T. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, 193-201.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não Institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2009). Cuidar de idosos dependentes no domicílio: Desafios de quem cuida. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(2), 191-197.
- Backman, K., & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal for Advanced Nursing*, 564-572.
- Backman, K., & Hentinen, M. (2001). Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 195-202.
- Balducci, C., Mnich, E., Mckee, K., Lamura, G., Beckmann, A., Krevers, B., et al. (2008). Negative impact and positive value in caregiving: Validation of the COPE Index in a six-country sample of carers. *The Gerontologist*, 48(3), 276-286.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barbic, S., Mayo, N., White, C., & Bartlett, S.(2014). Emotional vitality in family caregivers: content validation of a theoretical framework. *Qual Life Res*. doi: 10.1007/s11136-014-0718-4
- Barbosa, A., Figueiredo, D., Sousa, L., & Demain, S. (2011). Coping with the caregiving role: Differences between primary and secondary caregivers of dependent elderly people. *Aging & Mental Health*, 15(4), 490–499.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Batson, C., Shaw, L., & Oleson, K.(1992). Differentiating affect, mood, and emotion: Toward functionally based conceptual distinctions. *Review of Personality and Social Psychology*, 13, 294-326.
- Baumann, L., & Dang, T.(2012). Helping patients with chronic conditions: overcome barriers to self-care. *The Nurse Practitioner*, 37(1), 32-38.

- Bazeley, P. (2002). *Issues in mixing qualitative and quantitative approaches to research*. Paper presented at the 1st International Conference - Qualitative Research in Marketing and Management.
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas. Uma abordagem Global* (1 ed.). Lisboa: Lusociência.
- Birren, J., & Zarit, J. (1985). *Concepts of health, behaviour, and aging* (J.Birren e J. Livingston ed.). New Jersey, Prentice-Hall: Cognition, Stress and Aging.
- Blagosklonny, M., Campisi, J., & Sinclair, D. (2009). Aging: past, present and future. *AGING* 1(1), 1-6.
- Bocchi, S. (2004). Vivenciado a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise de conhecimento. *Revista Latino em Enfermagem*, 1(12), 115-121.
- Boff, L. (1999). *Saber Cuidar: Ética do Humano - Compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.
- Borghgraef, C., Libert, Y., Bron, D., Devos, M., Etienne, A-M., Reynaert, C., Doyen, C., Straetmans, N., Van Den Neste, E. & Razavi, D. (2012). *Sense of being a burden to the primary caregiver in elderly patients with hamatologic malignancies who start a chemotherapy treatment*. *Journal of Geriatric Oncology*, 3: S59.
- Branco, A. (2004). *Competência Emocional* (1ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Brawley, L., & Culos-Reed, S. (2000). Studying adherence to therapeutics regimens: overview, theories, recommendations. *Control Clin Trials*, 21(5), 156-163
- Brito, L. (2002). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados e Familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brodaty, H. & Donkin, M. (2009). *Family caregivers of people with dementia*. *Dialogues Clin Neuroci.*, 11(2): 217-228.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão ao regime terapêutico em patologias crónicas*. Lisboa: Centro de estudos de medicina baseada na evidência - Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos Saúde Pública*, 19 (3), 773-781.

- Cameron, J., Franche, R., Cheung, A., & Stewart, D. (2002). Lifestyle interference and emotional distress in family caregivers of advanced cancer patients. *American Cancer Society, 94*(2), 521-527.
- Candy, B., Jones, L., Drake, R., Leurent, B., & King, M. (2011). Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. *The Cochrane Library* (6).
- Cardoso, L., Galera, S. & Vieira, M. (2012). Caregiver and Burden health care of patients discharged from psychiatric hospitalization. *Acta Paulista de Enfermagem, 25* (4), 517-523.
- Carvalho, M. (2009). Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. *Revista Kairós, 12*(1), 77-96.
- Cerqueira, A., & Oliveira, N. (2002). Programa de apoio a cuidadores: Uma acção terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia USP, 13*(1), 133-150.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. In A. Publications (Ed.), *Nursing Research Methodology* (pp. 237-257). Aspen.
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J. (2010). Ageing populations: the challenges ahead. *NIH Public Access Author Manuscript, 374*.
- Cohen, C., Colantonio, A., & Vernich, L. (2002). Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry and Clinical Neurosciences, 17*, 184-188.
- Collière, M. (1989). *Promover a Vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- COM, (2002). *Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu*. Paper presented at the II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento.
- Costa, A. (2006). *Cuidar de Idosos: Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros* (2 ed.). Coimbra: Foumasau.
- Costa, M.(2002). *Cuidar de Idosos*. Lisboa: Formasau - Formação e Saúde.
- Cruz, D., Loureiro, H., Silva, M., Fernandes, M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência, III* (2).
- Coutinho, C. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2 ed.). Coimbra: Edições Almedina.

- Coutinho, C., & Chaves, J. (2002). O estudo de caso na investigação em tecnologia educativa em Portugal. *Revista Portuguesa de Educação*, 15(1), 221-243.
- Cupertino, A., Rosa, F., Ribeiro, P. (2007). Definição de envelhecimento saudável na perspetiva de indivíduos idosos. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 20 (001), 81-86.
- Dahdaha, D., & Carvalho, A. (2014). Papéis ocupacionais, benefícios, ônus e modos de enfrentamento de problemas: Um estudo descritivo sobre cuidadoras de idosos dependentes no contexto da família. *Cadernos Terapira Ocupacional*, 22(3), 463-472.
- Damásio, A. (1995). *O Erro de Descartes. Emoção, Razão e Cérebro Humano* (12 ed.). Lisboa: Publicações Europa-América.
- Damásio, A. (2000). *O Sentimento de Si, o Corpo, a Emoção e a Neurologia da Consciência* (1 ed.). Lisboa: Publicações Europa-América.
- Darwin, C. (1965). *The expression of the emotions in man and animals*. Chicago: University of Chicago Press. (Original work published 1872).
- Dell'Acqua, M., & Miyadahira, A. (2002). Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(2), 185-191.
- Denzin, N.(1990). *Interpretive Interaccionism*. Trid. Printing. USA: Sage Publications.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- DGS. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*: Ministério da Saúde - Direcção Geral da Saúde.
- Dooley, L. (2002). Case study research and theory building. *Advances in Developing Human Resources*, 4, 335-354.
- Eisenberg, N., & Fabes, R. (1998). Prosocial development: A longitudinal study. In N. Eisenberg (Ed.), W. Damon (Series Ed.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 3. Social, Emotional, and Personality Development* (5th ed., pp. 701-778). New York: Wiley.
- Ekman, P., & Davidson, R. (1994). *The nature of emotion: Fundamental questions*. New York: Oxford University Press.
- Ekman, P., & Friesen, W. (1971). Constants across cultures in the face and emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17, 124-129.

- Elliott, T., Shewchuk, R., & Richards, J. (1999). Caregiver social problem-solving abilities and family member adjustment to recent-onset physical disability. *Rehabilitation Psychology, 44*(1), 104-123.
- Endler, N., & Parker, J. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(5), 844-854.
- Farmer, K. (1999). Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical Therapeutic, 21*(6), 1-17.
- Feilzer, M. (2010). Doing mixed methods research pragmatically: implications for the rediscovery of pragmatism as a research paradigm. *Journal of Mixed Methods Research, 4* (1), 6-16
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, M., & Garcia, T. (2009). Determinantes da Tensão do Cuidador Familiar de Idosos Dependentes. *Revista Brasileira de Enfermagem- REBEn, 62* (1), 57-63.
- Ferreira, M. (2009). Cuidar no domicílio: Avaliação da sobrecarga da família / cuidador principal no suporte paliativo do doente oncológico. *Cadernos de Saúde 2*(1), 67-88.
- Fiedler, K. (1988). Emotional mood, cognitive style, and behaviour regulation. In K. Fiedler & J. Forgas (Eds.), *Affect, cognition, and social behavior*. Toronto: Hogrefe International, 100- 119.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente* (1 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Figueiredo, D., & Sousa, L. (2002). CUIDE (Cuidadores de Idosos na Europa): Um Instrumento de Avaliação das Necessidades dos Prestadores Informais de Cuidados a Idosos. *Revista da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra*(31), 153-150.
- Finch, J., & Mason, J. (2005). *Negotiating family responsibilities*. London: Taylor & Francis e-Library.
- Finlayson, M., & Cho, C. (2008). A Descriptive profile of caregivers of older adults with MS and the assistance they provide. *Informa Healthcare - Disability and Rehabilitation, 30*(24), 1848-1857.

- Flick, U. (2009). *An Introduction to Qualitative Research* (4 ed.). London: SAGE Publications.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Foss, C., & Ellefsen, B. (2002). The value of combining qualitative and quantitative approaches in nursing research by means of method triangulation. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 242–248.
- Fouka, G., & Mantzorou, M. (2011). What are the major ethical issue in conducting research? Is there a conflict between the research ethics and the nature of nursing? *Health Science Journal*, 5(1), 3-14.
- Fredrickson, B. (2004). The broaden and build theory of positive emotions. *The Royal Society*, 359, 1367-1377.
- García-Calvent, Mateo-Rodríguez, I., & Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria.*, 18(2), 83-92.
- García, J. (2010). *Los tiempos del cuidado: El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social/Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Garrido, A., Simões, J. Pires, R. (2008). *Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Garrido, R., & Almeida, O. (1999). Distúrbios de comportamentos em pacientes com demência - Impacto sobre a vida do cuidador. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57(2-B), 427-434.
- Gaston-Johansson, F., Lachica, E., Fall-Dickson, J. & Kennedy, J. (2004). Psychological distress, fatigue, burden of care, and quality of life in primary caregivers of patients with breast cancer undergoing autologous bone marrow transplantation. *Oncology Nursing Forum*, 31(6), 1161-1169.
- Gavigan, J. (1999). *The Learning Imperative for Europe's Ageing Workforce* (Vol. 38). Seville: Institute for Prospective Technological Studies- Joint Research Center.
- Goldsmith, H., & Campos, J. (1982). Toward a theory of infant temperament. In R.N. Emde & R.J. Harmon (Eds.), *The development of attachment and affiliative systems. Psychobiological aspects*. New York: Plenum.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence* (1 ed.). New York: Bantam Books.

- Goleman, D. (1999). *Trabalhar em Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman, D. (2001). *Inteligência Emocional: Problemas na Construção de Paradigma*. San Francisco: Jossey Bass.
- Gonçalves, L., Alvarez, A., Sena, E., Santana, L., & Vicente, F. (2006). Perfil da Família Cuidadora de Idoso Doente/ Fragilizado do Contexto Sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto Contexto Enfermagem*, 15 (4), 570-507.
- Gonçalves, L., Costa, M., Martins, M., Nassar, S., & Zunino, R. (2011). A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 19(3).
- Gonçalves, O. (2006). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas*. Porto: Edições Afrontamento, 5ª edição.
- Guba, E., & Lincoln, Y. (1989). Competing paradigms in qualitative research. In N. Denzin & Y. Lincoln, S (Eds.), *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Guba, E. (1990). *The Paradigm Dialog*. Newbury Park: Sage Publications.
- Guedea, M., Damacena, F., Marcobich, P., Carbajal, M., Hernández, G., Lizárraga, L., et al. (2009). Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. *Psicologia & Sociedade*, 21(2), 242-249.
- Harding, R., List, S., Epiphaniou, E., & Jones, H. (2011). How can informal caregivers in cancer and palliative care be supported? An updated systematic literature review of interventions and their effectiveness. *Palliative Medicine*, 26(1), 7–22.
- Harrits, G. (2011). More than method? A discussion of paradigma differences within mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 5(2), 150-166.
- Haug, M., Ford, A., Stange, K., Noelker, L., & Gaines, A. (1999). Effect of giving care on caregivers' health. *Research on Aging*, 21(4), 515 - 538. doi:10.1177/0164027599214001
- Hay, J. (1996). *Doença de Alzheimer e Demência* (Edições Técnicas). Lisboa: Plátano.
- Haynes, R. (1981). Introduction. In D. T. D. S. R. Haynes (Ed.), *Compliance in Health Care* (2 ed., pp. 1-7). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Haynes, R., McDonald, H., Garg, A., & Montague, P. (2003). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *The Cochrane Library*.

- Heierie, C. (2004). *Cuidando entre cuidadores – Intercambio de apoyo en la familia*. Granada: Fundación Índex.
- Hesbeen, W. (1998). *Qualidade e Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hoy, A., Hoy, W., & Kurz, N. (2007). Teacher's academic optimism: The development and test of a new construct. *Teaching and Teacher Education*, 24, 821-835.
- ICN. (2002). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP: Versão Beta 2*. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira de Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- ICN. (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe ®) – do original «Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue»* (Ordem dos enfermeiros- Edição Portuguesa ed.).
- ICN. (2011). *CIPE Versão 2.0 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (1 ed.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Imaginário, C. (2004). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar*. Coimbra: Formasau.
- Imaiso, J. (2015). Negative/positive home-based caregiving appraisals by informal carers of the elderly in Japan. *Primary Health Care Research & Development*, 16, 167–178.
- INE. (2002). O Envelhecimento em Portugal : Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 187-208.
- INE. (2009). Projeções da população residente em Portugal: 2008-2060. *Destaque*.
- INE. (2010). Estatísticas Demográficas 2009. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE. (2012a). Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal. In I. P. Instituto Nacional de Estatística (Eds.)
- INE. (2012b). Estatísticas Demográficas 2010. In I. P. Instituto Nacional de Estatística (Eds.)
- Inouye, K., Pedrazzani, E., & Pavarini, S. (2008). Octogenários e cuidadores: perfil sócio - demográfico e correlação da variável qualidade de vida. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(2), 350-357

- IMSERSO. (1995). *Cuidados en la vejez; el apoyo informal*. Madrid: Ministerio de Assuntos Sociales.
- Izard, C. (1971). *The Face of Emotion*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. (1977). *Human Emotions*. New York: Pleunum Press.
- Izard, C. (1991). *The Psychology of Emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. (2002). Translating emotion theory and research into preventive interventions. *Psychological Bulletin*, 128(5), 796-824.
- Izard, C. (2007). Basic emotions, natural kinds, emotion schemas, and a new paradigm. *Perspetives on Psychological Science*, 2(3), 260-280.
- Izard, C. (2009). Emotion theory and research: Highlights, unanswered questions, and emerging issues. *Annual Review Psychology*, 60(1), 25.
- Izard, C., & Harris, P. (1995). Emotional development and developmental psychopathology. In C. D. J. Cohen (Ed.), *Manual of developmental psychopathology* (ed., Vol. 1, pp. 467–503). New York: John Wiley.
- Izard, C., Kagan, J., & Zajonc , R. (1984). *Emotion-Cognition Relationships and Human Development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Izard, C., King, K., Trentacosta, C., Morgan, J., Laurenceau, J., Krauthamer-Ewing, E., et al. (2008). Accelerating the development of emotion competence in Head Start children: Effects on adaptive and maladaptive behavior. *Development and Psychopathology*, 20, 369-397.
- Izard, C., Libero, D., Putnam, P., & Haynes, O. (1993). Stability of emotion experiences and their relations to traits of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 847-860.
- Izard, C., Malatesta, C. (1987). *Perspective on emotional development : Differential Emotions Theory of Early Emotional Development*. In J.D. Osofsky (Ed.), *Handbook of Infant Development*. New York: Wiley.
- Izard, C., Stark, K., Trentacosta, C., & Schultz, D. (2008). Beyond emotion regulation: Emotion utilization and adaptive functioning. *Society for Research in Child Development*, 2(3), 156–163.
- James, W. (2007). *What is an Emotion?*. Wild Publications.
- Jani-Le Bris, H. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*: Conselho Económico e Social.

- Jegermalm, M. (2003). Direct and indirect support for carers: Patterns of support for informal caregivers to elderly people in swede. *Journal of Gerontological Social Work*, 38(4), 67-84.
- Jiménez, D., Salvá, A., Travieso, D., Tocabens, B., & Chang de la Rosa, M. (2013). Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 51(2), 174-183.
- Johansson, R. (2003). *Case Study Methodology*. Paper presented at the “Methodologies in Housing Research”.
- Johnson, R., Onwuegbuzie, A., & Turner, L. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112-133.
- Josso, C. (2005). Formação de Adultos: aprender a viver e a gerir as mudanças. In R. e. B. Canário, C. (Ed.), *Educação e Formação de Adultos: Mutações e Convergências* (Vol. 115 – 125). Lisboa: Educa.
- Joyce, B., Berman, R., & Lau, D. (2014). Formal and informal support of family caregivers managing medications for patients who receive end-of-life care at home: A cross-sectional survey of caregivers. *Palliative Medicine*, 28 (9), 1146 – 1155.
- Karsch, U. (2003). Idosos dependentes: Famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(3), 861-866
- Lang, P. (1995). The emotion probe. *American Psychological Association*, 50(5), 372-385.
- Laureano, R., Botelho, M. (2012). *SPSS - o meu manual de consulta rápida* (2.^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Lawton, M., Moss, M., Kleban, M., Glicksman, A., & Rovine, M. (1991). A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of Gerontology*, 46(4), 181-9.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leininger, M.(1981). *A phenomenon of caring in nursing practice*. 17, 1283–1290.
- Leininger, M. (1995). Transcultural care diversity and universality: a theory of nursing. *Nursing and Healthcare*, 6, 208–212.
- Leite, C., Menezes, T., Lyra, E., & Araújo, C. (2014). Conhecimento e intervenção do cuidador na doença de Alzheimer: uma revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 63 (1), 48-56.

- Leme, L. (2000). *A Gerontologia e o Problema do Envelhecimento. Visão histórica*. São Paulo: Atheneu.
- Li, CY. & Murray, M. (2015). A review of conceptualization of expressed emotion in caregivers of older adults with dementia. *Journal Clinical Nursing*, 24 (3-4), 332-343.
- Lidz, T. (1983). *A Pessoa – Seu Desenvolvimento Durante o Ciclo Vital*. São Paulo: Editora Artes Médicas.
- Lopes, L. (2007). Necessidades e estratégias na dependência, uma visão da família. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(1), 39-46.
- López, J., López-Arrieta, J., & Crespo, M. (2005). Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 81–94.
- Luo, Y., Hawkey, L., Waite, L., & Cacioppo, J. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74, 907-914. doi:10.1016/j.socscimed.2011.11.028
- Mahoney, F., & Barthel, D.(1965). Funcional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Mahoney, F., & Barthel, D.(1965). Functional evaluation: The Barthel Index. , 14, 56-65.
- Malatesta, C. (1990). *The Role of Emotions in the Development and Organization of Personality* (In.R. Thompson ed. Vol. 36). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Mão de Ferro, A. (1999). *Na Rota da Pedagogia*. Lisboa: Colibri.
- Margalho, R., Nazareth, C., Caetano, S., Oliveira, J., Saraiva da Cunha, J., & Meliço-Silvestre, A. (2009). Métodos de avaliação e observação clínica de adesão à TARV. *Psicologia.com.pt*.
- Marquez, C., Martinez, L., González, & Rizo, L. (2006). Justificación, concepto e importancia de los síndromes geriátricos. In A. Alcocer (Ed.), *Tratado de Geriatria para residentes* (pp. 143-150). Madrid: Sociedade Española de Geriatria Gerontologia.
- Martín, I. (2005). O Cuidado Informal no Âmbito Social. In C. Editores (Ed.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Martin, D. & Boeck, K. (1997). *O que é a Inteligência Emocional*. Cascais: Pergaminho

- Martins, M. (2002). *Uma Crise Acidental na Família: o Doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, T., Pais, R., & Garret, C. (2003). Estudo de validação dos questionários de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde e Doença*, 4(1), 131-148.
- McCloskey, J., & Bulechek, G.(1996). *Nursing Intervention Classification (NIC)* (2 ed.). St. Louis: Mosby.
- Mckee, K., Philp, I., Lamura, G., Prouskas, C., Oberg, B., Krevers, B., et al. (2003). The COPE index- A first stage assessment of negative impact, positive value and quality of support of caregiving in informal carers of older people. *Aging & Mental Health*, 7(1), 39-52.
- Meier-Ruge, W. (1988). *O Doente Idoso e a Prática Clínica*. São Paulo: Sandoz.
- Meleis, A., Swendsen, L., & Jonas, D. (1980). Preventive Role Supplementation: a Grounded Conceptual Framework. In A. Meleis (Ed.), *Transitions Theory Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (ed.): Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. In A. Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York, USA: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development and progress* (5 ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Melo, R., Rua, M., & Santos, C. (2014). O impacto na sobrecarga dos cuidadores familiares: revisão da literatura sobre programas de intervenção. *Indagatio Didática*, 6 (2), 107-120.
- Miguel, M., Figueira, M., & Nardi, E. (2010). Perfil dos cuidadores familiares de idosos dependentes de uma unidade básica de saúde. *Revista F@pciência* , 6(14), 118-127
- Milligan, C. (2005). From home to 'home': situating emotions within the caregiving experience. *Environment and Planning*, 37, 2105-2120.

- Minayo, M., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cadernos Saúde Pública*, 9(3), 239-262.
- Moniz, J. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa - Prática de Cuidados como Experiência Formativa*. Loures: Lusociência.
- Montgomery, R., & Kosloski, K. (2009). Caregiving as a process of changing identity: Implications for caregiver support. *Journal of the American Society on Aging*, 33(1), 47-52.
- Moraes, S., & Silva, L. (2009). An evaluation of the burden of alzheimer patients on family caregivers. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(8), 1807-1815
- Morris, L., Morris, R., & Britton, P. (1989). Cognitive style and perceived control in spouse caregivers of dementia sufferers. *British Journal of Medical Psychology*, 62(2), 173-179.
- Moscovici, S. (1981). On social representations. In J. P. Forgas (Ed.), *Social Cognition: Perspectives on Everyday Understanding* (Vol. 26). New York: Academic Press.
- Nakatan, A., Souto, C., Paulette, L., Melo, T., & Souza, M. (2003). Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo programa de saúde da família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 5(1), 15-20
- Nardi, E., & Oliveira, M. (2008). Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. *Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre*, 29(1), 47-53.
- Navidian, A., Kermansaravi, F., & Rigi, S. (2012). The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patient with mental disorders. *BioMed Central Research Notes*, 5 (399), 1-7.
- Neri, A. (2000). Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliar - *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu.
- Neri, A. (2004). Contribuições da psicologia ao estudo e à intervenção no campo da velhice. *Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano*, 69-80.
- Neri, A., & Sommerhalder, C. (2002). As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais* Campinas Alínea.
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social* (Vol. 2). Lisboa: Universidade Aberta.

- Nichols, L., Martindale-Adams, J., Greene, W., Burns, R., Graney, M., & Lummus, A. (2009). Dementia Caregivers' Most Pressing Concerns. *Clinical Gerontologist*, 32(1), 1-14.
- Nolan, M., Grant, G., & Keady, J. (1998). *Assessing the Needs of Family Carers. A guide for Practitioners*. Brighton: Pavilion Publishing.
- Nolan, M., Keady, J., Grant, G. (1995). CAMI: A basis for assessment and support with family carers. *British Journal of Nursing*, 4. Oatley, K. (1992). *Best laid schemes: The psychology of emotions*. New York, NY: Cambridge University Press & Paris: Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- Northouse, L., Katapodi, M., Song, L., Zhang, L., & Mood, D. (2010). Interventions with family caregivers of cancer patients meta-analysis of randomized trials. *Cancer Journal for Clinicians*, 60 (5), 317-339.
- Oliveira, J. (2008). *Psicologia do Envelhecimento* (3ª ed.). Porto: Legis Editora.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Caderno temático - MDP- *Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em situação crítica*.
- Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6 ed.). St. Louis: Mosby.
- Papastavrou, E., Charalambous, A., & Tsangari, H. (2012). How do informal caregivers of patients with cancer cope: A descriptive study of the coping strategies employed. *European Journal of Oncology Nursing*, 16, 258-263.
- Pardal, L., & Correia, E. (1995). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Ariel Editores.
- Paschoal, S. (2000). *Autonomia e Independência*. São Paulo: Atheneu Editora.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras*, 15, 275-287.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores
- Paúl, M. (1997). *Lá para o Fim da Vida. Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Edições Almedina.
- Payne, S., Smith, P., & Dean, S. (1999). Identifying the concerns of informal carers in palliative care. *Palliat Medicine*, 13(1), 37- 44.

- Pelzer, M., & Sandri, J. (2002). O viver e ser saudável no envelhecimento humano contextualizado através da história oral. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 23(2), 108-122.
- Peña-Solano, M., Herazo-Dilson, M. & Calvo-Gómez, J. (2009). Depresión en ancianos. *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 57(4), 347-355.
- Peplau, L. & Perlman, D. (1982). *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: John Wiley and Sons, Inter science.
- Perrone, L. (1977). *Metodi Quantitativi della Ricerca Sociale*. Milão: Feltrinelli.
- Pestana, M., Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS* (5.ª ed.), Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Peter, L., Hudson, S., & Linda, J. (2004). Meeting the supportive needs of family caregivers in palliative care: Challenges for health professionals. *Journal of Palliative Medicine*, 7(1), 19-25.
- Petronilho, F. (2012). *O Autocuidado: Conceito Central na Enfermagem* (1 ed.). Coimbra: Fomasau.
- Pimenta, G., Costa, M., Gonçalves, L., & Alvarez, Â. (2009). Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande região do Porto, Portugal. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 43(3), 609-614.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5 ed.). Porto Alegre: Edições Artes Médicas.
- Pot, A. & Petra, I. (2013). Bupa/ADI report: *Improving dementia care worldwide: Ideas and advice on developing and implementing a National Dementia Plan*. London, Bupa/ADI.
- Quaresma, M. (1996). Cuidados familiares às pessoas muito idosas. *Documentos Temáticos* (5).
- Queirós, C. (1997). Toxicodependência e emoções: estudo comparativo entre toxicodependentes e não toxicodependentes. *Revista Toxicodependências*, 3(2), 65-76.
- Quinn, C., Clare, L., & Woods, R. (2010). The impact of motivations and meanings on the wellbeing of caregivers of people with dementia: a Systematic Review. *International Psychogeriatrics*, 22(1), 43-55.

- Quivy, R., & Campenhout, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Grávida – Publicações.
- Raso, V. (2002). A adiposidade corporal e a idade prejudicam a capacidade funcional para realizar as actividades da vida diária de mulheres acima de 47 anos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 8(6), 225-234.
- Reckrey, J., Decherrie, L., Kelley, A. & Ornstein, K. (2013). Health care utilization among homebound elders: does caregiver burden play a role?. *Journal of Aging Health*, 25 (6), 1039-1049.
- Ribeiro, J. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (2 ed.). Lisboa: Placedo, Editora Lda.
- Ribeiro, Ó. (2005). Quando o Cuidador é um Homem: Envelhecimento e Orientação para o Cuidado. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rosa, E., Lussignoli, G., Sabbatini, F., Chiappa, A., Di Cesare, S., Lamanna, L. & Zanetti, O. (2010). Needs of caregivers of patients with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51, 54-58.
- Sá-Chaves, I. (2007). *Formação, Conhecimento e Supervisão: contributo nas áreas da formação de professores e de outros profissionais* (2 ed.). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Santin, O., Coleman, H., Mills, M., Cardwell, C., & Donnelly, M. (2012). Psychosocial interventions for informal caregivers of people living with cancer (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- Santos, B. (1995). Pela mão de Alice. *O social e o Político na Pós-modernidade*. Porto: Edições Afrontamento.
- Santos, I. (2007). Cuidando do Educando: A Sociopoética sensibilizando a formação do cuidador. *Revista de Enfermagem UERJ*, 15(1), 113-118.
- Schulz, R. (2013). Research priorities in geriatric palliative care: informal caregiving. *Journal of Palliative Medicine* 16(9).
- Schuklenk, U. (2005). Module One: Introduction to Research Ethics. *Developing World Bioethics*, 5(1).

- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship* 26(2).
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes - Diagnósticos e Intervenções* (1ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 491–500.
- Serapioni, M. (2000). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. 5(1), 187-192.
- Sha, A., Wadoo, O., & Latoo, J. (2010). Psychological distress in carers of people with mental disorders. *British Journal of Medical Practitioners*, 3(3), 327.
- Silva, A., Teixeira, H., Teixeira, M., & Freitas, S. (2013). The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 792–803.
- Smith, S. (2005). What is Caregiving? *University of Florida - IFAS Extension*, 1-5.
- Soderhamn, O. (2000). Self-care as a structure: A phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7, 183-189.
- Sommerhalder, C. (2001). *Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar - Dissertação de Mestrado*. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família*. Porto: Âmbar.
- Spar La Rue, J. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Stake, R. (2000). Case studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 435-454). London: Sage Publications.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research, Grounded Theory, Procedures and Techniques*. Newbury Park: Sage Publications.
- Strongman, K. (1998). *A Psicologia da Emoção* (2 ed.): Lisboa: Climepsi Editores.
- Syder, C., & Dinoff, B. (1999). Coping: where have you been? In C. R. Snyder (Ed.), *Coping – The Psychology of What Works* (pp. 3-19). Oxford: Oxford University Press.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (1998). *Mixed Methodology: Combining Qualitative and Quantitative Approaches* (Vol. 46). Thousand Oaks: Sage Publications.

- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2010). *Handbook of Mixed Methods in Social & Behavior Research* (2 ed.). Handcover: Sage Publications.
- Thober, E., Creutzberg, M., & Viegas, K. (2005). Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. *Revista Brasileira de Enfermagem- REBEn*, 58(4), 438-443.
- Thomas, S., & Pollio, H. (2002). *Listening to Patients. A Phenomenological Approach to Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Tomkins, S., & Izard, C. (1965). *Affect, cognition and personality: Empirical studies*. New York: Springer.
- Torres, S., & Gerra, M. (2003). A construção de um instrumento de avaliação das emoções para a anorexia nervosa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 97-110.
- Torres, S., Guerra, M., Lencastre, L., Roma-Torres, A., Brandão, I., Queirós, C., et al. (2011). Cognitive processing of emotions in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 19, 100-111.
- Tugade, M., & Fredrickson, B. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality Social Psychology*, 86(2), 320–333.
- Tuithof, M., Have, M., Dorsselaer, S., & Graaf, R. (2015). Emotional disorders among informal caregivers in the general population: target groups for prevention. *BMC Psychiatry*, 15-23.
- Turato, E. (2005). *Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa*. 39(3), 507-514.
- Vala, J. (2007). Análise de Contúdo. In A. S. Silva & J. M. Pinto (Eds.), *Metodologia das Ciências Sociais* (270 ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Vandepitte, S., Van Den Noortgate, N., Putman., K., Verhaeghe, S., Verdonck, C. & Annemans, L. (2016). Effectiveness of respite care in supporting informal caregivers of persons with dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1.
- Vaz Serra, A. (1999). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: Adriano Vaz Serra.
- Ventura, M. (2007). O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. *Pedagogia Médica*, 20(5), 383-386.

- Vieira, C., Fialho, A., Freitas, C., & Jorge, M. (2011). Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem- REBEn*, 64(3), 570-579.
- Vilar, D., & Lopes, M. (2012). A doença de Alzheimer pela voz dos cuidadores informais: um estudo qualitativo. *Intervenção Social*, 39, 105-119.
- Vygotsky, L. (2001). *Psicologia Pedagógica*. Editora Martins Fontes.
- Wackerbarth, S., & Johnson, M. (2002). Essential information and support needs of family caregivers. *Patient Education and Counseling*, 47(2), 95-100.
- Watson, J. (1985). *Nursing: Human science and human care: A theory of nursing*: Norwalk.
- Whiting, L. (2008). Semi-structured interviews: guidance for novice researchers. *Nursing Standard*, 22(23), 35-40.
- Wilkinson A, & Whitehead, L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review, *Intern. Journal Nursing. Studies*. 46: 1143-1147.
- WHO. (1999). Ageing. Exploding the Myths. World Health Organization. Retrieved from www.who.int/hpr/globalmovement/exploding-myth_eng.pdf.
- WHO. (2002). Active Aging: A Policy Framework.
- WHO. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies : Evidence for action*. Geneva.
- WHO. (2004). Health and Aging. 1-38.
- WHO. (2008). Home Care in Europe. *The Solids Facts*, 35.
- Yin, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods* (2 ed. Vol. 5). Thousand Oaks.: Sage Publications.
- Yin, K. (2005). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman.
- Zagonel, I.(1998). O cuidado de enfermagem na perspectiva dos eventos transicionais humanos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 11(2), 56-63.
- Zambrano-Dominguez, M., & Guerra-Martin, M. (2012). Formación del cuidador informal: relación con el tiempo de cuidado a personas dependientes mayores de 65 años. *AQUICHAN*, 12 (3), 241-251.
- Zarit, S. (1997). Interventions with family caregivers. In S. H. Z. B. G. Knight (Ed.), *A guide to Psychotherapy and Aging*. Washington: American Psychological Association.
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Zoboli, E. (2007). Ética do cuidado: Uma reflexão sobre o cuidado da pessoa idosa na perspectiva do encontro interpessoal. *Saúde Colectiva*, 4 (17), 158-163.

.

Anexo A

Índice de Barthel (IB)

As questões que se seguem procuram avaliar a capacidade funcional para realizar as **atividades básicas de vida diária**, atribuindo a resposta que melhor se adequa à situação do idoso.

Índice de Barthel

Evacuar

- 0= Incontinentes (ou precisa eu lhe façam um enema)
- 5= Acidente Ocasional (uma vez por semana)
- 10= Contigente

Urinar

- 0= Incontinentes ou cateterizado e incapacitado de o fazer
- 5= Acidente Ocasional (máximo uma vez em 24 horas)
- 10= Contigente (por mais de 7 dias)

Higiene Pessoal

- 0= Necessita de ajuda com o cuidado pessoal
- 5= Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

Ir à casa de banho

- 0= Dependente
- 5= Precisa de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho
- 10= Independente

Alimentar-se

- 0= Incapaz
- 5= Precisa de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc...
- 10= Independente (a comida é fornecida)

Deslocações

- 0= Incapaz – não tem equilíbrio ao sentar-se
- 5= Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se
- 10= Pequena Ajuda (verbal ou física)
- 15= Independente

Mobilidade

- 0= Imobilizado
- 5= Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc...
- 10= Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
- 15= Independente

Vestir-se

- 0= Dependente
- 5= Precisa de ajuda, mas consegue fazer cerca de metade sem ajuda
- 10= Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

Escadas

- 0= Incapaz
- 5= Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando)
- 10= Independente para subir e descer

Tomar banho

- 0= Dependente
- 5= Independente (ou no chuveiro)

Classificação

- <20– Muito Grave
- ≥20 e ≤ 40– Grave
- >40 e ≤60– Moderado
- >60 – Ligeiro
- 100 - Independente



Silvia Torres <silviastorres92@gmail.com>

pedido de autorização - Índice de Barthele

2 mensagens

Silvia Torres <silviastorres92@gmail.com>
Para: araujo@esenf.pt

24 de maio de 2012 18:33


Cara dr^a Fátima Araújo

Venho por este meio pedir autorização para a utilização do Índice de Barthele no âmbito do meu trabalho doutoral em Didáctica e formação - ramo da Supervisão da Universidade de Aveiro (ver anexo)

Peço a sua colaboração.

Obrigada

Silvia Torres

 **pedido de autorização - Escala de Barthele.docx**
12K

araujo@esenf.pt <araujo@esenf.pt>
Para: Silvia Torres <silviastorres92@gmail.com>

25 de maio de 2012 11:55

Bom dia Dr^a Sílvia Maria Sousa Torres

Em resposta ao solicitado envio-lhe a cópia do instrumento que não está no artigo disponível na revista nacional de saúde pública.
Felicito-a pelo seu trabalho e desejo-lhe muito sucesso.
Se necessário pode sempre contactar-me por esta via ou pelo TM:968886180.

Atenciosamente
Prof Fatima Araujo

[Texto das mensagens anteriores oculto]

2 anexos **publicacao REVISTA_SP_05_02_2007.pdf**
68K **ESCALA_BARTHEL_pessoal[2].pdf**
31K

Sílvia Maria Sousa Torres

Rua Joaquim Seixido nº 2


4785-667 Trofa

Exma Dr^a Fátima Araújo

Assunto: Pedido de autorização

Eu, Sílvia Maria Sousa Torres, doutoranda do Curso de Doutoramento em Didática e Formação - ramo da Supervisão na Universidade de Aveiro, venho solicitar a autorização para a utilização do Índice de Barthel. Este instrumento de colheita de dados avalia o nível de independência do sujeito para a realização das atividades de vida diárias, neste contexto a sua aplicação facilitará a identificação do índice de dependência dos idosos que recebem apoio domiciliário por parte da equipa de enfermagem da USF- Ao Encontro da Saúde.

Com os melhores cumprimentos



Sílvia Maria Sousa Torres

Maio de 2012

Anexo B

Questionário Cuide

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1) INSTITUIÇÃO: _____

2) DISTRITO: _____ CONCELHO: _____

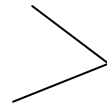
3) NÚMERO DO CASO: _____

4) MÉTODO DE APLICAÇÃO:

Investigador 1

Via postal 2

Entrevista 3



Ir para a Questão 6

5) NO CASO DE ENTREVISTA, INDICAR A PROFISSÃO DO ENTEVISTADOR:

Assistente de investigação 1

Técnico de serviço social 2

Médico 3

Terapeuta 4

Enfermeiro 5

Outro 1

Especifique, por favor: _____

6) LOCAL DE REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA:

Em casa do cuidador 1

Em casa da pessoa a quem presta cuidados 2

Em casa de ambos 3

Instituição de acção social (Centro de Dia, Centro de Convívio, Lar, outros) 4

Hospital 5

Centro de Saúde 6

Outro 7

Especifique, por favor: _____

7) DATA DE AVALIAÇÃO: (Dia/Mês/Ano) ____/____/____

Questionário CUIDE

INFORMAÇÕES ACERCA DO PRESTADOR INFORMAL DE CUIDADOS

8) DATA DE NASCIMENTO: (Dia/Mês/Ano) ____/____/____

9) SEXO: Masculino 1 Feminino: 2

10) SITUAÇÃO CONJUGAL:

Casado(a)/ em união de facto 1 Divorciado(a)/Separado(a) 2

Viúvo(a) 3 Solteiro(a) 4

11) PROFISSÃO: _____

12) SITUAÇÃO OCUPACIONAL (Escolha apenas uma situação, aquela que melhor se ajuste ao seu caso):

Empregado(a) a tempo inteiro 1

Empregado(a) a tempo parcial 2

Aposentado(a)/reformado(a) 3

Desempregado(a) 4

Estudante a tempo inteiro 5

Doméstica 6

Outra 7

Especifique, por favor: _____

13) TEM ALGUMA OCUPAÇÃO SECUNDÁRIA?

Sim 1 Qual? _____

Não 2

14) GRAU DE ESCOLARIDADE:

- Não frequentou o ensino formal 1
- 1º Ciclo do Ensino Básico ou 4ª classe 2
- 2º Ciclo do Ensino Básico ou Ciclo Preparatório (5º/6º anos) 3
- 3º Ciclo do Ensino Básico ou 9º ano (5º ano liceal) 4
- Ensino Secundário (antigo Ensino Industrial ou Comercial) 5
- Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento) 6

15) QUAL É A SUA RELAÇÃO COM A PESSOA A QUEM PRESTA CUIDADOS?

- | | | | |
|-------------------------|----------------------------|---------------------|----------------------------|
| Cônjuge/Companheiro(a) | <input type="checkbox"/> 1 | Irmão/Irmã | <input type="checkbox"/> 2 |
| Filho(a) | <input type="checkbox"/> 3 | Genro/Nora | <input type="checkbox"/> 4 |
| Outro membro da família | <input type="checkbox"/> 5 | Amigo(a)/Vizinho(a) | <input type="checkbox"/> 6 |

➔Especifique, por favor: _____

16) QUAL A DISTÂNCIA ENTRE SI E A PESSOA A QUEM PRESTA CUIDADOS?

- Vivem na mesma casa 1
- Vivem em casas diferentes, mas no mesmo edifício (ou geminadas) 2
- A uma distância passível de ir a pé 3
- Até 10 minutos de carro/autocarro ou combóio 4
- Até 30 minutos de carro/autocarro ou combóio 5
- Até 1 hora de carro/autocarro ou combóio 6
- A mais de 1 hora de carro/autocarro ou combóio 7

17) HÁ QUANTO TEMPO PRESTA CUIDADOS A ESTA PESSOA?

Anos: _____ Meses: _____

18) QUE TIPO DE APOIO OU CUIDADOS É QUE PROPORCIONA? (Pode assinalar mais do que uma alternativa de resposta)

Físicos/Pessoais 1
(p. ex.: lavar, vestir)

Domésticos 2
(p. ex.: cozinhar, limpar a casa)

Apoio Emocional/Psicológico 3
(p. ex.: companhia, encorajamento, ânimo)

Apoio Social 4
(p. ex.: acompanhamento ao médico, ao banco)

Apoio Financeiro 5
↳ Especifique, por favor: _____

19) EM MÉDIA, QUANTAS HORAS POR SEMANA OCUPA A PRESTAR CUIDADOS A ESTA PESSOA?

_____ Horas

20) NA SUA PERSPECTIVA, QUAL O GRAU DE DEPENDÊNCIA DA PESSOA RELATIVAMENTE AOS SEUS CUIDADOS?

Gravemente dependente 1

Moderadamente dependente 2

Parcialmente dependente 3

Independente 4

21) OS CUIDADOS QUE PRESTA A ESTA PESSOA CAUSAM LIMITAÇÕES NA SUA VIDA PROFISSIONAL/OCUPACIONAL?

Sim 1 Quais? _____

Não 2

22) OS SERVIÇOS SOCIAIS OU DE SAÚDE PROPORCIONAM ALGUM TIPO DE APOIO A SI?

Sim 1 Quais? _____

Não 2

23) OS SERVIÇOS SOCIAIS OU DE SAÚDE PROPORCIONAM ALGUM TIPO DE APOIO À PESSOA A QUEM PRESTA CUIDADOS?

Sim 1 Quais? _____

Não 2

24) MAIS ALGUÉM, PRESTADOR INFORMAL DE CUIDADOS (P. EX.: FAMÍLIA, AMIGOS, VIZINHOS, ETC.) COLABORA NA TAREFA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS?

Sim 1 Quem? _____

Em que tarefas? _____

Não 2

25) EXISTE MAIS ALGUÉM A QUEM TENHA DE PRESTAR ESTE TIPO DE APOIO/CUIDADOS? (p. EX.: PARENTES DOENTES OU INVÁLIDOS, OU A UM AMIGO)?

Sim 1 Quem? _____

Não 2

26) DE UM MODO GERAL, PODERÁ DIZER QUE A SUA SAÚDE É:

- | | |
|-------------|----------------------------|
| Muito boa | <input type="checkbox"/> 1 |
| Boa | <input type="checkbox"/> 2 |
| Razoável | <input type="checkbox"/> 3 |
| Fraca | <input type="checkbox"/> 4 |
| Muito fraca | <input type="checkbox"/> 5 |

INFORMAÇÕES ACERCA DA PESSOA A QUEM PRESTA CUIDADOS

27) DATA DE NASCIMENTO: (Dia/Mês/Ano) ____/____/____

28) SEXO: Masculino 1 Feminino 2

29) CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE VIVE:

a) Vive:

- | | |
|---------------|----------------------------|
| Sozinho | <input type="checkbox"/> 1 |
| Com a família | <input type="checkbox"/> 2 |
| Lar de idosos | <input type="checkbox"/> 3 |
| Outra | <input type="checkbox"/> 4 |

 Especifique, por favor: _____

b) Costuma ter acesso a:

- | | |
|---------------------|----------------------------|
| Apoio Domiciliário | <input type="checkbox"/> 1 |
| Centro de Dia | <input type="checkbox"/> 2 |
| Centro de Convívio | <input type="checkbox"/> 3 |
| Visita Domiciliária | <input type="checkbox"/> 4 |
| Outro | <input type="checkbox"/> 5 |

 Especifique, por favor: _____

Escala CUIDE

30) SENTE QUE CONSEGUE ENFRENTAR POSITIVAMENTE AS SUAS TAREFAS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS?

Sempre 4 Muitas vezes 3 Por vezes 2 Nunca 1

31) CONSIDERA A TAREFA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS UMA ACTIVIDADE MUITO EXIGENTE?

Sempre 4 Muitas vezes 3 Por vezes 2 Nunca 1

32) PRESTAR CUIDADOS SIGNIFICA QUE "NÃO TEM UM MINUTO" PARA SI MESMO(A)?

Sempre 4 Muitas vezes 3 Por vezes 2 Nunca 1

33) A TAREFA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS CAUSA DIFICULDADES NO SEU RELACIONAMENTO COM OS AMIGOS?

Sempre 4 Muitas vezes 3 Por vezes 2 Nunca 1

34) A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS TEM UM EFEITO NEGATIVO NA SUA SAÚDE FÍSICA?

Sempre 4 Muitas vezes 3 Por vezes 2 Nunca 1

N/A

35) A PRESTAÇÃO DE APOIO/CUIDADOS CAUSA DIFICULDADES NA RELAÇÃO QUE TEM COM A SUA FAMÍLIA?

N/A

Sempre 4 Muitas vezes 3 Por vezes 2 Nunca 1

36) A PRESTAÇÃO DE APOIO/CUIDADOS É, PARA SI, CAUSA DE DIFICULDADES FINANCEIRAS?

Sempre 4 Muitas vezes 3 Por vezes 2 Nunca 1

37) SENTE-SE "PRISIONEIRO" DA SUA TAREFA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS?

Sempre 4 Muitas vezes 3 Por vezes 2 Nunca 1

38) SENTE-SE SUFICIENTEMENTE APOIADO(A) PELOS SEUS AMIGOS, E/OU VIZINHOS, E/OU OUTROS?

N/A

Sempre 4 Muitas vezes 3 Por vezes 2 Nunca 1

39) SENTE QUE A TAREFA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS RESTRINGE EXCESSIVAMENTE A SUA VIDA SOCIAL?

N/A

Sempre 4 Muitas vezes 3 Por vezes 2 Nunca 1

40) SENTE QUE A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS É UMA TAREFA QUE LHE TRAZ SATISFAÇÃO PESSOAL?

Sempre 4 Muitas vezes 3 Por vezes 2 Nunca 1

41) SENTE-SE SUFICIENTEMENTE APOIADO(A) PELA SUA FAMÍLIA?

Sempre 4 Muitas vezes 3 Por vezes 2 Nunca 1

N/A

42) TEM UMA BOA RELAÇÃO COM A PESSOA A QUEM PRESTA CUIDADOS?

Sempre 4 Muitas vezes 3 Por vezes 2 Nunca 1

43) SENTE-SE SUFICIENTEMENTE APOIADO(A) PELOS SERVIÇOS SOCIAIS E DE SAÚDE (P. EX.: PÚBLICOS, PRIVADOS, VOLUNTARIADO)?

Sempre 4 Muitas vezes 3 Por vezes 2 Nunca 1

N/A

44) SENTE QUE É VALORIZADO ENQUANTO PESSOA QUE PRESTA CUIDADOS?

Sempre 4 Muitas vezes 3 Por vezes 2 Nunca 1

N/A

45) A TAREFA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS TEM UM EFEITO NEGATIVO NO SEU BEM-ESTAR EMOCIONAL?

Sempre 4 Muitas vezes 3 Por vezes 2 Nunca 1

46) DE UMA FORMA GERAL, SENTE-SE SUFICIENTEMENTE APOIADO(A) NO SEU PAPEL DE PESSOA QUE PRESTA CUIDADOS?

Sempre 4 Muitas vezes 3 Por vezes 2 Nunca 1

Olá Dayse
Obrigada pelas sugestões! Vou ponderar tudo!

Agora faço eu uma outra sugestão: falou-me dos instrumentos para analisar necessidades dos cuidadores: eu e a Daniela validámos o COPE/CUIDE que envio em attach! Seria muito interessante, para nós, se vocês usassem este instrumento! E tinham toda a autorização. Envio o instrumento em attach e alguns artigos!
Beijinhos
Liliana

Liliana Xavier de Sousa
pró-reitora/prorector
universidade de aveiro/university of Aveiro
+351234370281



Ficheiro: COPE - CUIDE instrumento.pdf (54Kbytes)



Ficheiro: COPE-CUIDE Instruções.pdf (77Kbytes)



Ficheiro: Gerantelwaist_2008.pdf (194Kbytes)

Anexo C

Questionário de Avaliação das Emoções (QAE)

Questionário da Avaliação das Emoções

Instruções: No presente questionário encontra uma série de emoções primárias positivas e negativas. Cada uma representa uma emoção que poderá ser despoletada ao longo da prestação de cuidados. Não existem respostas certas ou erradas.

Por favor, identifique a frequência que a pessoa sente as 11 emoções primárias definidas por Izard, permitindo avaliar se a predominância é nas emoções “positivas” ou nas negativas”.

Utilizando uma escala de 1 a 5, em que:

1, significa “Nunca” / 2, significa “raramente” / 3, significa “Algumas Vezes”

4, significa “Quase sempre” / 5, significa “Sempre”

Predominância das emoções	1	2	3	4	5
Emoções Primárias					
Interesse					
Alegria					
Surpresa					
Cólera					
Nojo					
Desprezo					
Medo					
Angustia					
Vergonha					
Tristeza					
Culpa					

Sílvia Maria Sousa Torres

Rua Joaquim Seixido nº 2

4785-667 Trofa

Exma Dr^a Sandra Torres e Exma Dr^a Marina Prista Guerra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto

Assunto: Pedido de autorização

Eu, Sílvia Maria Sousa Torres, doutoranda do Curso de Doutoramento em Didáctica e Formação – ramo da Supervisão na Universidade de Aveiro, venho solicitar a autorização para a utilização da Adaptação do Questionário de Avaliação das Emoções para a Anorexia Nervosa (QAE-NA). Este instrumento de colheita de dados caracteriza de forma detalhada as emoções primárias tendo como base a Teoria Diferencial das Emoções reformulada por Izard, este investigador e sua teoria surge no meu trabalho científico como base para o estudo das emoções primárias, neste contexto a aplicação do questionário poderá contribuir para um conhecimento aprofundado das emoções experienciadas pelos cuidadores informais de idosos dependentes resultantes da prestação de cuidados no domicílio.

Com os melhores cumprimentos

Sílvia Maria Sousa Torres

Janeiro de 2012



Silvia Torres <silviatorres92@gmail.com>

Re: pedido de autorização QAE-AN

6 mensagens

Sandra Torres <storres@fpce.up.pt>
Para: Silvia Torres <silviatorres92@gmail.com>

25 de janeiro de 2012 13:43

Cara Sílvia,
Desde já agradeço o seu contacto. Terei todo o gosto que utilize o QAE-AN, contudo, convinha esclarecer que este instrumento não é uma escala que forneça um score total. É uma tarefa experimental, criada com o intuito de verificar se as pessoas com anorexia nervosa sentem emoções diferentes de pessoas sem doenças. Desta forma, foram criadas várias situações organizadas em 2 grupos: situações comuns na anorexia nervosa e situações gerais do dia-a-dia. Os resultados foram analisados situação a situação. Em anexo envio-lhe o artigo publicado com os resultados obtidos.
Face ao que percebi do seu estudo, as situações relativas à área alimentar não me parece serem muito pertinentes. Contudo, se depois de analisar as particularidades do instrumento concluir que ele é válido para a sua investigação, contacte-me novamente e eu enviar-lhe-ei um exemplar do QAE-AN.

Cordialmente,
Sandra Torres

--

Sandra Torres
Prof. Auxiliar da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Univ. do Porto (Portugal)
Assistant Professor (PhD) - Faculty of Psychology and Educational Sciences,
University of Porto (Portugal)
Rua Dr. Manuel Pereira da Silva
4200-392 Porto (Portugal)
Tel.: +351 22 607 97 23 ** Fax: +351 22 607 97 25

> Cara doutora Sandra Torres..
>
> Venho por este meio pedir autorização para a utilização do questionário
> QAE-NA no âmbito do meu trabalho doutoral em Didáctica e formação - ramo da
> Supervisão da Universidade de Aveiro (ver anexo)
>
> Peço a sua colaboração.
>
> Obrigada
>
> Sílvia Torres
>
> --
> This message has been scanned for viruses and
> dangerous content by MailScanner, and is
> believed to be clean.
>
>

--

Sandra Torres
Prof. Auxiliar da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Univ. do Porto (Portugal)
Assistant Professor (PhD) - Faculty of Psychology and Educational Sciences,

Anexo D

Pedido de Consentimento Informado para entrevista e gravação áudio

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA
GRAVAÇÃO DE ENTREVISTA**

Confirmando que expliquei ao cuidador informal, de forma adequada, os procedimentos necessários ao ato acima referido. As gravações feitas destinam-se exclusivamente ao estudo em questão. Pretende-se assim, reunir evidências que possibilitem obter conhecimentos mais aprofundados sobre as vivências dos cuidadores informais de idosos dependentes. Toda a informação recolhida fica à guarda e responsabilidade de Sílvia Maria Sousa Torres.

Em qualquer caso, é garantido que há ocultação de dados de identificação do participante. É igualmente garantido que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afete os cuidados prestados pelos cuidador informal. Também é expressamente garantido que haverá destruição de toda a informação ao fim de 5 anos de apresentação do estudo.

Nome legível do responsável pela proposta: Sílvia Maria Sousa Torres

|

Data ____/____/____ Assinatura _____

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido(a). Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro que concordo com o que me foi proposto e explicado pelo responsável pelo estudo que assina este documento, podendo fazer todas as perguntas sobre o assunto. Autorizo a realização do ato indicado nas condições em que me foram explicadas.

Data, ____/____/____ Assinatura _____

Anexo E

Guião da entrevista semiestruturada

Guião da Entrevista Semiestruturada

BLOCO 1 – PAPEL DO CUIDADOR INFORMAL	
Objetivo	Questões
Caracterizar os papéis que assumem os CI no apoio aos idosos dependentes	<p>1.a) Quais os motivos principais que o levaram a assumir o papel de cuidador informal?</p> <p>1.b) Quais as atividades que atualmente desenvolve na prestação de cuidados ao idoso?</p> <p>1.c) Quais os aspetos positivos que identifica no seu papel de cuidador informal?</p> <p>1.d) Quais os aspetos negativos que identifica no seu papel de cuidador informal?</p> <p>1.e) No desenvolvimento do seu papel de cuidador que ajudas possui?</p> <p>1.f) Em que medida que a prestação de cuidados traz benefícios para si como cuidador? Que benefícios?</p>
BLOCO 2 – REPRESENTAÇÕES SOBRE A PESSOA CUIDADA	
Objetivo	Questões
Caracterizar a forma como o cuidador informal observa o idoso dependente	<p>2.a) Descreve em breves palavras a pessoa que cuida.</p> <p>2.b) Quais os maiores problemas que identifica nessa pessoa?</p>
BLOCO 3 – CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO	
Objetivo	Questões
Caracterizar a pessoa cuidada no que se refere à dependência no autocuidado	<p>3.a) Quais as áreas em que identifica limitações da pessoa cuidada?</p> <p>3.b) Quais as atividades que desenvolve para ajudar os idosos nestas limitações?</p> <p>3.c) O que faz para ajudar os idosos a desenvolverem as suas atividades com maior independência possível?</p>
BLOCO 4 – GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO	
Objetivo	Questões
Identificar dificuldades na gestão do regime	<p>4.a) Em termos gerais, qual é o regime terapêutico a que o idoso está submetido?</p>

terapêutico;

4.b) Quais as dificuldades que sente na gestão desse regime terapêutico?

4.c) Qual a reação do idoso ao regime terapêutico instituído?

4.d) Quando tem dúvidas como as resolve?

BLOCO 5 – DIFICULDADES NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Objetivo	Questões
Analisar o impacto da prestação de cuidados no cotidiano do cuidador;	5.a) O cuidado que dispensa ao idoso interfere normalmente com o seu cotidiano. Em que medida? 5.b) Até que ponto a sua atividade de cuidador mudou a sua atitude perante a vida? 5.c) De que forma consegue ultrapassar as limitações decorrentes da prestação de cuidados?

BLOCO 6 – PARCERIAS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Objetivo	Questões
Analisar de que forma os profissionais de saúde colaboram na prestação de cuidados;	6.a) Na sua opinião de que forma a equipe de enfermagem ajudou a tornar-se mais útil no cuidado ao idoso dependente?

BLOCO 7 – EMOÇÕES SENTIDAS

Objetivo	Questões
Avaliar as emoções sentidas pelo cuidador no decorrer da prestação de cuidados;	7.a) Cuidar do idoso dependente interfere com o seu cotidiano. Qual o impacto da prestação de cuidados na esfera emocional? 7.b) De que forma as emoções sentidas interferiram com a prestação de cuidados? 7.c) Quais as atividades de ajuda despertam emoções positivas? 7.d) Quais as atividades de ajuda que mais gosta de realizar ao idoso? 7.e) Durante todo este tempo quais os fatores que mais o surpreenderam na prestação de cuidados? 7.f) Que estratégias adota para superar as emoções negativas? 7.g) De que forma os profissionais de saúde o ajudaram a gerir as suas emoções ao cuidar do idoso em transição?

Anexo F

Pedido de autorização para colheita de dados

Sílvia Maria Sousa Torres
Rua Joaquim Seixido nº 2
4785-667 Trofa

Ex.mo. Senhor Presidente do Conselho de Administração
Regional de Saúde do Norte

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo em cuidadores informais de pessoas dependentes, inscritos na USF- Ao Encontro da Saúde.

Sílvia Maria Sousa Torres, enfermeira nível 1, a exercer funções na USF-Ao-Encontro da Saúde e a frequentar o III Doutoramento de Base Curricular no Ramo de Didáctica, vem por este meio solicitar a V.Ex.a se digne autorizar a recolha de dados por meio de observação directa e gravação áudio, a cuidadores informais de pessoas dependentes, que se encontram inscritos na área de actuação da USF, onde exerço funções.

Este pedido fundamenta-se no facto de que pretende elaborar uma investigação quantitativa/qualitativa no âmbito do seu doutoramento, a qual visa compreender a complexidade das práticas dos cuidadores informais na assistência aos idosos, analisando o conteúdo das intervenções, as modalidades de acção, a adaptação à situação de ajuda, a forma como se articulam com o sistema formal e geram as suas próprias respostas humanas, essencialmente como lidam com as suas emoções. Desta forma, a investigação será elaborada por meio, check list de observação tanto aos idosos dependentes como aos cuidadores informais, aplicação de inquéritos, utilização de escalas de avaliação e entrevistas realizadas a um reduzido número de cuidadores informais que compreendera o período entre 1 Abril de 2010 e 1 de Julho de 2010.

Os dados recolhidos terão o carácter inteiramente anónimo quanto a individualidade do sujeito entrevistado, mas a referencia ao local da colheita (USF-Ao Encontro da Saúde) será dada, caso autorize a sua divulgação.

Em anexos junto o guia de orientação da entrevista a ser efectuada, assim como todos os procedimentos para a recolha de dados.

Desde já agradece a toda a colaboração disponibilizada por essa instituição na colaboração de mais uma investigação que visa acima de tudo a melhoria dos cuidados de saúde prestados ao individuo, em particular na

melhoria da qualidade de vida do cuidador e de quem e cuidado, assim como colaborar para a melhoria da qualidade científica dos cuidados de enfermagem.

DECLARAÇÃO

Eu, Sílvia Maria Sousa Torres, enfermeira USF- Ao Encontro da Saúde, ACES- Grande Porto I, doutoranda no Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, venho por este meio declarar à Comissão de Ética para a Saúde (CES) que comprometo-me emitir um relatório final com os resultados e conclusões da investigação aos prestadores de cuidados informais de idosos dependentes inscritos na USF - “Ao Encontro da Saúde” de São Romão Coronado – Concelho da Trofa – Distrito do Porto, no âmbito do tese de doutoramento “Prestação informal de cuidados a idosos dependentes: suporte emocional dos cuidadores”

Trofa, Maio de 2012



Sílvia Maria Sousa Torres



Ministério da Saúde



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

1/1

PARECER Nº 114/2011

Sobre o estudo “Cuidadores Informais do Idoso: do levantamento das necessidades ao desenvolvimento de estratégias de Intervenção – C3i”

A – RELATÓRIO

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) iniciou o Processo n.º 114.11CES, na sequência do pedido de parecer formulado pela Prof.ª Doutora Dayse Cristine Dantas Brito Neri de Souza, Equiparada a Investigador Auxiliar da Universidade de Aveiro, relativo ao estudo “Cuidadores Informais do Idoso: do levantamento das necessidades ao desenvolvimento de estratégias de Intervenção – C3i”, que pretende realizar junto da Unidade de Saúde Familiar “Ao Encontro da Saúde”, Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa.

A.2. Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos: requerimento, protocolo, questionários e escalas, modelo de consentimento informado, declaração de compromisso de entrega de resultado do estudo à CES, diversas mensagens de correio eletrónico trocadas com esta CES com o que se obtiveram esclarecimentos e ajustes da documentação.

A.3. Trata-se de um estudo observacional a realizar pela aplicação de questionários (COPE-CUIDE adaptados para a língua portuguesa) junto de cuidadores informais de idosos integrado num projeto mais amplo financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (Ref.ª PTDC/CPE-PEC/103858/2008). Os objetivos do estudo são «desenvolver, monitorizar e avaliar os meios de formação de cuidadores informais dos idosos (...) no sentido de obter um diagnóstico das necessidades destes cuidadores informais». Faz parte do projeto uma subsequente proposta de «intervenções através da implementação de um gabinete de apoio ao cuidador informal na USF “ao encontro da saúde” e módulos de formação em como melhor cuidar, de forma a diminuir o seu *burnout* e ensinar estratégias de *coping*».

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1. Reconhece-se relevância ao estudo e interesse nos resultados esperados.

B.2. A metodologia utilizada salvaguarda os direitos dos participantes.

C – CONCLUSÃO

Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo.

O relator, *Rosalvo Almeida*

Aprovado em reunião do dia 18 de novembro de 2011, por unanimidade.

Rosalvo Almeida, Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN

DECLARAÇÃO

Director Executivo

Dr. Francisco Manuel da Moura Gil Pinheiro

ACES – Grande Porto I

Eu, Sílvia Maria Sousa Torres, enfermeira na USF- Ao Encontro da Saúde, ACES- Grande Porto I, doutoranda no Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência o parecer acerca da pertinência do projeto de Doutoramento “Prestação informal de cuidados a idosos dependentes: estratégias de supervisão e suporte”, tendo sido escolhida a USF - “Ao Encontro da Saúde” de São Romão Coronado – Concelho da Trofa – Distrito do Porto para desenvolvimento do mesmo. O projeto será enviado em anexo.

Trofa, 1 Junho 2012

E. D. A. M. G. P.
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE NORTE I
ACES - GRANDE PORTO I - SANTO TIRESO/TROFA
Presidente Conselho Clínico
Sanchez Silva (Dr.)
12/06/12

Sílvia Maria Sousa Torres

Sílvia Maria Sousa Torres

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE NORTE I
USF - AO ENCONTRO DA SAÚDE
do ACES - UES
Jefe Incoerente
e com interesse

15/Julho/2012
llle

Anexo G

Pedido de Consentimento Informado: Participação na investigação

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo:

“Prestação informal de cuidados a idosos dependentes: estratégias de supervisão e suporte”

Enquadramento:

Doutoramento em Didática e Formação na Universidade de Aveiro. Investigação a ser implementada na Unidade de Saúde Familiar – “Ao Encontro da Saúde”, concelho da Trofa, distrito do Porto.

Explicação do estudo:

Esta investigação procura compreender a complexidade das práticas dos cuidadores informais na assistência aos idosos dependentes, conhecendo as suas características pessoais, o contexto que os envolvem, avaliação da satisfação /insatisfação resultantes da prestação e as suas debilidades emocionais face ao cuidar.

Desta forma, a investigação utiliza alguns instrumentos de avaliação, nomeadamente o CUIDE (Figueiredo & Sousa,2002) que permite uma breve avaliação das necessidades dos cuidadores informais, assim como a identificação dos aspetos negativos e positivos; o Índice de Barthel (Araújo *et al.*, 2007) que permite caracterizar a pessoa portadora de doença avançada e progressiva; o *Questionário de Avaliação das Emoções (QAE)* validado em Portugal por Sandra Torres e Marina Prista Guerra (2003) com o objetivo de analisar a frequência das emoções básicas emergentes da experiência dos cuidadores informais decorrentes da prestação de cuidados e uma entrevista semi-estruturada para melhor compreender os aspetos do cuidar que despertam as várias de emoções básicas.

Condições e financiamento:

A investigação é financiada na sua totalidade pelo investigador.

A participação dos sujeitos é de carácter voluntário, sem qualquer tipo de prejuízo à investigação, nem de assistência a nível de cuidados de saúde, ou outros, caso não queira participar na investigação.

Para a realização desta investigação foi pedida a autorização à Unidade de Saúde Familiar – “Ao Encontro da Saúde”, local onde se realiza a investigação, assim como ao ACSES – Grande Porto I.

Confidencialidade e anonimato:

Os dados recolhidos terão o carácter inteiramente anónimo quanto a individualidade do sujeito, mas a referencia ao local da colheita (USF- Ao Encontro da Saúde) será dada, caso autorize a sua divulgação.

Agradecimento:

Desde já agradeço toda a colaboração disponibilizada por esta instituição na colaboração de mais uma investigação que visa acima de tudo a melhoria dos cuidados de saúde dos prestadores de cuidados informais e dos idosos dependentes, assim como na melhoria da qualidade científica dos cuidados de enfermagem.

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Investigador Responsável:

Sílvia Maria Sousa Torres
Enfermeiro
Telefone: 961927316
E-mail: silviastorres92@gmail.com

Assinatura: Sílvia Torres.....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

<p>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve <u>também</u> assinar em cima, se consentir) NOME: BI/CD Nº: DATA ou VALIDADE /..... /..... GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: ASSINATURA</p>
--

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 02 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**