

FAMÍLIAS DE IDOSOS DA QUARTA IDADE: DINÂMICAS FAMILIARES

RAQUEL LIMA GONÇALVES

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2010

RAQUEL LIMA GONÇALVES

**FAMÍLIAS DE IDOSOS DA QUARTA IDADE:
DINÂMICAS FAMILIARES**

Dissertação de Candidatura ao grau de
Mestre em Ciências de Enfermagem
submetida ao Instituto de Ciências
Biomédicas Abel Salazar da Universidade
do Porto

Orientadora - Doutora Maria Manuela
Ferreira Pereira da Silva Martins

Professora Coordenadora da Escola
Superior de Enfermagem do Porto
Doutora em Ciências de Enfermagem

Escola Superior de Enfermagem do Porto/
Instituto de Ciências Biomédicas Abel
Salazar

ABREVIATURAS

Artº. - artigo

Cap. - capítulo

Ed. - edição

Máx. - máximo

Min. - mínimo

Nº - número

P. - página

Vol. - volume

SIGLAS

ARS - Administração Regional de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Actividades de Vida Diária

DM - Diabetes Mellitus

DP - Desvio Padrão

DPOC - Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva

EUA - Estados Unidos da América

DGS - Direcção Geral de Saúde

GESPI - Grupo de Estudos Sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas

HBP - Hipertrofia Benigna da Próstata

HTA - Hipertensão Arterial

INE - Instituto Nacional de Estatística

OMS - Organização Mundial de Saúde

QPFC - Questionário do Perfil da Família Cuidadora de Idosos Fragilizados

WHO - World Health Organization

Aquele que envelhece e que segue atentamente esse processo poderá observar como, apesar de as forças falharem e as potencialidades deixarem de ser as que eram, a vida pode, até bastante tarde, ano após ano e até ao fim, ainda ser capaz de aumentar e multiplicar a interminável rede das suas relações e interdependências e como, desde que a memória se mantenha desperta, nada daquilo que é transitório e já se passou se perde.

Hermann Hesse, 2009

Ao Hugo, pelo tempo perdido, pela ajuda fundamental, pelas angústias e vitórias
partilhadas deste meu pequeno caminho,

Aos meus pais, pela paciência e compreensão,

A toda a minha família, pelo tempo roubado,

À Professora Manuela Martins, pela orientação e disponibilidade fornecida,

À Professora Arminda Costa pela possibilidade de integrar neste projecto,

Às Instituições envolvidas e respectivas equipas de enfermagem,

Aos utentes e seus familiares, sem os quais este trabalho não teria sentido, nem
seria possível de concretizar,

A todos, remeto os mais **sinceros agradecimentos**.

RESUMO

A prevenção de doenças crónicas e degenerativas juntamente com a assistência de saúde e social ao idoso e o suporte aos familiares cuidadores representam novos desafios para o sistema de saúde. Cuidar de quem cuida é também responsabilidade dos profissionais de saúde. Face à problemática do envelhecimento da população terá toda a pertinência o desenvolvimento de estudos neste âmbito. O presente estudo quantitativo, descritivo, exploratório tem como finalidade: contribuir para a melhoria da assistência a idosos dependentes no seu contexto familiar. O estudo foi realizado com 86 idosos dependentes, de idade igual ou superior a 80 anos, com capacidade cognitiva e de comunicação, da região do distrito do Porto. Fizeram também parte deste estudo os respectivos familiares cuidadores que coabitavam com estes idosos, à excepção de 25 destes idosos que pertenciam a famílias unipessoais, sem familiares cuidadores. Concretizado de Junho a Outubro de 2009 no domicílio dos idosos/cuidadores por intermédio de duas instituições de saúde do distrito do Porto, pela aplicação de um conjunto de questionários. Os idosos deste estudo são maioritariamente: do sexo feminino, de idades compreendidas entre os 80-85 anos, católicos praticantes, de escolaridade de ensino básico e viúvos. Predominantemente apresentam pelo menos uma patologia associada, entre outras queixas de saúde, em regime de polimedicação, sendo na sua maioria ligeiramente dependentes sobretudo em actividades como o banho, higiene corporal e vestir. Quanto à funcionalidade familiar, a maioria destes apresenta uma família altamente funcional. Relativamente à qualidade de vida nos diferentes domínios estes idosos apresentam uma qualidade de vida razoável. Os cuidadores são na sua maioria: do sexo feminino, de idades compreendidas entre 18-64 anos, católicos praticantes, com escolaridade universitária, casados/união de facto, aposentados ou com ocupação, sendo os principais cuidadores os(as) filhos(as). Quanto ao seu estado de saúde a maioria apresenta uma patologia associada, considera-a “*regular*”, e “*igual*” comparativamente há 5 anos atrás e às pessoas da sua idade. Igualmente, a qualidade de vida destes cuidadores é razoável nos vários domínios.

ABSTRACT

The prevention of chronic and degenerative diseases along with the welfare and health assistance to the elderly and the support to the relatives who take care, represent new challenges to the health system. Taking care of those who take care is also a responsibility of health professionals. Due to the population ageing problematics it will be of all relevance the development of studies in that context. The current quantitative, descriptive and explorative essay has as aim: to contribute to the improvement of dependent elderlies's assistance in their familiar context. The essay was realized with 86 dependent elderlies with ages equal or superior to 80 years old, with communicative and cognitive capacities, living in the region of Oporto. Also made part of this essay their family caregivers who lived with these seniors, except for 25 of them that belonged to one-person families, without family caregivers. The essay was concretized from June to October 2009 in the elderlies's/caregivers's houses through two health institutions from Oporto district and with the application of a group of questionnaires. The elderlies are majorly: females with ages between 80-85 years old, catholics, elementary school degree and widowers. Predominantly, they present, at least, an associated pathology, among other health complaints, in a medical treatment regimen being in majority slightly dependents mainly in activities like bathing, corporal hygiene and dressing. As for the familiar functionality the greater number presents a highly functional family. Relatively to life quality in the different domains these elderlies present a reasonable quality of life. The persons who take care are in majority: females with ages between 18-64 years old, catholics with academic degree, married/union, retireds or with a job, being the principal care takers the sons/daughters. Concerning their health state the majority presents an associated pathology, regard it as "normal" and "equal" comparatively to 5 years ago and the persons from their age. In the same way life quality of these care takers is reasonable in the several domains.

SUMÁRIO

0 - INTRODUÇÃO	13
1 - SER IDOSO	17
1.1 - Processo de envelhecimento	17
1.2 - Percurso para a dependência	26
2 - ENVELHECIMENTO NO CONTEXTO FAMILIAR	38
2.1 - Família e suporte familiar	39
2.2 - Família como prestadora de cuidado informal ao idoso	48
3 - QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE	60
3.1 - Qualidade de vida	60
3.2 - Qualidade de vida do idoso	64
3.3 - Qualidade de vida do cuidador	76
4 - ENFERMAGEM: UM CONTRIBUTO NA ASSISTÊNCIA A IDOSOS E FAMILIARES	89
5 - DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO	99
5.1 - Finalidade e objectivos	100
5.2 - Questões de investigação	102
5.3 - Variáveis em estudo	103
5.4 - Instrumento de colheita de dados	107
5.5 - Critérios de amostragem e recolha de dados	116
6 - IDOSOS EM CONTEXTO FAMILIAR E QUALIDADE DE VIDA	120
6.1 - Caracterização da amostra	120
6.2 - Qualidade de vida das famílias de idosos	130
6.3 - Funcionalidade das famílias de idosos	151
7 - DISCUSSÃO	154
8 - CONCLUSÃO	184
9 - BIBLIOGRAFIA	191
ANEXOS	
Anexo A – Instrumento de colheita de dados	
Anexo B – Consentimento informado	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Grau de dependência dos idosos	125
Gráfico 2 – Classificação do APGAR familiar	153

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Envelhecimento humano	21
Figura 2 – Estrutura do WHOQOL-bref: domínios e facetas	111

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Causas de mortalidade acima dos 64 anos	33
Tabela 2 - Principais problemas de saúde dos idosos	34
Tabela 3 - Variáveis sócio-demográficas	103-104
Tabela 4 - Variável: estado de saúde do idoso e cuidador	104
Tabela 5 - Variável: grau de dependência do idoso	104
Tabela 6 - Variável: percepção do idoso sobre o funcionamento familiar	105
Tabela 7 - Variável: qualidade e vida e saúde	105-106
Tabela 8 - Características sócio-demográficas dos idosos	121
Tabela 9 - Diagnósticos médicos dos idosos	122
Tabela 10 - Queixas de saúde dos idosos	123
Tabela 11 - Dependência dos idosos	124
Tabela 12 - Características sócio-demográficas dos cuidadores	127
Tabela 13 - Grau de parentesco dos cuidadores	128
Tabela 14 - Proprietário da casa onde reside o idoso/cuidador	128
Tabela 15 - Percepção do estado de saúde dos cuidadores	129
Tabela 16 - Diagnósticos médicos dos cuidadores	129
Tabela 17 - Domínio qualidade de vida geral dos idosos	131
Tabela 18 - Domínio físico da qualidade de vida dos idosos	132-133

Tabela 19 – Domínio psicológico da qualidade de vida dos idosos	134
Tabela 20 – Domínio relações sociais da qualidade de vida dos idosos	135
Tabela 21 – Domínio meio ambiente da qualidade de vida dos idosos	136-137
Tabela 22 – Domínio funcionamento sensorial da qualidade de vida dos idosos	137
Tabela 23 – Domínio autonomia da qualidade de vida dos idosos	138
Tabela 24 – Domínio actividades passadas, presentes e futuras da qualidade de vida dos idosos	139
Tabela 25 – Domínio participação social da qualidade de vida dos idosos	140
Tabela 26 – Domínio morte e morrer da qualidade de vida dos idosos	141
Tabela 27 – Domínio intimidade da qualidade de vida dos idosos	142
Tabela 28 – Domínios do WHOQOL-bref da qualidade de vida dos idosos	142
Tabela 29 – Domínios do WHOQOL-old da qualidade de vida dos idosos	143
Tabela 30 – Domínio qualidade de vida geral dos cuidadores	144-145
Tabela 31 – Domínio físico da qualidade de vida dos cuidadores	146
Tabela 32 – Domínio psicológico da qualidade de vida dos cuidadores	147-148
Tabela 33 – Domínio relações sociais da qualidade de vida dos cuidadores	148
Tabela 34 – Domínio meio ambiente da qualidade de vida dos cuidadores	149-150
Tabela 35 – Domínios do WHOQOL-bref da qualidade de vida dos cuidadores	151
Tabela 36 – Componentes do APGAR familiar	152

0 - INTRODUÇÃO

A era actual caracteriza-se por um mundo em constante transformação, com mudanças de índole tecnológica, económica e social, que se processam a uma velocidade vertiginosa.

Neste século, o envelhecimento da população, as modificações da estrutura etária e as mudanças na organização da sociedade são apenas algumas importantes transformações que se tem vindo a assistir, despoletando consequências sobre os indivíduos, famílias, comunidades e nações de todo o mundo.

Portugal, tal como outros países industrializados da Europa, confronta-se com este tipo de alterações demográficas, nomeadamente o envelhecimento da população, que se deve sobretudo aos progressos da medicina, melhores cuidados de saúde, higiene e nutrição. Contudo, *“O aumento da proporção de idosos na sociedade é um fenómeno relativamente recente ao qual ainda se estão a tentar adaptar mesmo os países mais desenvolvidos. Um fenómeno, ainda mais recente tem sido o aumento da esperança de vida dos idosos (75 anos ou mais)”* (Figueiredo, 2007, p.23).

Esta conquista do tempo de vida apesar de se afirmar como um dos maiores feitos que já alcançou a humanidade, reveste-se simultaneamente como um motivo de preocupação, pelo facto de aumentar de forma relevante a probabilidade de ser portador de doenças crónicas e incapacitantes, associadas a uma diminuição da qualidade de vida. Deste modo, a longevidade na sociedade actual despoleta desafios na saúde e na prestação de cuidados: *“Ao nível da saúde, porque esta constitui um recurso adaptativo essencial para o idoso, ter um envelhecimento normal e ao nível da prestação de cuidados, porque o avançar da idade implica um maior risco de doença e, consequentemente, um maior índice de dependência, ao qual se associa uma maior necessidade de cuidados formais e informais”* (Sequeira, 2007, p.27).

Ainda que se saiba que o ser humano ao longo do seu ciclo vital e perante as várias situações de vida, nunca atinja a absoluta independência, pelo facto de que o seu grau de dependência/independência está intimamente relacionado com as várias etapas da vida, sabe-se que na velhice, último período da evolução natural, se necessita de cuidados por parte de outrem. E apesar das transformações sofridas e das diferenças entre as famílias, facto é que maioritariamente são ainda elas que asseguram as funções básicas para os idosos, sendo mesmo considerada *“como o principal pilar de apoio ao idoso em situação de dependência”* (Figueiredo, 2007, p.24).

A contribuição da família para com este grupo etário é tão importante que se defende que nenhuma instituição possa substituir a família na prestação de apoio ao idoso. Esta é considerada o suporte e o lugar privilegiado para o idoso, tal como nos defende Imaginário (2004), Pearsons *et al.* (1993) e Robinson (1990). Acrescente-se ainda de acordo com Pérez *et al.* (1999) que a maior parte dos idosos manifestam o desejo de serem cuidados no seu domicílio, isto porque este espaço constitui o cenário de relações afectivas, trocas sociais, reflectindo um passado, um símbolo da dinâmica da vida. Tal como se evidencia no estudo de Jaques (2005), em que apesar de 16,6% dos idosos viverem sós, a grande maioria (95,2%) quer permanecer onde reside, requerendo de futuro cuidados no domicílio, sendo os lares e residências, o último recurso.

Contudo, atendendo ao que afirma Figueiredo (2007) e Imaginário (2004), da prestação de cuidados ao idoso dependente poderão surgir determinadas dificuldades tais como: inexistência de um cuidador substituto quando este tem que sair de casa, detioração das actividades pessoais e sociais pela assistência contínua, a tensão de não saber o que se vai passar no futuro com o idoso, preocupação quanto ao tempo que vai durar a situação e aumento das despesas económicas. Acrescentam-se a estes problemas, ainda de acordo com os mesmos autores (Figueiredo, 2007; Imaginário, 2004) uma sobrecarga que poderá provocar situações e problemas de stress, de saúde mental e física, frustração, ansiedade, inquietação, preocupação constante com o idoso cuidado, sendo que todo este conjunto poderá comprometer a sua saúde, vida social, relação com os restantes membros da família, lazer, situação financeira, rotina doméstica, desempenho profissional e consequentemente, a sua qualidade de vida .

Porém, também é verdade que cuidar de um idoso em situação de dependência poderá desencadear diferentes impactos. Enquanto em determinados cuidadores poderá afectar negativamente o seu bem estar, em outros parece não ter influência negativa, provocando mesmo sensações de satisfação, orgulho, habilidade para enfrentar desafios, senso de controle e crescimento pessoal (Figueiredo, 2007; Laham, 2003).

Por tudo isto, o envelhecimento como fenómeno social, que atinge todos os seres humanos, exige a necessidade de reflexão por parte de todos os cidadãos, dedicando especial atenção aos políticos, mas sobretudo aos profissionais de saúde que prestam cuidados à família, já que *“A longevidade humana é uma realidade incontestável, contudo vive-se na ânsia de não se ficar “velho”, pelo que compreender este processo natural, dinâmico, simultaneamente progressivo e irreversível, constitui um acontecimento necessário e de maior relevância”* (Sequeira, 2007, p.43).

Pelo exposto, terá toda a pertinência o desenvolvimento de estudos que caminhem na direcção de adquirir conhecimentos e saberes sobre a dinâmica das famílias prestadoras de cuidados a idosos dependentes, como forma de face à realidade existente adoptar por parte das equipas de saúde um planeamento de cuidados harmonizado e adaptado.

Neste seguimento, o presente relatório pretende proporcionar uma descrição do desenvolvimento da investigação quantitativa, descritiva e exploratória realizada, intitulada **“Famílias de Idosos da Quarta Idade: Dinâmicas Familiares”**, que decorreu junto de uma amostra de famílias de idosos com mais de 80 anos, residentes no distrito do Porto.

Numa fase inicial visa-se o enquadramento teórico relativo ao problema de pesquisa através da identificação dos temas considerados mais pertinentes para o seu equacionamento, em simultâneo com a evidência empírica mais relevante. Segue-se a apresentação do trabalho de campo no que confere a: finalidade, objectivos, questões de investigação, variáveis em estudo, descrição do instrumento de recolha de dados aplicado, critérios de amostragem e seu procedimento. Posteriormente expõe-se os resultados obtidos pela pesquisa efectuada, sua consequente análise e discussão. Por fim, menciona-se as

conclusões da investigação concomitantemente às limitações do estudo e sugestões pertinentes.

Importante neste comentário inicial será mencionar quais as motivações que levaram a enveredar por tal estudo. Para além do descrito anteriormente na contextualização inicial, acrescenta-se razões de ordem profissional, já que a Mestranda exerceu funções em um hospital central do grande Porto, onde se confrontou perante grande número de doentes idosos dependentes cujos prestadores de cuidados são as suas famílias em contexto domiciliário, o que despoletou o interesse nessa área. Enumera-se também factores pessoais, nomeadamente o possuir idosos em situação de dependência no seu seio familiar.

1 - SER IDOSO

Processo universal e individual, inserido no ciclo biológico natural de todo o ser humano, o envelhecimento humano refere-se a uma mudança progressiva, lenta, dinâmica e complexa, que para além de se situar na esfera biológica, é conceptualizado culturalmente e socialmente construído, iniciando-se mesmo antes do nascimento e desenvolvendo-se ao longo de toda a vida. Intrinsecamente ligado a este processo, encontra-se muitas vezes a dependência, a qual se pode ir desenvolvendo de forma paralela, traduzindo-se pela incapacidade para a realização de determinados actos elementares da vida nos mais variados níveis (Araújo *et al.*, 2007).

1.1 - Processo de envelhecimento

O termo *envelhecimento da população* é um fenómeno demográfico recente na perspectiva histórica, que terá sido evocado pela primeira vez apenas no século XX, altura também em que se terá tornado uma certeza, uma realidade e um facto incontestável, tal como refere Imaginário (2004).

Muito embora seja mais evidente nos países desenvolvidos, este fenómeno não se circunscreveu geograficamente, sendo de amplitude mundial. Aliás, a OMS aponta que em 2025 existirão mais de 1,2 biliões de pessoas com idade superior a 60 anos, onde os idosos com 80 ou mais anos, constituem o grupo etário de maior crescimento, concentrando-se aproximadamente 75,0% dessas pessoas nos países ditos desenvolvidos (OMS, 2001 *b*)).

Quatro são os indicadores de mudança detectados a este nível, de acordo com Bengston *et al.* (2003) (*cited in* Cerqueira *et al.*, 2004): o aumento da esperança de vida; mudanças sociais na estrutura da sociedade, com um maior número de idosos e menor número de crianças; mudanças na estrutura e relações familiares, alterando-se a composição e relação das famílias nucleares.

Os factores que estão na base do envelhecimento devem-se sobretudo aos progressos alcançados durante esse mesmo século: diminuição da mortalidade infantil; melhor nutrição e higiene; melhores cuidados de saúde; acesso ao planeamento familiar (redução da natalidade); esperança de vida mais elevada e processos migratórios (Imaginário, 2004).

Portugal, não é excepção e à semelhança dos países desenvolvidos terá sido confrontado com este fenómeno, apresentando como projecções à sua população uma estrutura etária envelhecida, com baixos níveis de fecundidade e de mortalidade, redução do número de elementos das famílias nucleares e consequente aumento da esperança de vida (Imaginário, 2004; Sequeira, 2007).

Terá sido a partir da década de 60, que se detectou uma expressiva alteração no seu perfil etário. Aliás, de acordo com fontes do INE (2005), *“em valores absolutos, a população idosa aumentou-se quase um milhão de indivíduos, passando de 708 570, em 1960, para 1 702 120, em 2001, dos quais 715 073 homens e 987 047 mulheres. O índice de envelhecimento passou de 27 idosos por cada 100 jovens (1960), para 106 idosos por 100 jovens (2004). Por outro lado, assistiu-se também ao aumento do índice de longevidade, que passou de 34 em 1960 para 42 em 2001, o que vem colocar novos desafios globais de sustentabilidade da sociedade”* (Sequeira, 2007, p.37).

Nesse período, segundo a mesma fonte (INE, 2005), o fenómeno do envelhecimento manifestou-se de tal modo, que conduziu a uma diminuição de aproximadamente 36,0% na população jovem e um crescimento de 140,0% da população idosa, o que traduz um total de 8,0% da população idosa em 1960, duplicando para 16,4% em 2001. As projecções desta entidade, referem que dentro de 50 anos, este grupo populacional representará 32,0% da população do país.

Mais uma vez, refira-se que o crescimento não é homogéneo dentro da população idosa, dado que o grupo dos 75 e mais anos cresce em proporções superiores. Prova de tal facto, são os dados fornecidos pelos Censos (INE, 2002 *a*), p.6) ao referirem que *“A proporção da população com 75 e mais anos aumentou de 2,7% para 6,7% do total da população, entre 1960 e 2000, e a população com 85 e mais anos aumentou de 0,4% para 1,5%, no mesmo período”*.

Refira-se que são detectadas diferenças bem evidentes entre os sexos. É mais notório o envelhecimento feminino, em superioridade numérica devida à maior esperança de vida, sendo que em 2001 o índice de envelhecimento traduziu-se em 122 mulheres e 84 homens. Como consequência da sobremortalidade masculina, atinge-se o século XX com uma diferença significativa de 7 anos relativo à esperança de vida favorável às mulheres, em que estas podem viver em média 79,4 anos, contra os 72,4 dos homens (INE, 2002 *b*)).

Apesar das razões acima enunciadas terem ajudado na alteração da estrutura etária portuguesa, sabe-se que foi devido sobretudo à mudança de atitudes no âmbito da fecundidade e mortalidade, que o envelhecimento da população se terá consolidado como tendência na sociedade actual. Apesar destas constatações, a população em idade jovem é ainda maior em número que os idosos, muito embora as diferenças numéricas sejam cada vez menores. Calculável é, que em meados do século XXI, a população idosa ultrapasse o número da população jovem e, de acordo com o INE (2001), irá desencadear alterações na estrutura social e familiar (Imaginário, 2004; Sequeira, 2007).

Constata-se ainda que a população idosa, irá alterar-se não apenas do ponto de vista quantitativo, mas simultaneamente em termos qualitativos, dado que os idosos das gerações vindouras apresentarão: *“níveis de instrução mais elevados, melhores condições de habitação, mais e melhor acesso a cuidados de saúde, diferentes valores e preferências e maior disponibilidade de recursos sociais, traduzindo-se, claramente numa maior qualidade de vida”* (Cerqueira et al., 2004, p.150).

No sentido, de tentar combater este envelhecimento, ou seja, para que decorra uma regeneração nas gerações, é imprescindível aumentar o índice de fecundidade. Se não for possível ultrapassar esta tendência, será óbvio que o

envelhecimento quer em Portugal, quer nos restantes países do mundo, irá aumentar progressivamente. Todas estas alterações demográficas demandam o desenvolvimento de esforços e medidas que visam a promoção de um envelhecimento saudável, no sentido de prolongar a vida o maior período de tempo possível, com autonomia, qualidade de vida e bem-estar. Face a esta realidade, pertencente a toda a sociedade, pressupõe-se que se pense neste fenómeno numa atitude preventiva e promotora da saúde, encarando-o como um desafio individual e colectivo por parte de todos os cidadãos, nomeadamente pelos políticos, profissionais de saúde e familiares. Terá desta forma, toda a pertinência abordar o envelhecimento como processo biológico inevitável, mas simultaneamente dotado de modificações somáticas e psicossociais.

Processo de dimensões inseparáveis e intimamente relacionadas no âmbito biológico e fisiológico, psíquico e social, cuja baixa adaptação aumenta com a idade e com a instalação de doenças crónicas, o envelhecimento, pode ser entendido como um mecanismo individual e irreversível que promove o crescimento, desenvolvimento e adaptação contínua até à morte, que não se instala de forma abrupta, mas de maneira lenta e silenciosa, sem que o próprio ser humano se aperceba. Trata-se de um processo diferencial, já que as pessoas envelhecem de modos e a ritmos diferentes (Imaginário, 2004).

Intrinsecamente ao fenómeno complexo do envelhecimento, brotam várias definições, uma das quais também de difícil consenso: idoso. É óbvio, que não se poderia falar do envelhecimento, sem se abordar aquele é alvo deste processo. Nesse sentido, numa tentativa de uniformizar critérios e opiniões, a OMS, baseando-se na idade cronológica, define idoso, como qualquer indivíduo com 65 anos ou mais, independentemente do sexo e estado de saúde. Embora, actualmente já se alude cada vez mais à denominada quarta idade (idosos com idade superior ou igual a 80 anos), dado que a própria fatia da população idosa, além de ser cada vez mais idosa, atinge idades cada vez idades mais elevadas (Imaginário, 2004).

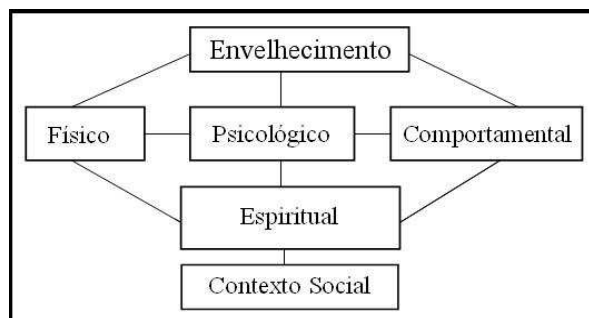
Frequentemente, ainda se pode assistir a uma divisão desta população em três grupos etários, referindo-se que os indivíduos entre os 65 e os 75 anos como os

idosos-jovens; os indivíduos entre os 76 e os 85 como os *idosos-idosos* e os que têm mais de 85 anos como os *muito idosos* (Paúl, 1997).

Relembre-se e acrescente-se, que dentro desta franja populacional, os designados *idosos-idosos* são aqueles que apresentam um ritmo mais acelerado de crescimento nos últimos anos e que perante a sua maior longevidade mais sujeitos à instalação de quadros de saúde graves juntamente a vários níveis de incapacidade (Araújo *et al.*, 2007).

Retomando ao processo do envelhecimento, forma de involução funcional e morfológica, progressiva, que resulta da interacção de factores, Paúl (2005) aborda-o do ponto de vista: biológico, o qual se deve uma maior vulnerabilidade e probabilidade de morrer, que afecta o funcionamento de órgãos, tecidos e células; o psicológico e cognitivo, que se reporta à auto-regulação do sujeito no que diz respeito a decisões e atitudes face à adaptação nesta etapa de vida; e, o social, inerente aos papéis sociais relativos às expectativas da sociedade para com os idosos, indo de encontro ao esquematizado na figura 1:

Figura 1 – Envelhecimento humano



Fonte: Barros, 2006 (disponível em: [www.geocities.com.grdeclube](http://www.geocities.com/grdeclube) a 10 de Julho de 2008)

Envelhecimento biológico

O envelhecimento biológico caracteriza-se pela diminuição da taxa metabólica devido à redução das trocas energéticas do organismo, associado a uma baixa na capacidade de regeneração das células. Reporta-se ao conjunto de transformações físicas que conduzem a uma menor eficiência dos sistemas

orgânicos e funcionais, que perante situações normais não parecem causar perdas funcionais. Contudo, quando esta perda de capacidade é muito acentuada, torna o idoso mais vulnerável, o que poderá levar ao aparecimento de doenças crônicas, com consequentes repercussões na capacidade funcional, às quais se associa a perda de autonomia e independência (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007).

A senescência, processo normal de deterioração biológica, tem início com mudanças no aspecto exterior tais como: surgimento de cabelos brancos, lentificação dos movimentos, alterações no equilíbrio, diminuição da força muscular, diminuição da velocidade de reacção, alterações emocionais e cognitivas. A nível interno, as alterações do organismo sucedem-se por modificações a nível dos órgãos vitais, conjuntamente com transformações a nível do metabolismo basal, as quais por sua vez podem provocar perda da capacidade funcional (Sequeira, 2007).

Todas estas modificações fisiológicas intrínsecas ao envelhecimento têm um início muito anterior ao aparecimento dos sinais exteriores, sendo sobretudo no idoso que estas características sugestivas do envelhecimento se tornam mais notórias (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007).

Das principais alterações do envelhecimento ao nível do funcionamento cerebral, psicológico e dos sistemas em geral, sintetizam-se as seguintes: *“O sistema cardiovascular vê-se confrontado com uma menor eficácia do coração, com o endurecimento e estreitamento das artérias, o que implica um menor rendimento cardíaco; o sistema respiratório perde elasticidade e diminui a capacidade ventilatória; o sistema renal é menos eficiente a eliminar toxinas e outras substâncias, perde capacidade de esvaziamento da bexiga, no qual se verifica uma diminuição da elasticidade e perda da massa renal; o sistema gastrointestinal é menos eficiente na absorção dos nutrientes, diminui a eficiência da eliminação e verifica-se a atrofia da mucosa gástrica; o sistema músculo-esquelético apresenta uma redução da massa muscular e óssea, perda da elasticidade das articulações e perda da força muscular; o sistema nervoso apresenta degenerescência neurofibrilar de neurónios, acumulação das placas senis, perda de neurónios, etc.”* (Sequeira, 2007, p.46).

Outra alteração e mesmo problema que afecta os idosos e os seus familiares, são as alterações que afectam os sistemas sensoriais, em particular a visão e audição, as quais irão comprometer o seu contacto com o ambiente. A imobilidade é uma outra particularidade importante a referir, já que conduz à diminuição da actividade muscular e consequentemente, à redução do tónus muscular e da coordenação sensório-motora menos eficiente, sendo que o combate a este problema de desadaptação poderá ser através da actividade física regular (Sequeira, 2007).

O conjunto de todas estas modificações físicas descritas relativas ao processo de senescência irá conduzir *“a uma perda progressiva da capacidade de adaptação ao organismo, isto é, a uma diminuição da sua capacidade funcional, ligada ou não a uma doença. Assim, o problema da senescência coloca o indivíduo numa situação de maior vulnerabilidade à doença, nomeadamente, a problemas crónicos de saúde que os podem limitar na sua vida quotidiana”* (Figueiredo, 2007, p.37).

Envelhecimento psicológico e cognitivo

A nível psicológico e cognitivo as alterações sentidas pelo envelhecimento, traduzem-se sobretudo por mudanças de atitudes e comportamentos. Este tipo de envelhecimento está sujeito à influência de uma série de factores de ordem patológica, genética, ambiental, do contexto sócio-cultural do sujeito e do modo como este organiza e vive o seu projecto de vida.

A importância de um bem-estar psicológico, associado a qualidade de vida radica no facto, de que se este se concretizar poderá conduzir a um envelhecimento bem sucedido. Por assim ser, compreende-se que a história de vida, o sistema de valores e o contexto social, inerentes às dimensões da qualidade de vida e bem-estar psicológico constituem factores determinantes para um envelhecimento bem sucedido (Sequeira, 2007).

Um aspecto a considerar é o da personalidade ou melhor, o da sua estabilidade ou mudança à medida que vai decorrendo o envelhecimento. O que sugere a

evidência relativamente à tal questão é que existe uma tendência para a estabilidade dos traços com o passar do tempo. Ao mesmo tempo, é possível que as características da personalidade variem de acordo com as sucessivas gerações pelo facto de que existe um determinado contexto de desafios e requisitos nas diferentes fases da vida, aliada à análise da personalidade utilizando construtos mais activos (Figueiredo, 2007).

No que confere às alterações cognitivas ao longo do envelhecimento, sabe-se que uma grande diversidade, não altera de forma significativa as actividades de vida diária dos idosos, dado que existem determinados factores que as amortizam perante esse declínio cognitivo, permitindo a resolução de problemas, automatização de funções, manutenção do ambiente e rotinas. Porém, quando as alterações não são compensadas por outros mecanismos podem já comprometer a sua vida diária, sobretudo ao nível do processamento de informação e da memória (Sequeira, 2007).

A capacidade de processamento, relacionada com a inteligência, no idoso está sujeita à diminuição da capacidade deste para receber, decodificar e reter informação, o que conduz a um abrandamento cognitivo e a um declínio da inteligência. Quanto à memória, actualmente a comunidade científica acorda que esta se vai alterando com a idade. Apesar de determinados problemas de memória derivarem de doenças que surgem em idades adiantadas (exemplo: Doença de Alzheimer), sabe-se contudo, que as alterações que ocorrem na memória são identicamente uma característica do processo de envelhecimento. Contudo, existem vários tipos de memória e as capacidades mnésicas não se vão alterando da mesma maneira (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007).

Em síntese, poderá afirmar-se que o envelhecimento pode influenciar no cumprimento das tarefas cognitivas provocando alterações ao nível das habilidades perceptivo-motoras, atenção, inteligência, linguagem, memória, capacidade visuo-espacial, raciocínio prático, funções executivas e velocidade. Muito embora as alterações observadas a esse nível sejam típicas do envelhecimento, certo é, que a sua detioração depende grande parte das características individuais e do contexto, no qual o idoso está ou esteve inserido.

Envelhecimento social

Simultaneamente às alterações do foro biológico, psicológico e cognitivo, detectam-se com o envelhecimento transformações a nível dos papéis sociais, laboral, familiar e ocupacional, o que impõe o reajuste às novas situações.

A reforma marca decisivamente a perda de papéis activos, nomeadamente o profissional, implicando também a diminuição de rendimentos económicos e contactos sociais e maior tempo livre, o que leva a que o indivíduo reveja os seus valores, rotinas e objectivos. Diante desta nova etapa de vida, importante é *“reorganizar o quotidiano, descentrar a profissão e encontrar um papel que garanta a manutenção do sentido de utilidade”* (Figueiredo, 2007, p.55).

A participação social por parte do idoso tende a ser circunscrita a redes sociais mais pequenas, sendo habitualmente eleitos os mais chegados, como a família e os amigos. Todavia, em alguns casos esta participação social pode estar comprometida, no caso de apresentar algum tipo de dependência, conjuntamente com a limitação cognitiva e funcional que poderão apresentar. Tais situações poderão despoletar no idoso sentimentos de medo, inutilidade e abandono, acabando por adquirir um comportamento de isolamento e solidão, que tantas vezes colmata com a depressão, e que leva por vezes a desenvolver uma imagem negativa da velhice (Imagínario, 2004; Sequeira, 2007).

A este propósito, dados divulgados pelo INE (2002 *b*)), informam que grande maioria dos idosos não trabalha (81,0%) e os que o fazem, é na agricultura. A actividade social diária mais citada pelos idosos é conversar, com uma percentagem de 68,0%. Já a actividade de lazer mais frequente é ver televisão (96,0%). Uma pequena percentagem, inferior a 5,0% dos idosos, referem participar em qualquer iniciativa ou organização comunitária, permanecendo a grande maioria destes em casa durante todo o dia.

Fundamental é, perante este tipo de situações, inerentes às várias dimensões do envelhecimento (físico, psicológico, cognitivo e social) ajudar os idosos a adaptarem-se a todo este processo e aos problemas que daí possam advir. Como

tal, há que reorganizar as redes de apoio formal e informal, com o fim de alcançar o máximo de independência, participação social, níveis óptimos de saúde mental e satisfação com a vida e consequentemente, atingir um envelhecimento bem sucedido. Ambientar-se com toda esta temática intrínseca ao processo do envelhecimento terá todo o sentido ao efectuar-se uma contextualização da pessoa idosa e de todos aqueles que lhe dizem respeito.

1.2 - Percurso para a dependência

O processo de envelhecimento, não se circunscreve às suas várias dimensões nas vertentes físicas, psicológica, cognitiva e social. Exige pensar, reflectir sobre aquele que é alvo desse fenómeno natural, inevitável e tão complexo da vida humana: a pessoa idosa e toda a sua problemática envolvente, que tantas vezes percorre um percurso para a dependência.

Avaliar as incapacidades do idoso dependente, grau de autonomia e/ ou (in)dependência e identificar as suas características particulares, não pode ser descurado. Merece especial atenção e deve ser detalhadamente explorado, de tal modo que forneça bases importantes para a conquista e estabelecimento de um envelhecimento bem sucedido com qualidade de vida.

Autonomia e independência

O estado funcional de um grande número de idosos caracteriza-se por gozar de determinado estado de saúde, que lhes permite viver de forma autónoma, sem qualquer tipo de dependência e/ou incapacidade. Contudo, embora a velhice não seja sinónimo de doença, com o avanço da idade, há maior risco de comprometimento da capacidade funcional, com consequente perda de autonomia e independência (Paschoal, 2000).

O cerne do conceito autonomia refere-se à *“noção do exercício do autogoverno, associado aos seus correlatos: liberdade individual, privacidade, livre-escolha, auto-regulação”* (Lemos, Medeiros, 2002, p. 893) ou seja *“estado de ser capaz de estabelecer e seguir as suas próprias regras”* (Evans, 1984 cited in Paschoal, 2000, p.316). Deste modo, pessoa autónoma é aquela que retira de si mesma a fonte de poder, tem nela mesma a sua fonte de decisão, apresentando o comando e faculdade de se governar sobre si próprio (Paschoal, 2000).

Por outro lado, para o conceito independência, o aspecto central é a capacidade funcional, em que na sua expressão máxima significa poder sobreviver sem ajuda para as actividades instrumentais de vida diária e de auto-cuidado. Compreende-se assim que a dependência se refere à *“incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de um semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptação “* (Lemos, Medeiros, 2002, p. 893). O Conselho da Europa (1998 cited in Imaginário, 2004, p.47) define ainda a dependência como a *“necessidade de ajuda ou assistência importante para as actividades de vida diária”*.

Paschoal (2000), afirma que para um idoso a autonomia é mais útil que a independência como um objectivo global, já que podemos restaurá-la por completo, mesmo quando o indivíduo continua com dependência.

Importante também referir é que existem ainda aqueles idosos que podem preservar a sua independência, apresentando determinada(s) incapacidade(s). Contudo, *“embora o conceito de dependência se sobreponha ao de incapacidade e invalidez, eles não são sinónimos”* (Wilkin, 1990 cited in Paschoal, 2000, p.317).

Está-se perante uma incapacidade, quando o apoio de terceiros substitui a função. Atendendo à definição da DGS (2003, p.171), incapacidade reporta-se a um termo genérico que inclui *“deficiências, limitações de actividade e restrições na participação. Ele indica os aspectos negativos da interacção entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus factores contextuais (ambientais e pessoais)”*.

Exemplo que permite elucidar a diferença entre dependência e incapacidade, poderá ser: um indivíduo que apresente uma diminuição da acuidade auditiva,

apresenta uma incapacidade. O facto de ter esta limitação de função, não implica que seja necessariamente dependente (Botelho, 2000).

Paúl (1997) refere que cerca de 15,0% dos idosos encontram-se semi-dependentes pela perda gradual das capacidades físicas e cognitivas, que decorrem do processo normal de senescência em idades avançadas. Calcula-se ainda, que cerca de 10,0% dos idosos possuam quadros patológicos limitativos.

Dados semelhantes são os também fornecidos pelo Observatório Nacional de Saúde (2002), que divulgou que 8,3% dos idosos a viver permanentemente em casa acamados, sentados ou sem a possibilidade de sair e 12,0% dependentes de ajuda, para a realização de tarefas diárias como movimentar-se, vestir-se, fazer refeições e ir à rua. A OMS (WHO, 1999 *b*)), por sua vez, revela que no nosso país a proporção de indivíduos com 65 ou mais anos, em situação de dependência era de 7,3 % em relação à pessoa idosa.

A autonomia e a dependência, detêm particular relevância no contexto do envelhecimento, estabelecendo uma estreita relação com esse fenómeno, já demonstrada pela evidência empírica: quanto mais elevado o grupo etário, maior é o grau de dependência. À medida que a idade avança, vai aumentando a probabilidade do indivíduo se tornar incapaz para realizar de forma autónoma e independente determinadas tarefas diárias, dado que a percentagem de indivíduos com limitações funcionais aumenta nos grupos populacionais mais idosos, muito embora a dependência possa percorrer toda a estrutura da população, em qualquer fase da vida, não sendo um atributo exclusivo da velhice (Imaginário, 2004; Figueiredo, 2007).

De facto, quanto à idade das pessoas dependentes cuidadas, Chappel e Litkenhaus (1995), referem que a média das idades das pessoas cuidadas varia entre os 67 e 77 anos. Tais dados, vão de encontro à investigação desenvolvida por Pinto (2007), que constatou que os utentes alvos de cuidados de ambos os sexos apresentam idade mediana 80 anos (mínimo 50 e máximo 96 anos), com elevada dependência nas actividades de vida diária.

Ainda relativamente à idade, de referir mais uma vez que o crescimento dentro da população idosa, não é homogéneo, o grupo dos mais idosos (80 e mais anos), é

o que tem evidenciado o mais rápido crescimento, com taxas superiores em todo o mundo e em Portugal, a qual nomeadamente, quadriplicou no período entre 1960-2004 (INE, 2005; WHO, 2002).

O ritmo do decréscimo funcional vai depender de uma série de variáveis/factores de ordem social, ambiental, psicológica e até genética, intrínsecas às características individuais de cada um. De acordo com Paschoal (2000, p.314) “*o declínio funcional é mais lento ou mais rápido dependendo de uma série de factores: da constituição genética, dos hábitos e estilos de vida, do meio ambiente, do contexto sócio-económico, ou ainda do facto de nascer numa sociedade mais ou menos desenvolvida e numa família mais ou menos abastada*”.

Para além destes determinantes, acrescenta-se ainda que a conquista da dependência e/ou perda de autonomia, pode ser tantas vezes despertado pelo aparecimento de uma ou várias doenças crónicas; e/ou reflexo de uma perda geral das funções fisiológicas atribuível ao processo global de senescência (Casasnovas, Marín, 2001).

Deste modo, refira-se que na base do declínio da capacidade funcional dos idosos e sua consequente dependência, poderão estar não só factores físicos, mas também os psicológicos e os provenientes do contexto. No que diz respeito aos físicos pode-se enumerar a fragilidade física, dificuldades na mobilidade e patologias. Os psicológicos referem-se aos transtornos cognitivos e alterações da personalidade. Quanto aos do contexto, estes relacionam-se com o ambiente físico, atitudes e comportamentos das pessoas à sua volta, as quais podem contribuir para a promoção da sua independência, ou pelo contrário agravar. Exemplo disso, será quando os cuidadores têm a expectativa de que os seus familiares de idade avançada não têm capacidade para realizar dada tarefa e acabam por prestar mais ajuda do que a necessária, privando-se deste modo a pessoa de praticar as actividades para as quais ainda estava capacitada, o que conduz ao estabelecimento gradual da dependência (Figueiredo, 2007; Imaginário, 2004).

A este propósito, Sousa (1993) realizou um estudo em que constatou uma baixa de autonomia, não só pela elevada dependência física e/ou psíquica, mas

simultaneamente pelas limitações económicas, dificuldades familiares e escassez de recursos e apoios sociais.

Muito embora se associe e valorize predominantemente o conceito de dependência ao nível físico, facto é, que este conceito apresenta uma vasta abrangência, dado que numa perspectiva holística pode englobar as dimensões: física, mental, social e mental (Veríssimo, 2004).

As dependências observadas nos idosos resultam deste modo tanto de alterações biológicas (deficiência ou incapacidade), como de mudanças nas exigências sociais (desvantagens) (Figueiredo *et al.*, 2003). Atendendo ainda ao que Baltes e Silvenberg (1995) descrevem, podem citar-se três tipos de dependência: estruturada, física e comportamental. A estruturada, onde o significado do valor do ser humano é determinado, em primeiro lugar pela participação no processo produtivo (refira-se na velhice a dependência provocada pela perda de emprego). A dependência física, reporta-se à incapacidade funcional individual para realizar actividades de vida diária. Já a dependência comportamental, habitualmente precedida pela dependência física, é socialmente induzida independentemente do nível de competência do idoso, o meio espera incompetência.

No seguimento da capacidade funcional, outra das questões fundamentais relativas à dependência do idoso consiste perceber como é que este pode ser considerado dependente. Em geriatria, a dependência avalia-se pelo método de avaliação funcional, reportando-se à funcionalidade, ou seja, à *“capacidade de um indivíduo para se adaptar aos problemas e exigências do quotidiano e é avaliada com base na capacidade e autonomia de execução das actividades de vida diária (AVD) que, por sua vez se subdividem em: a) actividades básicas da vida diária (...); b) actividades instrumentais da vida diária (...); c) actividades avançadas da vida diária”* (Figueiredo, 2007, p.67).

A capacidade funcional ao remeter-se para a capacidade que o indivíduo dispõe para cuidar de si próprio, desempenhando tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que vive, sendo avaliada pelo método da avaliação funcional, tem como objectivos: identificar as perturbações funcionais físicas, mentais e sociais, atendendo ao que o indivíduo faz no seu quotidiano e dos

meios que dispõe; e, contribuir para uma intervenção adequada e individualizada com vista à manutenção e/ou recuperação de capacidades (Botelho, 2000).

Torna-se necessário conhecer a incapacidade funcional dos sujeitos dependentes em termos metodológicos através de escalas de capacidade funcional, com o intuito de determinar os cuidados que estes carecem. Constituem exemplo, os trabalhos e instrumentos de avaliação funcional mais utilizados como o Índice de Katz, Índice de Barthel e Índice de Lawton e Brody. O Índice de Katz avalia a capacidade em executar actividades de vida diária, focalizando-se em seis actividades: tomar banho; vestir; usar o wc; mobilidade; continência ou funcionamento independente e alimentar-se. O Índice de Barthel centra-se em dez actividades básicas de vida diária: alimentar; vestir; banho; higiene corporal; uso do wc; controlo intestinal; controlo vesical; subir escadas; transferência; deambulação. O Índice de Lawton e Brody concentra-se em oito actividades instrumentais de vida diária como usar o telefone; fazer compras; preparar a comida; cuidar da casa; lavar a roupa; usar os meios de transporte; responsabilidade pela medicação e gerir os assuntos económicos que se concentra (Figueiredo, 2007; Imaginário, 2004).

O impacto das escalas de dependência é muito grande na objectivação das necessidades, mas note-se que ao aplicá-las nunca se deve esquecer as dimensões sociais, psicoafectivas e mentais do ser humano, as quais também são passíveis de ser alvo de perda de autonomia e independência (Lage, 2007).

Também a OMS, citado por Saura Hernandez e Sanguesa Giménez (2000, p. 383), afirma *“como se avalia melhor a saúde dos idosos é através da função”*, reforçando a ideia de que a capacidade funcional constitui um bom indicador de saúde, classificando assim a autonomia dos idosos em três grandes grupos:

- Baixa autonomia: quando manifestam grande dependência na realização das AVD e escassas relações sociais;

- Média autonomia: resolvem a maioria dos seus problemas diários, contando com importante apoio dos familiares perante a situação de perdas sensoriais e baixa actividade intelectual;

- Autonomia elevada: apresentam boa percepção da qualidade de vida, com atitudes activas face à vida.

A investigação tem revelado que as actividades em que os idosos mais necessitam de apoio prendem-se essencialmente com a provisão directa de apoio nas actividades básicas (cuidados de higiene, vestir, mobilidade, alimentação, etc.) e instrumentais (transporte, compras, tarefas domésticas, preparação das refeições, gestão financeira, administração de medicamentos, etc.) (Figueiredo, 2007).

Neste seguimento, Chappel e Litkenhaus (1995), concluíram que as actividades de vida diária que mais necessitam de apoio que são aquelas que mais requerem assistência como as tarefas domésticas, transporte e compras. Outros estudos, de acordo com Medina (1998), revelam que cerca de 40,0% dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos necessitam de ajuda para realizar pelos menos um tarefa, tal como: fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Uma percentagem inferior (10,0%), requer auxílio para a realização de actividades básicas de vida diária, nomeadamente o tomar banho, vestir, ir ao wc, alimentar, sentar/levantar da cadeira/cama. Jaques (2005), constatou com o seu estudo “Idosos e Dinâmicas de Parceria” que 13,8% dos idosos estudados necessitavam de cuidador, sendo que 7,2% apresentavam total e grave dependência nas actividades de vida diária.

Contudo, importante é, salientar que a frequência e o tipo de cuidados prestados ao idoso não são estáticos, variando em função de uma série de factores, que se desenvolvem ao longo do tempo, introduzindo novos aspectos, tarefas e sentimentos (Paúl, 1997)

Particularidade ainda a referenciar no âmbito da dependência, reporta-se à dificuldade de integração do idoso face ao seu grau de dependência. Capelo (2000) interessou-se sobre a integração do idoso, revelando que o grau de dependência exerce uma influência negativa na integração deste. Fernandes (1997), Marques *et al.* (1991) e Oliveira *et al.* (1992) são da mesma opinião ao mencionarem que a integração familiar diminui, com o grau de dependência e quanto maior o número de anos e de dependência, maior a tendência de não integração do idoso no seio familiar.

Em síntese, a dependência na velhice tem diferentes consequências sobre as relações do idoso consigo próprio, com os outros, com o ambiente físico e social, já que perder a autonomia e a independência é um acontecimento que causa desequilíbrio individual e colectivo, sobretudo no âmbito familiar e social. Tem também muitas faces e distintas etiologias, algumas das quais merecem ser detalhadamente exploradas, nomeadamente, os aspectos relativos à patologia e certas particularidades intrínsecas às diferenças de género.

Patologia

Quer se reportem ao carácter físico ou mental (ou de ambos), uma das maiores causas de limitação funcional, incapacidade, independência e muitas vezes, da própria autonomia é a doença crónica. A população idosa retrata uma faixa etária com grandes problemas e predomínio de doenças crónicas, estando já mesmo comprovado empiricamente, o aumento exponencial da doença com a idade, como nos estudos de Ermida (1999); Hall *et al.* (1997).

Constata-se que na maioria das vezes na origem da prestação de cuidados ao idoso residem uma multiplicidade de problemas de saúde e não apenas um em particular, sendo a sua situação de natureza crónica. Estas doenças crónicas afectam cerca de dois terços dos indivíduos com mais de 65 anos (Lopes, 2007).

Relativamente à morbilidade de acordo com a DGS (2006), de forma generalizada as principais causas de morte a partir dos 64 anos, ao nível dos homens e das mulheres são as representadas na tabela que se segue:

Tabela 1 – Causas de mortalidade acima dos 64 anos

Causa de morte (por 100 000)	Homens		Mulheres	
	1996	1999	1996	1999
Doenças do aparelho circulatório	2851,3	2585,2	2629,5	2390,7
Tumores malignos	1330,1	1373,9	675,8	674,8
Sinais, sintomas e afecções mal definidas	695,8	658,3	662,9	658,3
Doenças do aparelho respiratório	688,6	885,4	386,3	507,2
Doenças do aparelho digestivo	284,5	249,0	145,1	137,3
Causas externas	289,3	179,8	84,5	81,2
Total	6543,8	6524,3	5004,8	4938,5

Fonte: DGS, 2006, p.12

Pode-se também referir os principais problemas de saúde alvo da população idosa ao nível dos principais órgãos:

Tabela 2 – Principais problemas de saúde dos idosos

Sistema Nervoso Central	Demências; doenças neurológicas; padrões de sono; delírium; depressões
Aparelho Locomotor	Limitações físicas incapacitantes; artropatias; imobilidade; instabilidade postural/quedas; reumatismos
Sistema Cardiovascular	Arteriosclerose; hipertensão; cardiopatias
Sistema Respiratório	Afecções pulmonares
Sistema Urinário	Incontinência; perturbações renais

Fonte: Espinheira *et al.*, 2009, p. 51

A este propósito, neste grupo etário num estudo levado a cabo por Capelo (2000), na área metropolitana de Lisboa, como doenças crónicas mais frequentes enumeram-se: diabetes mellitus, cardiopatias, problemas osteo-articulares seguindo-se a hipertensão arterial, amputação de membros, cegueira, paraplegia, cancro, doença renal e por último, a marginalização social.

No contexto da patologia crónica das pessoas idosas, tendencialmente não se tem grande consideração pelas deficiências visuais e auditivas, bem como pelos problemas de saúde oral, os quais desencadeiam graves consequências ao nível de isolamento, estado nutricional e em todo o seu equilíbrio biopsicossocial. Também o aumento da prevalência de doenças como a doença de parkinson, demência e AVC, com a idade é algo que deve ser igualmente valorizado (DGS, 2006).

Por tudo isto, as doenças não transmissíveis e de evolução prolongada, fruto das suas características insidiosas, incapacitantes e com tendência para a cronicidade, fazem com que estas se constituem entre os idosos como as principais causas de mortalidade e morbilidade, com consequências e gastos a nível individual, familiar e social.

Diferença de género

Intrínseco ao envelhecimento e também à dependência no idoso é a questão do género, já que detectam-se determinadas diferenças a este nível.

O cenário nacional da população idosa residente em Portugal, atendendo aos dados obtidos no último censo populacional (INE, 2002 *a*)), revelam que os idosos constituem 16,4 % da população em geral (1 702 120 pessoas), sendo a maioria do sexo feminino (59,0%), com uma esperança média de vida de 79,4 anos para as mulheres e 72,4 para os homens. Ainda de acordo com a mesma fonte, apesar de em plano descendente, a taxa de iliteracia entre os idosos, dada a renovação geracional, permanece elevada (55,1%), sendo mais significativa no sexo feminino (64,7%) do que no masculino (41,3%). Quanto a actividades domésticas como (cozinhar, limpar, lavar) são efectuadas na sua grande maioria pelas mulheres, ao passo que a jardinagem, compras, trabalho administrativo já passam a ser efectuadas por ambos os sexos (INE, 2002 *a*)).

Amaral e Vicente (2000), Costa e Franco (2001), Imaginário (2004), Jaques (2005), Lucas e Pacheco (1999), que efectuaram estudos junto da população idosa, verificaram diferenças relativamente ao género, onde se evidenciava a supremacia feminina e a longevidade das mulheres idosas.

O facto de as mulheres viverem mais tempo (maior esperança de vida) que os homens deve-se a razões de índole biológica, tais como serem mais resilientes durante a infância; na vida adulta pelo menos até à menopausa, possuírem a protecção das hormonas quanto à predisposição para doenças cardíacas. Para além disso, enumeram-se razões de natureza social, como a predominante exposição dos homens a trabalhos de risco, aliado aos estilos de vida mais saudáveis adoptado maioritariamente pelas mulheres (já que, os homens têm maior tendência em fumar e beber mais) e as mulheres procurarem com maior frequência assistência médica e possuem maior nível de apoio social (WHO, 1999 *a*)).

Assim, no seio da problemática das doenças crónicas prevalentes entre os idosos constata-se e demonstram-se diferenças face ao género, sendo que as mulheres são mais susceptíveis a doenças como a osteoporose, diabetes mellitus,

hipertensão, incontinência e artrite. Já os homens são mais susceptíveis de apresentar como doenças crónicas, as doenças cardíacas e acidentes vasculares cerebrais (Figueiredo, 2007).

Muito embora, se assista à superioridade numérica das mulheres com um maior envelhecimento feminino, fruto da maior esperança de vida em consequência da sobremortalidade masculina, parece que o género feminino apresenta associado um maior número de incapacidades. Isto é, as mulheres apesar de viverem mais anos, a esperança de vida sem incapacidades é bastante mais reduzida quando comparada com a dos homens, constatando-se um predomínio das mulheres nas questões de dependência (INE, 2002 *b*). Tal facto é concordante com os estudos demonstrados por Amaral e Vicente (2000), Imaginário (2004), Lucas e Pacheco (1999) e e por Veríssimo (2001, p.67) que aliás afirma: *“a dependência aumenta com a idade e tem maior incidência nas mulheres”*.

Deste modo, as mulheres idosas tendem a apresentar problemas de saúde de longo prazo, crónicos e incapacitantes, ao passo que os homens idosos geralmente desenvolvem doenças de prazo mais curtas e fatais. Como resultado, as mulheres idosas têm maior probabilidade do que os homens de serem viúvas, não se casarem depois, e passarem mais anos com má saúde e menos anos de vida de forma activa e independente (Katz *et al.*, 1983; Longino, 1987).

Chappel e Litkenhaus (1995) numa população canadense, a este propósito, no seu estudo sobre o perfil das pessoas idosas receptoras de cuidados, concluíram que a pessoa que recebe cuidados é na sua maioria do sexo feminino, casada ou viúva e com filhos.

Relativamente à dependência no idoso pode-se dizer que esta é marcada por uma série de particularidades, havendo diversos factores que podem determinar a sua existência. A dependência como problema urgente e grave que é, influenciador da qualidade de vida e bem-estar do idoso e seus familiares, dotada de características únicas, requer a tomada de medidas individuais, sociais e governamentais.

Face ao exposto neste capítulo, depreende-se que o envelhecimento, se reporta a um processo morfológico, progressivo e complexo, caracterizado por uma série de transformações ao nível físico, psicológico, cognitivo e social. Simultaneamente ao envelhecimento, muitos idosos e suas famílias se defrontam com um percurso para a dependência, a qual pode ser desencadeada pelo aparecimento de um défice no funcionamento corporal por doença ou acidente, que despoleta défices e limitações da actividade, que quando não for possível efectuar uma adaptação ao meio, traduz-se numa diminuição da participação do sujeito, com necessidades de ajuda por parte de outros na realização das actividades de vida diária.

O envelhecimento e a dependência nos idosos têm repercussões individuais e familiares, que exigem que se efectue uma abordagem compreensiva e multidimensional dos idosos e suas famílias cuidadoras, integrando muito mais do que uma visão biomédica, valorizando a abordagem holística, atendendo às esferas biológica, psicológica, cognitiva e sócio-familiar, no que confere às principais particularidades e características deste grupo etário, de tal modo que se permita efectivamente compreender a dinâmica do que é “ser idoso”

2 - ENVELHECIMENTO NO CONTEXTO FAMILIAR

Com o aumento progressivo da população idosa, a exigência real e potencial de cuidados não pára de crescer. Muito embora ser velho não seja sinónimo de ser dependente, a tendência para o envelhecimento da população desencadeia persistentemente a ocorrência de situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência e/ou défice funcional que acabam por requerer a médio ou a longo prazo suporte familiar, mas também social e de saúde (Lage, 2005).

Nesse contexto, pelo aumento crescente do número de pessoas idosas incapazes de satisfazer as suas exigências do auto-cuidado e de viver autonomamente na comunidade, o cuidado informal assume particular importância pela evidência incontornável da família, frequentemente descrita e definida como o *“Grupo social que se caracteriza pela residência em comum, pela cooperação económica e pela reprodução”* (Barata, 1990 cited in Imaginário, 2004, p.70) e à qual *“classicamente lhe eram atribuídas funções de reprodução da espécie, de segurança e protecção, funções económicas de produção de bens através da divisão sexual do trabalho e ainda a transmissão cultural e socialização dos jovens, (...) satisfação sexual, com a protecção e desenvolvimento psicossocial, assim como com o apoio afectivo e realização pessoal dos seus membros”* (Agostinho, Rebelo, 1988 cited in Imaginário, 2004, p.70).

Aliás, investigações anteriores demonstram que as redes sociais de apoio informal dos idosos são maioritariamente formadas por familiares (Paúl, 1997).

Ora atendendo às definições anteriores, facilmente se deduz que reflectir sobre a família e suas funções, como cuidadora e fonte de suporte familiar, suas características e singularidades, enquanto prestadora de cuidados informais ao idoso consiste numa tarefa árdua, algo que poderá em si conter e fornecer vários contributos e recursos importantes à compreensão da dinâmica familiar.

2.1 - Família e Suporte Familiar

A família, como instituição e unidade fundamental das sociedades, estando mesmo consagrada em declarações e constituições políticas, tem sofrido a influência da sociedade actual, incluindo nos aspectos económicos, políticos, tecnológicos e culturais, quer isto dizer, *“A família sempre tem passado por mudanças que correspondem às mudanças da sociedade”* (Minuchin, 1990, p.52).

Constituindo, sem dúvida a primeira unidade social onde o indivíduo se insere, reconhece-se aliás a importância da família pela própria Constituição da República Portuguesa, a qual criou mecanismos necessários para dar a cada pessoa, na sua família, as condições essenciais a um desenvolvimento saudável, pelo Artigo 67º: *“A família tem direito à protecção da sociedade e do estado e à efectivação de todas as condições que permitam a realização pessoal dos seus membros”* (Artº. 67 da Constituição da República Portuguesa cited in Martins, 2004, p.124).

Informe-se que de acordo com dados revelados pelos Censos de 2001 de uma população de 10 356 117 em Portugal, existem um total de 3 650 757 famílias residentes e 3 876 famílias institucionais (INE, 2002 c)).

Todas as mudanças constantes na sociedade actual desencadearam uma alteração e mesmo abandono de muitas das funções familiares que geralmente eram assumidas por esta. Contudo, apesar da família se ter transformado quer pelo envelhecimento demográfico, quer pelas mudanças económicas e sociais, é ainda hoje a instituição de apoio mais fundamental e fonte preferida de assistência e ajuda, exercendo forte atracção sobre as pessoas *“particularmente relevante durante dois períodos polares: o período educativo propriamente dito, isto é, infância e adolescência, e, em outro pólo, na senectude”*, dado que permanece como o primeiro e principal suporte afectivo, pedagógico e social (Leme, Silva, 2000, p.92).

Considerada por muitos como um lugar onde se nasce, cresce, vive, morre, bem como se ama e se sofre, toda a família tem uma história natural de vida, um ciclo

de vida que lhe é próprio, passando esta por diversas fases sequenciais de crescimento que se iniciam com a formação da família e terminam quando esta se dissolve pela lei natural da vida, ou seja, a morte. Os vários momentos do ciclo vital (nascimento da família nuclear, nascimento dos filhos, adolescência dos filhos, partida dos filhos, morte ou partida de um dos pais, morte da família nuclear) são marcados pela capacidade de adaptação e reorganização às mudanças, e pelo enfrentar de crises, o que irá permitir o desenvolvimento de uma unidade familiar com sucesso (Martins, 2004).

Muito embora se saiba que a família sofre com as mudanças da sociedade contemporânea, permanecendo como entidade social singular nas relações estruturantes do indivíduo, esta não deve ser encarada de forma fixa e imutável, dado que é importante indicar que a família sofre sucessivas mudanças na sua dimensão, estrutura e actividade, em função das várias etapas do ciclo vital dos seus elementos, quer dizer que “ *a família tem um ciclo de vida próprio e que este é a sequência de momentos característicos que se iniciam com a formação da família e terminam quando esta se dissolve pela lei natural da vida (morte). Os vários momentos do ciclo vital exigem reorganização em relação às tarefas do mesmo de tal forma que sejam cumpridos os objectivos que levam a que a unidade familiar se desenvolva com sucesso*” (Martins, 2002, p. 127).

Ao resistir aos problemas que lhe surgem, persiste com um forte poder de atracção sobre as pessoas. É pois, no seio das relações familiares que acontecem e decorrem os acontecimentos da vida individual dotados do seu próprio significado inerentes à experiência de nascer, crescer, procriar, envelhecer e morrer, ou seja, “*a família revela-se como um dos lugares privilegiados de construção social da realidade, a partir da construção social dos acontecimentos e relações aparentemente mais naturais*” (Saraceno, 1997, p.13).

Apesar do seu início traduzir-se num fenómeno biológico, facto é que esta se transforma cada vez mais num fenómeno psicossocial, já que a função de reprodução, primeira referência da família, é actualmente encarada como apenas mais uma de outras das suas funções. Assim, sociologicamente, a família é encarada como um sistema dinâmico social, uma rede de relações e emoções, considerada como a mais importante fonte de apoio social, desempenhadora de

funções como o prover alimentos, abrigo e outras necessidades materiais; oferecer protecção frente às diversidades externas; satisfazer as necessidades económicas; construir a identidade pessoal; promover os primeiros laços afectivos e a criação de outras relações, desde as laborais, amizade, de parentesco, até à criação de uma nova família; promover a aquisição de capacidades para o enfrentamento de situações; exercitar a integração de papéis e responsabilidade social; influenciar na transmissão de princípios morais, regras e crenças; prover necessidades emocionais; realizar intervenções preventivas e terapêuticas, influenciadoras na saúde e doença dos seus membros (Aquino, 2007; Martins, 2004).

Resumindo, a família cuida. Aliás, *“Cuidar faz parte da história, experiência e valores da família. A função assistencial tem estado intimamente vinculada à família, até ao ponto de ser considerada como directamente sua. A maior parte dos cuidados de saúde tem lugar nos extremos do ciclo da vida (infância e velhice) e são fundamentalmente prestados pela família. Desde sempre as famílias são reconhecidas como o principal contexto para a promoção e manutenção da independência e da saúde dos membros, como a principal entidade prestadora de cuidados em situações de dependência dos seus familiares e como a instituição fundamental onde se desenrola a vida das pessoas, se expressam e satisfazem a maioria dos seus direitos, obrigações e necessidades, desde o nascimento à morte”* (Richards, Lilly, 2001 cited in Lage, 2005, p. 204, 205).

Presencia-se assim à função protectora da família, a qual é solicitada sempre que necessário, que pode ir desde ao nascimento dos filhos ao cuidar dos mais velhos e menos capazes (Martins, 2004).

Actualmente, assiste-se que um grande número de funções familiares é transferido para instituições (privadas ou públicas). Existem porém, aquelas tarefas que não são susceptíveis de serem transferidas, as quais são da responsabilidade da família, tais como a satisfação das necessidades básicas, o processo de socialização, entre outras funções de domínio psicobiológico, sócio-cultural, educativos e económico. A destacar também nas funções exercidas pela família é a função afectiva e a do companheirismo, já que, é na família que o

indivíduo é aceite com a sua personalidade e não apenas como um indivíduo que desempenha um papel, em que lhe fornece apoio emocional e funciona como meio de suporte.

Para além destas funções, acrescenta-se a função relativa à saúde pela família dado que *“a família dá apoio e resposta às necessidades básicas em situações de doença”* (Dinis, 2007, p. 125).

Nesse seguimento, na perspectiva de Campos (2004), as funções da família podem ser destacadas em três grandes grupos: afectiva (oferecer carinho, amor e apoio), social (intermediar o acesso ao mundo externo) e cuidadora (envolvendo as necessidades emocionais, económicas, sociais, saúde e alimentação).

No mundo actual globalizado, a família encontra cada vez menos oportunidade de estar reunida e unida, compartilhando afectos e ideias com seus membros. O instante das refeições, antes tradicionalmente encarado como um momento de reunião familiar, é hoje um momento individual. A evolução dos meios de transportes, no que tange à facilidade e velocidade, contribui para que os membros de uma família estudem ou trabalhem em localidades diferentes, dificultando o encontro da família. Porém, esta insiste em se afirmar como um dos pilares fundamentais da vida de todos os seres humanos, sendo cruciais na sua dinâmica, a comunicação congruente, direccional, funcional e com carga emocional; regras coerentes e flexíveis, com limites estabelecidos; liderança compartilhada; auto-estima e auto-confiança, de tal modo a que possibilite à família actuar como um todo, preservando a individualidade de cada um. A percepção dessa dinâmica pelos integrantes da família é que permite proporcionar recursos necessários ao crescimento individual e apoio face às dificuldades que vão surgindo ao longo da vida ou das doenças decorrentes (Eisenstein, Lidchi, 2004; Féres-Carneiro, 1992).

Compreende-se assim que qualquer família ao longo da sua existência, passe por diferentes situações de stress relativas ao indivíduo e sua família, causadoras de impacto e mudança, conduzindo a crises sucessivas. Acontece que estas crises podem ser naturais fruto do seu próprio desenvolvimento, ou por outro lado podem ser acidentais, as quais se reportam a *“algo não esperado, interno ou externo à própria família. A vivência de uma doença num dos membros da*

família, o divórcio, o desemprego, a gravidez indesejável, a prisão de um membro, o suicídio, o alcoolismo, a morte prematura de um dos membros da família ou mesmo a entrada de um estranho para a família” ou situações como “cataclismos, guerras ou recessão económica” para algumas famílias que não são capazes de enfrentar esses problemas (Martins, 2004, p.150).

Face à existência de uma situação de crise, pretende-se que a família aplique as capacidades auto-organizativas e fontes de suporte, de forma a se reorganizar e ultrapassar o problema de forma saudável. A vivência de uma crise irá ser influenciada pelos recursos que a família dispõe (estrutura da família, tipo de relações desenvolvidas, natureza individual dos seus elementos), bem como pela forma optimista e positiva como a crise é encarada. Note-se que as famílias com fracas fontes de suporte são mais susceptíveis a crises e como tal, à ruptura (Martins, 2004).

O envelhecimento e em particular a velhice, podem desse modo ser considerados como momentos de crise no ciclo vital, uma vez que retratam situações de mudança (biopsicossociais), exigindo do ser que envelhece e daqueles que com ele convivem adaptações a esta etapa de vida. Estas adaptações serão mais ou menos fáceis em função das relações previamente desenvolvidas e construídas, no decorrer da convivência dos membros da família (Brêtas, Souza, 2007).

Perante uma situação de dependência de um dos seus membros, o funcionamento da família fica sujeito ao desenvolvimento da capacidade de mobilizar os seus recursos, sejam eles internos ou externos, de maneira a ultrapassar ou minimizar a situação de crise. Nestas situações, urge a necessidade de uma reorganização social e familiar, de forma a encontrar respostas ao sucedido, aliado à adaptação, coesão e comunicação entre os diferentes elementos da família e outros intervenientes como recursos essenciais para o atingimento de um bem estar familiar, com qualidade de vida para o idoso e sua família (Imaginário, 2004).

Compreende-se assim, que *“A responsabilidade de proporcionar ajuda à pessoa idosa dependente tem sido identificada como um dos factores que pode precipitar crises familiares e afectar especialmente o cuidador principal, que é o membro da*

família que suporta a maior carga física e emocional dos cuidados” (Lopes, 2007, p. 40).

Para Roth (1996) (*cited in* Lage, 2007), a doença e em especial a doença crónica, constitui uma crise particularmente dramática dado que acrescenta um conjunto de tensões e exigências que interagem com as mudanças normativas que as famílias vivenciam. Nesse sentido, o stress surge como um fenómeno comum durante esta transição crítica com repercussões no sistema familiar.

Contudo, tal como sugere Van Riper (2001), ao passo que a doença aguda exige alterações temporárias na organização e funcionamento da vida familiar, na doença crónica podem decorrer mudanças radicais. Uma doença com um período curto e de cura previsível, é com certeza mais fácil de gerir comparativamente a uma doença mais longa, dado que numa doença aguda as mudanças não tendem a ser permanentes e as famílias são mais capazes de as gerir sem alterar de forma significativa os seus padrões habituais de funcionamento. Pelo contrário, na doença crónica ou situações terminais, onde se pode incluir os idosos com grau de dependência, exige que as suas famílias tenham de alterar os seus modos de funcionamento para lidar e adaptar-se ao decurso da doença.

Relevante neste contexto é a funcionalidade familiar, a qual se conseguida vai de facto interferir na forma como a família integra essa crise e a na reorganização a adoptar (Martins, 2004).

Por assim ser, quanto ao seu nível funcionalidade, pode-se afirmar que se está perante uma família funcional, quando esta é *“predominantemente afectuosa, com boa comunicação, coesa, com regras flexíveis, porém com limites e fronteiras claros, dando aos seus membros os recursos necessários ao crescimento individual e apoio diante as dificuldades da vida ou doenças intercorrentes”* (Eisenstein, Lidchi, 2004, p.222).

Ainda, de acordo com Féres-Carneiro (1992), a família pode funcionar como facilitadora, ao nível da saúde emocional de seus membros quando cada um desses conhece e desempenha um papel específico, adequado e flexível. Quando a família desempenha esse papel facilitador, pode-se dizer que esta passa a funcionar como um sistema de suporte dos seus membros. Também ao nível do

suporte oferecido pela família pode-se ainda referir que esta “*permanece como primeiro e principal suporte afectivo, pedagógico e social de todos os indivíduos, a família como instituição, não desaparecerá independentemente de todas as transformações registadas e todas aquelas que sofrerá no futuro*” (Martins, 2004, p. 111).

Surge então nesse sentido, um conceito oportuno no âmbito familiar: o suporte familiar, o qual se reporta a um construto de difícil definição e operacionalização, abrangendo questões referentes às complexas relações que se estabelecem entre os membros de uma família. Mais especificamente, a “*manifestação de atenção, carinho, diálogo, liberdade, proximidade afectiva, autonomia e independência existente entre os integrantes da família (características psicológicas) e, dessa forma, diferenciam-no do conceito de estrutura familiar referente ao número de pessoas e pertencentes a uma família, sua disposição e composição (características físicas)*” (Baptista, Oliveira, 2004 cited in Alves, et al., 2008, p.214).

Campos (2004), relativamente à percepção da pessoa que recebe apoio da família, refere que o suporte familiar quando considerado disponível e satisfatório, demonstra-se como um factor decisivo no suporte, dado que o facto de sentir amado, valorizado, compreendido, reconhecido, acolhido, protegido, cuidado e compartilhando de uma rede de recursos e informações, torna o indivíduo mais resistente para lidar com as adversidades do ambiente, o que acarreta consequências positivas para o seu bem-estar, reduzindo o stress, aumentando a auto-estima e bem-estar psicológico. Resumindo, permite contribuir de forma significativa para a manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo. Também Castro, Campero e Hernández (1997 cited in Aquino, 2007), referem que o suporte familiar, como conceito multidimensional e complexo, parece associar-se à saúde do indivíduo, explicando aliás, as oscilações do impacto do stress sobre a saúde. Constatou-se que o efeito do suporte pode ser compreendido de duas formas, como efeito directo (favorece os níveis de saúde independente do nível de stress) e como efeito amortecedor (protege o indivíduo dos efeitos da vida stressantes). Observou-se assim, que o indivíduo ao possuir relações de apoio com frequência apresenta melhores níveis de saúde física e mental.

Diante disso, receber suporte adequado pode permitir capacitar a família a funcionar com “versatilidade e maiores recursos”. Deste modo, *“O suporte familiar agiria como protector para eventos vitais stressantes à medida que estaria presente e principalmente percebido como disponível. A ideia de protecção envolve não apenas evitar o surgimento de doenças, mas também proteger quanto ao grau de incapacitação da mesma”* (Aquino, 2007, p.8).

Uma família suportiva reflecte-se não apenas pelo grau de ligação social familiar, mas simultaneamente pelas oportunidades que a mesma oferece, quanto aos seus suportes dentro da comunidade, uma vez que ao se apresentar com esse carácter pode ser considerada como amortecedora do efeito da acção de diversas fontes de stress na vida do indivíduo (Alves, *et al.*, 2008). Aliás, McFarlane, Belissimo e Norman (1995) (*cited in* Aquino, 2007), mais uma vez confirmam tal evidência, afirmando que um suporte familiar adequado proporciona maior auto-estima e protecção contra a depressão.

Quando se trata do contingente populacional formado por idosos, verifica-se que uma parcela destes afasta-se das relações sociais, ficando restrita ao lar e àqueles com quem estabelecem vínculos familiares. Assim, para o idoso, a prestação da família, principal fornecedora de cuidado e de suporte é de evidenciar pois, *“A contribuição da família para com este grupo etário é tão importante que se defende a nível mundial que nenhuma instituição possa substituir a família na prestação de apoio ao idoso. A família é, no entanto, o suporte e lugar privilegiado para o idoso”* (Imaginário, 2004, p.72).

Enfatiza-se que os idosos devem manter as relações sociais com os familiares, pois favorece o bem-estar psicológico e social dos idosos, dados esses mesmo comprovados pelo estudo levado a cabo por Battisti e colaboradores (2008), onde se conclui que 87,0% dos idosos possui rede familiar e social, que lhes fornece suporte de natureza emocional, material, afectiva e informativa, caracterizando uma interacção social positiva. Conclui-se que estes idosos apresentam um bom nível de convívio familiar e social, permitindo-os viver dignamente e com qualidade de vida.

Depreende-se então face ao exposto, que um importante componente do suporte social, o suporte familiar, presente desde os primórdios da vida da grande

maioria dos seres humanos, é algo de muito valioso, e do qual podem advir ainda que, indirectamente muitos benefícios, decisivos para o bem-estar físico e psicológico, fornecendo bases e o alicerce sobre o qual se vão projectar inúmeras situações ao longo da vida de qualquer indivíduo. Particularmente, nos idosos, verifica-se uma carência das redes de suportes, predominando a família como alternativa no sistema de suporte informal, pelo suporte familiar, dado que muitas vezes a associação do seu grau de dependência, com outras particularidades que lhes são singulares e a restrição do seu contacto social ao seio familiar, afasta-a de grande parte das relações sociais.

Portugal não foge a esta regra. E tal como menciona, Quaresma (1994), os cuidados prestados pela família, ou seja, a família solidária com os mais velhos, inscreve-se ainda nos valores culturais dos portugueses. Nesse sentido, a família como cuidadora sujeita a diversas situações de stress, foi, é e irá a continuar a ser parte integrante da verdadeira fonte de suporte de qualquer indivíduo, da intervenção em saúde e em todos os outros contextos de assistência, como algo indispensável para o cuidado integral e continuado, sobretudo ao idoso dependente.

Considerando estes aspectos, pressupõe-se que as pessoas idosas necessitem e possuem efectivamente de suporte familiar, o qual por sua vez, constitui o seu principal cuidador presente no seu dia-a-dia às suas várias exigências e necessidades, exercendo as mais variadas funções familiares, pois nenhum indivíduo, jovem ou idoso, consegue viver isoladamente da sua família, pessoas das quais se mantêm grandes vínculos.

Em síntese, a família constitui um lugar natural de protecção e inclusão social de todos os indivíduos, incluindo dos mais velhos, que esteve sempre presente como *“suporte (...) voltados a criar processos de inclusão social, vínculos relacionais e de implementação de projectos colectivos de melhoria da qualidade de vida. É na casa, na família (...) que o indivíduo constrói relações primárias que constituem a sua base de sustentação para o enfrentamento das dificuldades quotidianas”* (Lemos, Medeiros, 2002, p.896).

2.2 - Família como prestadora de cuidado informal ao idoso

A família ao ter o seu início como fenómeno biológico, constitui a primeira unidade social onde o indivíduo se insere, que contribui para o seu desenvolvimento e socialização, transformando-se cada vez mais num fenómeno psico-social, ou seja, *“A família é, pois, o espaço natural onde se faz a transmissão de valores éticos, culturais, sociais e cívicos”* (Martins, 2002, p.111).

A evolução da fecundidade através do controlo da natalidade, o aumento da esperança de vida com alterações a nível da mortalidade e morbilidade, a inserção da mulher no mercado de trabalho, modificações sobre a nupcialidade e a propensão para o divórcio contribuíram de forma significativa para a mudança no número, dimensão, formação e composição dos agregados familiares. Factores de ordem sócio-demográfica são responsáveis por tais alterações na família, entre as quais se contam: diminuição média dos agregados familiares (sendo frequente famílias formadas por uma única pessoa: famílias unipessoais); queda da natalidade; aumento do número de famílias; diminuição do número de casamentos e aumento dos divórcios (Imaginário, 2004).

Como consequência do aumento de número de famílias, em associação ao aumento da esperança média de vida, assiste-se a um número mais elevado de idosos a morar sozinhos. Constata-se que *“o modelo de família conjugal neolocal se difunde tanto entre os casais mais novos, (...), como entre os próprios idosos, que preferem ter uma casa própria, ainda que perto dos filhos”* (Saraceno, 1997, p.42). Tal facto, leva concluir que quer os jovens ao iniciar, quer os idosos ao terminar a sua história familiar, preferem vivê-la por conta própria. Muitas vezes a residirem sós, após terem formado família e depois da morte do cônjuge

Dados fornecidos no último censo populacional pelo INE (2002 c)), informa que de uma população de 10 356 117 em Portugal, existem um total de 3 650 757 famílias residentes e 3 876 famílias institucionais, 1 693 493 idosos com 65 ou mais anos de idade. Destas famílias residentes verificou-se que 1 179 730 são famílias com pelo menos um membro idoso com 65 ou mais anos de idade. A mesma fonte INE (2002 c)), revela ainda que a percentagem de famílias com pelo

menos um idoso é de 32,5%, sendo que as famílias constituídas apenas por idosos representavam 17,5% do total de famílias. No total de famílias só de idosos, a grande maioria são constituídas apenas por um idoso a viver sozinho (50,5%) e por dois idosos (48,1%), ou seja casais de idosos. Tais dados demonstram que a coabitação é reduzida, o que leva a concluir que o número de famílias de idosos está a aumentar e as famílias multigeracionais a diminuir.

Estes factos vão ao encontro do que é afirmado por Dinis (2007, p. 126): *“Outrora espaço privilegiado de solidariedade intergeracional alicerçado no modelo da família alargada, hoje o seu espaço está cada vez mais reduzido a duas gerações, limitando o suporte e protecção aos indivíduos mais velhos”*.

No que diz respeito, a famílias de idosos dependentes é de se mencionar que a existência destes idosos altera de forma significativa a dinâmica familiar, podendo provocar mudanças a nível da individualidade, autonomia e até saúde de todos os elementos da família. Pode levar a mudar ou até mesmo a desistir de determinados projectos de vida. Abandonar o emprego pelo idoso dependente poderá acontecer, bem como os recursos económicos disponíveis poderão ser afectados, comprometendo toda a economia familiar. Nesse sentido, acredita-se que sobretudo neste tipo de situações, deve prevalecer o apoio familiar como algo indiscutível e fundamental ao equilíbrio do idoso, de maneira a promover um envelhecimento útil e participativo e a conduzir à “sobrevivência” da estabilidade familiar (Imaginário, 2004).

A situação de doença constitui habitualmente uma situação de crise, um acontecimento stressor que despoleta efeitos não só no doente, mas também na família. Em função da gravidade da situação, do prognóstico da doença, das incapacidades e sequelas, estado emocional, os familiares desempenham uma dupla função: adaptar-se à situação de doença do familiar e às consequências decorrentes na sua vida pessoal (Garret *et al.*, 2004).

Habitualmente, a família vê-se confrontada com funções de restabelecimento e manutenção da saúde e bem estar dos seus elementos, entre os quais aos idosos. Contudo, esta função de cuidador familiar não é sequer reconhecida a nível legal, encarando-se a prestação de cuidados pela família como uma função básica e uma obrigação familiar, moral e mesmo social. Sabe-se que é a família na sua

maioria que assume a responsabilidade de cuidar dos idosos, dado esse mesmo comprovado no nosso país: “*Em Portugal é a família o centro da tradição da responsabilidade colectiva pela prestação de cuidados*” (Rebelo, 1996, p.23) e “*cerca de 80,0% dos cuidados prestados às pessoas idosas são de carácter informal e prestados pelos familiares, próprios idosos, vizinhos, amigos e voluntários*” (Ribeiro et al., 1995, p.2).

Na tradição cultural portuguesa, assiste-se que a família vem progressivamente a tornar-se uma das únicas e principais fontes de recursos disponíveis para o cuidado ao idoso dependente, o que leva a atribuir às famílias o papel de prestadores de cuidados informais ou cuidadores informais, ou seja, indivíduos que desempenham a provisão directa de serviços, com base nas interacções entre um membro da família que ajuda outro, preferencialmente no domicílio, de forma não antecipada, regular, não remunerada, no que diz respeito a actividades de vida diária e actividades instrumentais de vida diária (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007).

Os cuidados informais tratam da “*assistência proporcionada pela família, pelos amigos, ou pelos vizinhos a pessoas com necessidade de cuidados instrumental, ou pessoal, nas actividades de vida quotidiana (...) uma fonte de cuidados não remunerados para que as pessoas idosas em situação de fragilidade ou dependência, as pessoas incapacitadas ou outros grupos continuem a viver no seu lar, ou na continuidade e não sejam institucionalizados*”, fornecem assim o dito suporte informal (Domínguez-Alcón, 1997, p. 467).

Note-se que a grande maioria dos idosos demonstra vontade em permanecer no seu domicílio e ser nesse meio cuidado, já que a casa, o lar é o cenário das relações afectivas, trocas sociais, revelando todo um passado representativo da sua vida (Imaginário, 2004).

Face à necessidade de cuidados informais a idosos dependentes é importante que já exista previamente uma relação afectiva entre o prestador e os idosos, verificando-se que “*Os cuidadores que antes da dependência do idoso mantinham uma relação muito próxima e íntima, relação essa baseada no afecto, são os que manifestam uma motivação altruísta na prestação de cuidados ao idoso. Estas pessoas cuidam do idoso porque sentem as necessidades do mesmo e querem*

ajudá-los a aumentar o seu bem estar para que se sintam melhor. O mesmo não se verifica naqueles em que existia uma má relação, como também naqueles em que a relação não tenha sido de proximidade e de familiaridade com o idoso, revelam-se como menos frequência motivações do tipo altruísta, sendo as motivações de maior predomínio o sentido de obrigação, evitar a censura e conquistar a aprovação social” (Imaginário, 2004, p.77).

Face ao referido, facilmente se deduz que a *“família assume tacitamente o papel de cuidador, às vezes com gosto e desejo de fazer e outras vezes por imposição social”* (Domínguez- Alcón, 1997, p.471).

Seja por gosto ou por imposição, facto é que se estabelece uma relação entre o idoso e o cuidador, relação essa, muitas vezes marcada pela dependência do idoso. A dependência vai representar diferentes e complexos significados para cada um deles, implicando também a alteração das relações de poder. Para o idoso, refere-se à incapacidade do idoso para realizar as actividades de vida diária. Para o cuidador, reporta-se à necessidade de realizar pelo idoso essas actividades até agora desempenhadas por este. Esta relação de dependência vai invadir algo de muito pessoal do idoso: a sua intimidade, provocando sentimentos de constrangimento quer para o idoso, que vê ameaçada a sua intimidade, quer para o cuidador, que invade essa mesma intimidade. No caso de ser o cônjuge, essa relação torna-se menos incômoda. Porém, no caso dos filhos essa relação terá de ser construída (Cerqueira *et al.*, 2004).

Importante, será dizer que por vezes ocorrem colapsos entre o cuidador e o idoso, como situações de abuso e maus-tratos, que passam pela violência física e verbal até ao uso indevido dos bens do mesmo. Apesar de se saber e ser do reconhecimento geral, que uma relação entre um cuidador e o idoso pode ser desprovida de qualquer afeição, salienta-se que a ausência de satisfação pode ser encarada como um indicador de uma frágil e abusiva relação (Cerqueira *et al.*, 2004).

Perante a problemática de cuidar de alguém existem quatro factores determinantes ao assegurar os cuidados ao idoso dependente, tais como: as crenças relativas a cuidarem de alguém, os objectivos quando se cuida de

alguém, as tarefas e as emoções desencadeadas quando se cuida de alguém (Imaginário, 2004).

Os prestadores de cuidados não assumem deste modo uma tarefa fácil, já que *“Aqueles que desempenham um papel de cuidador informal enfrentam a tarefa constante de equilibrar as necessidades do familiar doente com as próprias e, muitas vezes, com as dos outros elementos da família.”* (Cerqueira et al., 2004, p.76).

Uma particularidade a saber relativa aos prestadores de cuidados é que em função do envolvimento nos cuidados prestados ao idoso dependente, pode-se classificar o cuidador em principal, secundário ou terciário. O cuidador principal refere-se aquele em quem é depositada a responsabilidade pela prestação de cuidados no domicílio e a quem estão reservados os trabalhos de rotina. Já os cuidadores secundários, reportam-se a alguém que ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular, mas não tem responsabilidade de cuidar, ou seja, habitualmente são os familiares que dão apoio ao cuidador principal. O cuidador terciário é alguém familiar, amigo ou vizinho que ajuda muito esporadicamente ou apenas quando solicitado em situações de emergência, não tendo qualquer responsabilidade pelo cuidar. Emprega-se ainda a designação de cuidador formal (principal ou secundário), para o profissional que é contratado, sendo remunerado para a prestação de cuidados (Cerqueira et al., 2004; Figueiredo, 2007).

Todavia, grande parte das vezes esta prestação de cuidados aos idosos não é partilhada, sendo na grande maioria a família a principal responsável, existindo em cada família um cuidador principal, encarregado pelos cuidados, sem que muitas vezes tenha sido acordado previamente pelos vários membros da família. Esta situação de prestação de cuidados informal pode surgir na sequência de variados contextos, entre os quais, o aparecimento de doenças crónicas, sujeitas a uma evolução progressiva, constante ou intermitente. Todo este processo de iniciação de tornar-se cuidador de um idoso dependente, raramente decorre de uma decisão tomada de livre e consciente escolha. Para que se diga que existe capacidade de decisão e escolha é necessário que existam várias possibilidades, o que habitualmente não é o caso, bem como o próprio modo como a família

elege o cuidador principal. Acrescenta-se a tal facto, o escasso apoio em termos de oferta social ao nível do apoio domiciliário e alojamento colectivo, onde tradicionalmente a família é culturalmente encarada como o centro da responsabilidade aos mais velhos. Para além do que, muitas vezes o recurso a este tipo de apoios é socialmente visto como sinónimo de abandono ou negligência em relação aos familiares idosos (Figueiredo, 2007).

Também Imaginário (2004), no seu estudo relativo ao idoso dependente em contexto familiar, comprova as afirmações anteriores ao mencionar que a prestação de cuidados é assegurada quase na totalidade pelos cuidadores informais familiares e dentro destes, pelo cuidador principal.

De acordo com Jani-Le Bris (1994) (*cited in* Figueiredo, 2007), são duas as vias que poderão estar na origem do surgimento do prestador de cuidados: processo sub-reptício ou na sequência de um incidente inesperado. Quanto ao primeiro, relaciona-se sobretudo com a perda de autonomia da pessoa cuidada. O potencial cuidador não é capaz de datar o início da prestação de cuidados. Este começa a prestar cuidados sem se aperceber, sem ter tomado essa decisão e até mesmo, sem tomar consciência de que é o principal responsável pela prestação de cuidados ao idoso e que essa situação poderá ser prolongada, durando muitos anos, exigindo um aumento progressivo da sua dedicação. Já a segunda, o incidente inesperado, poderá ser despoletado por uma situação de doença, acidente que provoca incapacidade, viuvez, emissão ou morte do cuidador. Perante tais situações já é possível datar o começo da prestação de cuidados, já que a tomada de decisão processa-se de forma mais consciente.

A duração dos cuidados a um idoso de forma informal é uma tarefa de longa duração. Todavia, por mais que se retrate essa realidade pelos dados sugeridos pela investigação, facto é *“se, por um lado, se pode ter uma ideia do início da prestação de cuidados, por outro jamais será possível prever a sua duração; além disso, estes números não têm em conta os períodos de prestação de cuidados sucessivos ou parcialmente justapostos. É neste sentido que alguns autores chamam a atenção para o conceito de cuidador em série (serial caregiving), ou seja, os cuidadores (e principalmente, as mulheres que cuidam de várias pessoas ao longo da sua vida: primeiro cuidam dos filhos, depois dos pais idosos –*

normalmente, a mãe – mais tarde as mulheres tendem a cuidar do seu marido” (Cerqueira *et al.*, 2004, p.72).

Tendo em consideração as narrativas de cuidadores principais, considera-se que na altura de definir quem assumirá a prestação de cuidados, podem ocorrer dois movimentos distintos, um de envolvimento e outro, de não envolvimento com o cuidado. As pessoas que assumem a prestação fazem-no através de um processo de “*slipping into it*”, ou seja, escorregar para dentro, o qual é acompanhado de outro, “*slipping out of it*”, escorregar para fora. Quer isto dizer, simultaneamente ao cuidador assumir a responsabilidade pela prestação de cuidados, os restantes membros “descartam-se”, ou seja, à medida que o cuidador se envolve, os não-cuidadores afastam-se, o que leva a concluir que esse cuidado é intransmissível, ou seja, “*a responsabilidade pelos cuidadores não é uma opção, pois norma, o cuidador não toma a decisão de cuidar, mas resvala nessa direcção*” (Cerqueira *et al.*, 2004, p.65).

Outra particularidade que se observa frequentemente nos países do Sul da Europa, como é o caso de Portugal e Espanha, é a existência de prestadores de cuidados de natureza rotativa. A pessoa dependente vai alternando pelas diferentes famílias cuidadoras. Por exemplo, um pai dependente, vai mensalmente ser assistido por cada um dos seus filhos, de forma rotativa. Esta prática de cuidados é mais habitual em famílias extensas e com escassos recursos financeiros (Figueiredo, 2007).

Como principais motivos inerentes à assunção do papel de cuidador familiar contam-se os seguintes: dever (moral e/ou social); solidariedade conjugal, filial ou familiar; motivos religiosos; sentimentos afectivos de amor ou piedade; recompensa material e evitamento da institucionalização (preocupação constante quer da parte dos familiares e dos idosos), os quais podem surgir isoladamente ou em simultâneo. Existem ainda um conjunto de outras razões de carácter meramente circunstancial ou factual, também importantes para a assunção da prestação de cuidados, tais como: coabitação, proximidade geográfica, inexistência de estruturas de apoio, custo financeiro da institucionalização (Cerqueira *et al.*, 2004).

Independentemente das circunstâncias que levam uma pessoa a ter de cuidar de outra, funcionalmente dependente dos seus cuidados, facto é que a maioria das pessoas não está preparada para assumir essa tarefa.

Por assim ser, a escolha e assunção do papel de cuidador familiar no idoso dependente revela-se na maioria das famílias, como algo de muito subtil, sendo “*influenciada pelas características e experiências pessoais de cada membro da família e pelo contexto em que se encontra*”, assumindo deste modo esse familiar cuidador uma grande importância, ao assegurar funções específicas e de valor insubstituível, tendo sempre subjacentes motivações, que constituem um domínio complexo, pois envolvem uma amálgama de razões, e à qual por vezes se lhe pode associar um determinado perfil (Sequeira, 2007, p.101).

O perfil do cuidador

“*A probabilidade de alguém se converter em cuidador (...) não se reparte de forma homogênea por diferentes variáveis como “sexo”, “idade”, “grau de relação” e “proximidade geográfica”, entre outras variáveis, muita embora atendendo à literatura pode sugerir-se um perfil para o cuidador, dotado de certas características e particularidades* (Martin, 2005, p.182).

No que diz respeito ao género, Figueiredo (2007) refere que a tarefa de cuidar de um idoso dirige-se sobretudo ao elemento feminino mais próximo, e destas, a esposa, seguindo-se as filhas e posteriormente, as noras. Uma das razões que justifica tal facto deve-se aos modelos de divisão do trabalho familiar, que equipara a prestação de cuidados a um familiar, a mais uma tarefa da esfera doméstica do cuidado que habitualmente a mulher assume, tal como a casa e os filhos.

Nessa sequência, quanto ao grau de parentesco, “*Na maioria das vezes, os cônjuges são a principal e única fonte de assistência ao idoso dependente. A descendência constitui a segunda fonte de prestação de cuidados. Normalmente, na ausência do cônjuge, é a filha quem assume a responsabilidade mas, quase sempre, acaba por transferi-la para a esposa. Os amigos e/ou vizinhos tornam-se*

cuidadores perante a ausência de familiares ou como uma fonte de ajuda complementar” (Figueiredo, 2007, p.111).

Estes dados referentes quer ao género, quer ao parentesco são comprovados por uma investigação descritiva e exploratória levada a cabo por Pinto (2007), intitulada “Cuidados Prestados pelo Cuidador Informal. Como promover a sua proficiência?”, em que indica que habitualmente o prestador de cuidados é um familiar do utente, do sexo feminino.

Contudo, apesar do predomínio das mulheres, cada vez mais se assiste que, os homens participam activamente na prestação de cuidados aos idosos. Porém, qualquer que seja o cuidador, homem ou mulher, facto é, que maioritariamente persiste o cônjuge como o cuidador mais frequente (Cerqueira *et al.*, 2004).

A propósito da idade, Cerqueira *et al.* (2004), sugere que os cuidadores informais apresentam idade média entre os 45 e 60 anos, sendo que a sua idade varia em função da idade da pessoa cuidada, ou seja, quanto mais velha for a pessoa dependente, mais velho é o cuidador. Muito embora, cada vez mais é chamada a terceira idade, os idosos mais jovens e autónomos, que têm a seu cargo o cuidado dos mais idosos (a também chamada quarta idade, com 80 ou mais anos), os quais também por vezes são eles beneficiários de cuidados (Caldas, 2003; Dinis, 2007).

Pinto (2007), refere que a idade mediana no seu estudo com os 60 indivíduos que compõem a sua amostra, são os 53 anos (mínimo 31 e máximo 80 anos).

No que se reporta estado civil, Figueiredo (2007), afirma que os casados representam a grande maioria dos que prestam cuidados a um familiar idoso dependente (aproximadamente 70,0%). Seguem-se os solteiros ou divorciados/separados com cerca de 11,0%. Por fim, conta-se os viúvos com percentagens menos significativas.

Já no que confere à proximidade geográfica, regra geral, os cuidadores vivem perto do idoso em situação de dependência, o que facilita a prestação de cuidados. Um estudo americano, revelou que dos inquiridos 20,0% vive na mesma casa e 55,0% a menos de 20 minutos. De realçar, que a coabitação é mais

frequente quando se trata de cônjuges e nos descendentes e quando os idosos dependentes apresentam elevados graus de dependência (Figueiredo, 2007).

Contudo, Pinto (2007), menciona que o cuidador informal pode ou não coabitar com o utente.

O ser detentor de um emprego assalariado conjuntamente com a tarefa de ser prestador de cuidados não é algo predominante nos países europeus, não sendo porém, raro. Outra realidade observada, é por vezes as famílias ao defrontarem-se com um membro desempregado ou sem actividade, pode levar a que esse assuma a prestação de cuidados (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007).

Tendo por base a investigação desenvolvida, quanto às actividades prestadas pelos cuidadores aos idosos, poderá dizer-se que a prestação informal de cuidados prende-se essencialmente com tarefas relacionadas com a provisão directa de serviços relativas às actividades de vida diária (cuidados na higiene pessoal, apoio no vestir, na mobilidade, ao alimentar-se, etc.) e às actividades instrumentais de vida diária (transporte, compras, tarefas domésticas, preparação das refeições, gestão financeira, administração de medicamentos). Também, se verifica que esta prestação de cuidados tende a assegurar o apoio psicológico, ligado à satisfação da vida e bem estar psicológico (Cerqueira *et al.*, 2004; Figueiredo, 2007).

Paúl (1997), refere também que os cuidados prestados pela família na doença crónica desenvolvem-se essencialmente em dois domínios: apoio psicológico, ligado à satisfação da vida e bem estar psicológico e, apoio instrumental, que está relacionado com a ajuda física em situações de diminuição da capacidade funcional do idoso e perda temporária ou definitiva da autonomia física.

Os serviços mais frequentes desempenhados pelos familiares cuidadores por ordem decrescente de importância segundo o mesmo autor (Paúl, 1997, p.102) são: *“o transporte, o verificar o bem-estar do idoso, os serviços domésticos, a assistência administrativa e legal, a preparação de refeições, a coordenação, as compras, a supervisão contínua, a enfermagem, e a ajuda financeira geral”*.

A este propósito, das tarefas desenvolvidas pelos cuidadores, algo a referir, é que frequentemente os cuidadores têm a expectativa de que os seus familiares idosos não têm capacidade para realizar determinadas actividades, acabando por prestar mais ajuda do que a necessária, privando-se assim, a pessoa idosa de praticar comportamentos para os quais ainda estava capacitada, o que pode conduzir à progressiva instauração da dependência. Essencial também realçar que a frequência e o tipo de cuidados prestados ao idoso não são fixos, pelo contrário, vão-se alterando com o tempo, inserindo novos aspectos, tarefas e sentimentos, dependendo de uma série de factores tais como: grau e tipo de dependência (física, mental ou ambas), proximidade geográfica, situação sócio-económica, apoio intra e extra-familiar, género do cuidador, etc. (Imaginário, 2004).

Resumindo, apesar de se detectarem e surgirem particularidades específicas no seio de cada dinâmica familiar estabelecida na relação entre o idoso e o seu cuidador, reconhecendo a sua própria unicidade, suas características, funções e motivos que levaram a adopção do papel de cuidador, constata-se também determinadas semelhanças entre os prestadores de cuidados informais, atendendo ao que sugere a literatura. Parece que da prestação de cuidados informais decorre uma maior predisposição essencialmente em determinados contextos: nível de parentesco próximo (cônjuge e filhos); género feminino; maior proximidade física, pessoa que vive com o idoso; proximidade afectiva, elementos com quem se mantém relação conjugal ou filial; não possuir profissão, ser reformado ou desempregado.

Embora se envelheça cada vez mais tarde e um grande número de idosos conserve durante muitos anos razoável estado de saúde, vitalidade e autonomia, os indivíduos deste grupo etário estão sem dúvida mais sujeitos à diminuição das capacidades físicas, psíquicas e sociais e como tal, à doença, dependência e à morte. São inevitáveis tais ocorrências, já que a velhice *“fará, pois, parte do destino biológico do homem”* (Costa, 2006, p. 32).

Assim sendo, será compreensível que o envelhecimento no seio familiar se torne uma realidade, sobretudo no nosso País, onde se está entregue à tradição do cuidado familiar aos mais velhos. E apesar das transformações e diferenças entre as famílias na sociedade contemporânea, estas ainda atendem às funções básicas para o grupo social e para os mais idosos, persuadidas do verdadeiro sentido de suporte familiar. Para este grupo etário, a família persiste como a principal e favorita fonte de ajuda e apoio, nas mais variadas actividades. Mesmo passando pelas diversas fases do seu ciclo vital, a família continua entregue da tarefa de prestadora de cuidado informal do idoso, tantas vezes dotada de certas particularidades comuns e características, passíveis de traçar um perfil para estes cuidadores. Debruçar-se e tomar conhecimento da envolvimento em torno da família como prestadora de cuidados, da sua dinâmica, do seu processo de iniciação, o seu perfil e tarefas desempenhadas, é algo que tem toda a pertinência e que de modo algum, não se pode dispensar, como uma estratégia de reflexão ao funcionamento das dinâmicas das famílias de idosos na quarta idade.

3 - QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE

Pensamento permanente partilhado por excessivo número de sujeitos, sejam eles idosos ou não, é o de viver sob a longevidade, envelhecer bem, prolongar a juventude e retardar a morte, mas tudo isto com qualidade de vida. Contudo, a questão da qualidade de vida na velhice não afecta somente o indivíduo que experencia o processo de envelhecimento, mas acomete o seu respectivo cuidador. Na maioria das vezes cuidar de um parente idoso dependente representa um papel difícil que facilmente compromete o bem-estar e qualidade de vida do cuidador, desencadeando o surgimento de determinadas necessidades.

3.1 - Qualidade de vida

À longevidade humana habitualmente associa-se a ocorrência de doenças e de prejuízos da funcionalidade física, psíquica e social, bem como o impedimento da preservação da autonomia e da independência, o que torna essencial que se pense e reflecta como atingir a velhice, ou seja, como envelhecer com qualidade de vida. De facto, se os indivíduos envelhecerem com autonomia e independência, com boa saúde física, desempenhando papéis sociais, permanecendo activos e desfrutando de senso de significado pessoal, poderá dizer-se que se está perante uma boa qualidade de vida.

O surgimento do termo qualidade de vida terá sido apenas evocado pela primeira vez em 1964, em contexto diferente, pelo Presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, quando declarou que *“o progresso social não pode ser medido através*

do balanço de bancos mas através da qualidade de vida proporcionada às pessoas” (Johnson, 1964 cited in Canavarro et al., 2005, p. 75).

Mas, foi sobretudo com o aumento do aparecimento de doenças crónicas, que se assistiu à conceptualização da qualidade de vida como sendo um *“Juízo subjectivo do indivíduo sobre o grau em que estão satisfeitas as suas necessidades nos vários domínios de vida”* (Churchman cited in Imaginário, 2004, p.56).

Os anos foram passando, e continuando a progredir no tempo, por sua vez, em 1998, a OMS, através da WHOQOL Group (pertencente à OMS em 1994) define a qualidade de vida como *“a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”* (OMS, 1998, p.3).

Intercruzando-se com os conceitos saúde, bem estar e satisfação com a vida, muito embora o conceito qualidade de vida, não seja equivalente, refira-se, que este conceito submete-se a diferentes pontos de vista, variando de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social, de situações vivenciais e até mesmo de indivíduo para indivíduo. Mais do que isso, varia para um mesmo indivíduo, com o passar do tempo e em função de estados emocionais e da ocorrência dos acontecimentos do dia-a-dia, sócio-históricos e ecológicos (Paschoal, 2002).

A OMS (1998) ao defender tal perspectiva considera três aspectos fundamentais na base deste amplo conceito: a subjectividade, a multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas, apresentando-se também com uma ampla visão multidisciplinar que se afasta da tradicional associação do conceito de qualidade de vida relacionada com os aspectos da saúde. Refere assim que o conceito abrange uma complexidade, relacionando aspectos físicos (saúde física), psicológicos (saúde psicológica), nível de dependência (mobilidade, actividades diárias, capacidade laboral, dependência de medicamentos e cuidados médicos), relações sociais, crenças espirituais pessoais e suas relações com o meio ambiente em que está inserido, o que por sua vez constituem todas elas dimensões determinantes na avaliação da qualidade de vida e que devem ter tidas em consideração. Esta perspectiva de natureza multifactorial da qualidade

de vida, reporta-se a uma visão global que encerra as várias dimensões do ser humano fundamentais na qualidade de vida de cada indivíduo, demonstrando que o conceito qualidade de vida é profundamente cultural, social, do meio ambiente e individual. Subjacente a esta avaliação é a percepção do indivíduo e não, o seu estado físico ou psicológico, nem mesmo a perspectiva de como avalia o profissional de saúde ou o familiar, essas mesmas dimensões (OMS, 1998).

Nesse sentido, mais do que inferir sobre a qualidade de vida através de indicadores objectivos, é fundamental conhecer a percepção das próprias pessoas a respeito desses indicadores em suas vidas, ou seja, a dimensão subjectiva da qualidade de vida. A avaliação subjectiva da qualidade de vida reporta-se deste modo à forma como as pessoas sentem ou pensam sobre as suas vidas, o valor que atribuem a certos aspectos físicos, sociais e emocionais de si próprios. Contudo, reconhece-se que ambas as abordagens (objectiva e subjectiva) oferecem dados importantes e complementares sobre a qualidade de vida (Amendola, 2007).

Muito embora sejam muitas as definições sugeridas pelos vários autores desde a origem do termo qualidade de vida, existe consenso por parte de todos os autores, ao afirmarem que esta depende de vários domínios, nomeadamente saúde, trabalho, família, qualidade de habitação, economia, ou seja, diz respeito a aspectos de vida relacionados com a doença e tratamento, mas ao mesmo tempo ao desenvolvimento de aspirações psicológicas e sociais.

Apesar da qualidade de vida depender de muitos outros domínios, a saúde constitui um componente determinante da qualidade de vida. Deste modo, a qualidade de vida é extremamente orientada e centralizada no impacto do estado de saúde percebida sobre o potencial individual para viver a vida de uma forma satisfatória, e com a respectiva subjectividade. Esta concentração em aspectos mais específicos da saúde, conduziu ao aparecimento dos termos qualidade de vida relacionada com a saúde, status de saúde ou ainda saúde percebida (Ferreira, *et al.*, 2009).

Aliás, a saúde é considerada mesmo vital e determinante para manter o bem-estar e qualidade de vida, sobretudo face à idade avançada. Esta qualidade de vida relacionada com a saúde define-se como “*o valor que se associa à*

longevidade da vida modificada pela incapacidade, pelo estado funcional, pela percepção e pelas consequências sociais resultantes de uma doença, de um acidente ou de uma decisão política, social ou sanitária, visando o impacto e as implicações directas/indirectas da doença sobre o indivíduo, de tal forma que a avaliação se passasse a fazer através da quantificação dos períodos livres de doença ou perturbação social” (Imaginário, 2004, p.57).

Refira-se assim que *“Qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com saúde estão interligadas, mas a primeira tem um sentido mais amplo, enquanto a segunda se refere aos aspectos directamente relacionados com os sintomas da doença e com tratamento” (Ribeiro, 2002, p. 77 cited in Ferreira, et al., 2009, p. 16).*

Na avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde ou saúde percebida, é indispensável incutir determinados aspectos, tais como: *“capacidade cognitiva, as condutas de bem-estar e satisfação da vida, as condições sócio-materiais objectivas de existência e a percepção subjectiva das mesmas, a satisfação proveniente das condições materiais reais, concretas e psicológicas das pessoas, a percepção subjectiva do nível de saúde pessoal e a sua capacidade de suportar de uma forma subjectivamente satisfatória e, por último, a percepção da utilidade do significado de viver e a satisfação das necessidades básicas do ser humano” (Imaginário, 2004, p. 58).*

Ainda atendendo a determinados autores, considera-se que a qualidade de vida relacionada com a saúde integra quatro domínios básicos, sendo: o estado funcional, sintomas relacionados com a doença ou tratamento, funcionamento psicológico e social. Relativamente aos mesmos destaca-se que *“O estado funcional refere-se às capacidades individuais para realizar as necessidades básicas, desempenhar os papéis sociais habituais e manter a saúde e bem estar. Os sintomas são sensações associadas a alterações do estado físico, emocional ou cognitivo anormal (...) O funcionamento psicológico e social, refere-se ao processo de adaptação imposto pelas muitas alterações ocorridas na vida pessoal, familiar, laboral e social do doente crónico” (Ferreira, et al., 2009, p.17).*

Também, os conceitos de felicidade, satisfação com a vida ou ainda bem-estar começaram a ser incluídos, como condições necessárias subjacentes à qualidade

de vida, reportando-se ao grau pelo qual o indivíduo avalia favoravelmente a globalidade da sua qualidade de vida (Ferreira, *et al.*, 2009).

Por tudo isso, avaliar a qualidade das pessoas é um aspecto que tem cada vez maior relevância e em particular, a qualidade de vida dos idosos, dada o aumento da esperança de vida associado ao crescente aumento de doenças crónicas incapacitantes. Debater a situação da qualidade de vida na perspectiva dos idosos torna-se pois importante já que *“não é só o número de anos que os idosos vivem, mas a maneira como eles vivem seus últimos anos que determinarão a qualidade de vida não só para eles, mas para a população como um todo”* (Spirduso, 2005, p.27).

3.2 - Qualidade de vida do idoso

O fenómeno do envelhecimento como algo de muito complexo caracterizando-se por *“sucessivas crises pelas quais o idoso passa (...) que esgotam os seus recursos psicológicos no esforço de adaptação (...) Também, o facto do idoso já não contribuir produtivamente para a sociedade, conduz a que seja tratado de modo diferente, o que não facilita a sua integração social, mas sim a sua marginalização”*, torna fundamental que se reveja toda a sua problemática inerente à qualidade de vida nos seus vários domínios (Imagínario, 2004, p.53).

E se por um lado se assistiu à melhoria das condições sanitárias e aos avanços da medicina, que proporcionaram um aumento da esperança de vida, do outro lado, constatou-se muitas vezes uma diminuição da qualidade de vida. Assim, a longevidade não deve ser encarado como sinónimo da qualidade de vida. É importante que se aumente a expectativa de vida, mas simultaneamente se desenvolvam estratégias para que os idosos vivam e se sintam o melhor possível, numa perspectiva de promoção de saúde e prevenção da doença, o que trará vantagens não só ao próprio indivíduo, mas para a sua própria família e até mesmo para a sociedade.

Acima de tudo, há que se atender às necessidades básicas do idosos, as quais são no fundo as mesmas que nas restantes etapas da vida, sendo resultantes “*da perda progressiva das capacidades físicas, alterações dos processos sensoriais, preceptivos, cognitivos e afectivos, da transformação na auto-imagem e no papel social, da perda de autonomia e da diminuição de contactos sociais relacionados com o isolamento, o trabalho, os tempos livres e a família*” (Imaginario, 2004, p.51).

Estas situam-se não apenas na esfera biológica, tal como em qualquer outro estágio de vida, mas também no domínio psicológico, sociológico, cultural e espiritual. A este propósito, Cardoso (2000) no seu estudo “Ancianidade: contribuição na avaliação da qualidade de vida de uma população urbana”, constata que os principais problemas dos idosos cuidados por ordem de prioridade são: saúde (duas vezes mais mencionados que os restantes), económicos, solidão, abandono pela família, marginalização social e ausência de serviços de índole social. Correia (2004), com o seu estudo exploratório verificou que de um modo geral as necessidades do idoso, por ordem prioritária são do foro mental, físico e social. Já, para as investigações de Lucas e Pacheco (1999), as necessidades de convívio, redes de apoio informais e grupo de auto-ajuda na comunidade eram as de destaque. Em 1999, pesquisas desenvolvidas por Jiménez Navascués *et al.*, confirmam os resultados anteriores, indicando como necessidades a comunicação, a mobilidade e auto-realização.

Estes resultados permitem conjecturar que os idosos têm efectivamente necessidades de ordem diversa, nomeadamente ao nível social, especialmente nas sociedades actuais, onde estes ficam entregue à solidão; restrição, limitação e diminuição dos círculos de amizade e ligações familiares (como a perda do cônjuge), o que pode conduzir ao seu isolamento social. Refira-se que na origem deste isolamento podem também estar associadas as perdas de visão, audição e de mobilidade.

Contudo, o ideal será não se ficar apenas pelo mero cumprimento de necessidades como a saúde, alimentação, higiene, indo muito além do seu alcance, de tal modo que se possa alcançar a tão esperada qualidade de vida, nesta etapa final da vida.

Fonseca (2005, p.303) refere que nas sociedades contemporâneas “*o conceito da qualidade de vida é, aliás, considerado (...) como um conceito nuclear no campo da atenção aos idosos, constituindo um dos principais indicadores que se deve ter em atenção na hora de avaliar a condição de vida dos idosos*”.

A OMS (2001) citada por Tessari (2002, p.1), falando na qualidade de vida nos idosos, reporta-se a esta como sendo a “*manutenção da saúde, em seu maior nível possível, em todos aspectos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual*”.

Castellón (2003, p.188), conceptualiza a qualidade de vida dos idosos como “*a) como qualidade em termos das condições de vida (seria a componente objectiva), b) como satisfação pessoal com as condições de vida (seria a componente subjectiva), c) combinando as condições de vida e a satisfação, d) combinando as condições de vida e a satisfação pessoal segundo os critérios do próprio sujeito, em função da sua escala de valores e aspirações pessoais*”. Quer isto dizer, que aqui se encontram os parâmetros de ordem objectiva (serviços sociais, apoio social, ambiente em que se vive, ofertas culturais e recreativas, etc.) com a avaliação e valorização que os sujeitos fazem desses mesmos parâmetros, sendo que as características pessoais (expectativas, valores, níveis de aspiração, grupos de referência, necessidades pessoais, etc.) assumem obviamente um papel decisivo.

Nesta linha de pensamento, o mesmo autor e seus colaboradores (2003), têm fornecido contributos que levaram à identificação de quatro grandes eixos de análise da qualidade de vida neste grupo etário a) qualidade de vida e residência (institucionalização versus meio familiar); b) qualidade de vida e exercício físico; c) qualidade de vida e estilos de vida; d) qualidade de vida e saúde.

Hortelão (2004), afirma que nos idosos a qualidade de vida está associada ao conjunto de três factores como a ausência de doença, o suporte social e o bom funcionamento físico e cognitivo. Já para Neri (2003), os indicadores de bem-estar são a longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, actividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares e ocupacionais, continuidade de relações informais em grupos primários (especialmente grupos de amigos).

Castellón (2003), partilha de certo modo da mesma opinião relativamente aos indicadores a considerar na avaliação da qualidade de vida associada ao envelhecimento: bem estar subjectivo (físico, material, social, emocional), autonomia, actividade, índices materiais e recursos económicos, saúde, habitação, intimidade, segurança, lugar na comunidade, relações pessoais.

Ainda, Hughes (1990) (*cited in* Tinker, 1997) aborda que existem várias formas para avaliar a qualidade de vida deste grupo etário: características individuais dos idosos (capacidades funcionais, dependência, saúde física e mental, género, raça e classe social); factores do ambiente físico (instalações e comodidade, habitação, controlo sobre o ambiente, conforto, segurança e sistema de apoio a cuidados de saúde); factores de ambiente social; factores sócio-económicos; factores de autonomia pessoal; satisfação subjectiva (como é avaliada a qualidade de vida pelo idoso) e factores de personalidade.

Atendendo também ao que afirma Almeida (2009, p. 67) parafraseando Ribeiro (1994, 1999) relativamente a que qualidade de vida deve ser analisada com base nos pressupostos subjacentes ao contexto: “*não é ausência de doença, manifesta-se ao nível do bem-estar e da funcionalidade; define-se por uma configuração de bem-estar que é uma dimensão auto percebida; abrange aspectos físicos, mentais, sociais e ambientais*”. Compreende-se que a avaliação da qualidade de vida dos idosos deve centrar-se nos problemas de saúde que causam incapacidade e podem ser corrigidos (audição, visão), na saúde mental (função cognitiva e memória, ansiedade/depressão), na capacidade funcional, estado de saúde, satisfação com a vida e suporte social, sendo este último particularmente crucial para esta faixa etária por proporcionar uma vida independente na comunidade.

Existem claramente factores que podem conduzir a uma boa qualidade de vida além das condições físicas e mentais, tais como a renda económica, recursos de apoio, rede de socialização, estilos pessoais cognitivos, diferenças de status e papéis sociais, pressões e expectativas do meio ambiente, controle emocional, vivências e experiências anteriores, entre outros. Sendo que este sentimento de satisfação com a vida relaciona-se com as prioridades e sistemas de vida, e não necessariamente com a idade ou género do sujeito. Depende mais, do que se

decide fazer de sua metas, crenças, da compreensão das normas e do tempo em que se vive, das oportunidades que conquista, da sua capacidade de escolha, avaliando a sua vida como um todo (Novaes, 2002).

Refira-se ainda um dos modelos mais conhecidos sobre qualidade de vida neste grupo etário foi o desenvolvido por Lawton (1983) (*cited in* Paschoal, 2002). Este define a qualidade de vida como resultado da avaliação multidimensional referenciada a critérios sócio-normativos e intrapessoais, a respeito das relações actuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente. O modelo baseia-se em quatro dimensões conceituais: *“a) competência comportamental: avaliação do funcionamento do indivíduo no tocante à saúde, à funcionalidade física, à cognição, ao comportamento social e à utilização do tempo referenciada a parâmetros clínicos, bioquímicos e comportamentais; b) condições ambientais, que são relativas ao contexto físico e ao construído pelo homem e têm relação directa com a competência comportamental (...) c) qualidade de vida percebida, que é subjectiva e relativa à avaliação da própria saúde e do próprio funcionamento em qualquer domínio; e d) bem-estar subjectivo: diz respeito à avaliação pessoal que o idoso faz do conjunto e da dinâmica das relações entre as três áreas de espírito (...) indicado principalmente por satisfação, felicidade e estado de espírito”* (Paschoal, 2002, p.84).

As áreas acima descritas compreendem os factores objectivos, isto é, as condições físicas do ambiente, as condições sociais (renda, educação, relações familiares, de amigo e trabalho) e biológicas (genética, grau de maturação, estilo de vida) e ainda, os factores subjectivos, relativos aos estados internos, experiências pessoais, satisfação com a vida, padrões de comparação adoptados pela pessoa, os quais são em grande parte determinados pelo grupo (Paschoal, 2002).

Refira-se também que entre a população de idosos existem grandes diferenças individuais, mais do que em qualquer outro grupo etário. São diferenças em quase todos os tipos de características: físicas, mentais, psicológicas, condições de saúde e sócio-económicas, o que torna as conclusões a respeito da qualidade da vida e do cuidado necessário altamente individualizadas (Paschoal, 2002).

Particularidade interessante a referir no contexto da qualidade de vida dos idosos relativamente ao género é que perante o fenómeno da longevidade feminina, assiste-se a uma maior possibilidade de as mulheres virem a viver sozinhas, carentes de cuidados e dependentes de novos arranjos domésticos e institucionais de suporte. Apesar de viverem mais tempo que os homens, as mulheres apresentam um menor tempo de vida saudável do que eles, já que são elas frequentemente as suas cuidadoras, o que faz com que a sua qualidade de vida tenda a declinar-se (Aquino, Cabral, 2002).

Quanto à evidência nesta área, surgem-nos vários estudos. Browne e colaboradores (1994) desenvolveu um modelo no qual nos aponta domínios importantes na determinação da qualidade de vida dos idosos, pontuando o grau que cada domínio possui. Demonstrou com o seu estudo que os factores destacados pelos idosos como fundamentais para a qualidade de vida foram a família (89,0% da amostra), actividades sociais e de lazer (95,0% da amostra), saúde (91,0% da amostra), condições ambientais de vida (80,0% da amostra) e religião (75,0% da amostra).

“Conceito de Qualidade de Vida para o Idoso”, levado a cabo por Fernandes (1996), concluiu que a qualidade de vida dos idosos é influenciada por sistemas de suporte como apoio familiar, serviços de saúde, serviços sócio-religiosos e recursos económicos.

Outra investigação desenvolvida neste domínio, por Cardoso (2000) com uma amostra de idosos com idade igual ou superior a 65 anos, verificou que se trata de uma comunidade com incapacidade relativamente reduzida e com uma qualidade na satisfação no dia-a-dia ainda elevada, com indicadores de mobilidade passíveis de deslocações prolongadas.

Com o estudo exploratório desenvolvido, Figueiredo *et al.* (2003) investigaram a definição da qualidade de vida e bem-estar dos idosos com idade superior a 75 anos, utilizando o sistema de avaliação de idosos EASY, que avalia a percepção dos indivíduos em relação às suas capacidades em diversas áreas da vida. Descreveram como resultados, a detecção de quatro factores básicos que explicam que cerca de 65,0% da variância da avaliação de qualidade de vida: actividades de vida diária e bem estar, mobilidade e comunicação.

Xavier e colaboradores (2003) com um estudo desenvolvido com idosos acima dos 80 anos, no Brasil, do total de sujeitos entrevistados 57,0% classificaram a sua qualidade de vida como positiva, enquanto 18,0% a classificaram como negativa. Concluíram também que os determinantes de uma qualidade de vida foram saúde satisfatória (43,0% da amostra), bom relacionamento com familiares (32,0% da amostra) e segurança financeira (28,0% da amostra). Por outro lado, os factores determinantes de uma avaliação de qualidade de vida negativa foram os problemas de saúde (96,0% da amostra), trabalho (17,0% da amostra) e insatisfação com família e amigos (13,0% da amostra).

Jaques (2005), conclui com a sua pesquisa, com idosos de 65 ou mais anos de idade, que 24,6% dos idosos não apresenta qualidade de vida segundo os parâmetros mais condicionantes, tais como as relações afectivas entre o idoso e os elementos da família, amigos ou vizinhos, a comunicação social, a participação familiar, a escassez de recursos económicos e sociais e o isolamento. Referem como obstáculos à qualidade de vida os recursos de saúde como dificuldade na acessibilidade e dificuldade de apoio domiciliário.

Sampaio (2006), ao estudar a qualidade de vida de uma população de idosos de um meio urbano, igualmente com 65 ou mais anos de idade, verificou que estes apresentam uma favorável qualidade de vida, com um nível sócio-económico médio, bastante independente dependendo a sua qualidade de vida de uma série de factores: idade, estado civil, independência nas actividades de vida diária e nível sócio-económico.

Tendo por base o exposto, verifica-se que um componente que persiste várias vezes, a propósito da qualidade de vida nos idosos situa-se ao nível das redes sociais de apoio informal, constituída essencialmente por familiares, mas também por amigos e vizinhos. A sua presença é considerada como um bom indicador de saúde mental e prognóstico de um óptimo bem estar, que proporciona capacidades ao indivíduo para facilitar o confronto e a resolução de acontecimentos de vida difíceis e/ou amortecer o seu impacto (Amado *et al.*, 2005).

Constata-se assim que o papel das redes sociais, nomeadamente o familiar e as redes de amigos relativamente ao processo de envelhecimento apresenta efeito

protector ou efeito de “almofada”, amortece o stress associado ao envelhecimento, produzindo impacto que é crucial na qualidade de vida dos sujeitos idosos, quer no seu todo, quer aos seus vários domínios, estando esta mesma percepção da qualidade de vida claramente associada quer a variáveis sócio-demográficas, físicas ou de contexto e sendo potencialmente mais positivo o efeito das redes de suporte de amigos e vizinhos (Amado *et al.*, 2005, *a*)).

De facto, a existência de redes familiares de suporte é um dado fundamental para a qualidade de vida dos idosos. Os resultados de Bowling e colaboradores, demonstram esta situação ao mencionarem como um dos aspectos mais valorizados, entre outros pelos idosos a residir numa comunidade é: ter boas relações com a família (Bowling *cited in* Amado *et al.*, 2005, *b*)).

À semelhança do que se passa com os indivíduos de outras faixas etárias, a existência das redes de suporte social são e constituem um incontornável e decisivo elemento de bem estar, saúde física e mental dos idosos. Mais em concreto, no âmbito dessas mesmas redes, a família, e o seu suporte familiar, surge “*como o centro de todo o apoio recebido e prestado, embora o seu carácter “não voluntário” possa introduzir efeitos complexos e nem sempre positivos, na qualidade de vida dos idosos*” (Paúl, 1997, p. 284).

Como linha de preocupação idêntica, Fernández-Ballesteros (1998) afirma que a maior ou menor qualidade de vida dos idosos está dependente do contexto e das circunstâncias em que as pessoas vivem.

Resumindo, poderá dizer-se que o conceito qualidade de vida aponta para a necessidade de considerar os aspectos valorizados pelos idosos para o bem estar global como a sejam a saúde, a satisfação com a vida, o bem-estar psicológico, bem como a satisfação com o ambiente social e físico a que pertencem e estão inseridos.

Viver mais sempre foi o intuito de qualquer ser humano. Assim, um desafio crescente é o da conquista da qualidade de vida na velhice, para alcançar o tão esperado envelhecimento bem sucedido, ou seja, “*condição individual e grupal de bem-estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece e às circunstâncias*

de sua história pessoal e seu grupo etário” (Neri, 2000 cited in Chachamovich, 2005, p.22, p.23).

Envelhecimento bem sucedido

Falar em envelhecimento bem sucedido pode causar alguma inquietação já que associa-se o termo sucesso a representações que nada têm a ver com o que se espera habitualmente do processo de envelhecimento, o qual faz apelo frequentemente a noções como perda, declínio e aproximação da morte. De facto, situações de carácter negativo e irreversíveis encontram-se intrínsecas a esta fase final da vida, onde recursos adaptativos em muitas áreas do funcionamento mental e físico tendem a declinar, com a diminuição das perspectivas de futuro, tornando-se cada vez mais difícil para a pessoa idosa retirar sentido e encontrar significado na definição de objectivos voltados para o futuro (Fonseca, 2005).

Diversas iniciativas internacionais valorizam a possibilidade de tornar o envelhecimento bem sucedido como um processo positivo, um momento de vida para se exercer bem estar, prazer e qualidade de vida. A política de envelhecimento activo, proposta pela OMS (2005) é um exemplo concreto dessas recomendações, enfatizando que envelhecer bem não é apenas uma questão individual e sim, um processo que deve ser facilitado pelas políticas públicas e pelo aumento das iniciativas sociais e de saúde ao longo do curso de vida. À priori, a criação da política parte do pressuposto de que, para se envelhecer de forma saudável e bem sucedida, torna necessário aumentar as oportunidades para que os indivíduos possam optar por estilos de vida saudáveis e ainda, fazer controle do próprio *status* de saúde (Lima *et al.*, 2008).

Nesse seguimento, a OMS (2005) propõe a definição de envelhecimento activo como *“optimização das oportunidades de saúde, participação, segurança, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida à medida que a pessoas ficam mais velhas”*.

O conceito “envelhecimento positivo”, “envelhecimento com sucesso” ou ainda “envelhecimento bem sucedido”, terá sido evocado nos anos 60, como “*um mecanismo de adaptação às condições específicas da velhice, quer a procura de um equilíbrio entre as capacidades do indivíduo e as exigências do ambiente*” (Fonseca, 2005, p. 281).

Numerosas medidas de envelhecimento bem sucedido, têm sido propostas ao longo dos anos para a abordagem do conceito. Margoshes (1995) considerou que uma atitude mental positiva, a exposição do *self* a constantes desafios, a estimulação cognitiva, a realização emocional e a preservação dos hábitos de vida saudáveis praticadas ao longo da vida adulta, são componentes essenciais para se assegurar um envelhecimento bem sucedido. Heckhausen e Schulz (1996) referem outras variáveis possíveis como o funcionamento cardiovascular, ausência de incapacidades permanentes, desempenho cognitivo, controlo primário e realizações nos domínios físico ou artístico.

De acordo com Baltes e Carstensen (1996), o envelhecimento bem sucedido trata-se de um conceito que incorpora basicamente dois processos relacionados. Por um lado, trata-se de uma capacidade global de adaptação às perdas que ocorrem habitualmente na velhice, não pela adopção indiferenciada de critérios normativos externos, mas sim através de uma procura individual de resultados e objectivos significativos para o próprio, mesmo quando já é notório um declínio de possibilidades e de oportunidades. Por outro lado, o envelhecimento bem sucedido pode ser atingido mediante a escolha de determinados estilos de vida, que satisfaçam o objectivo de manutenção da integridade física e mental até aos últimos momentos da existência. Em ambas as fases deste processo está implícita a ideia de que não existe apenas um único caminho para atingir um envelhecimento bem sucedido, demonstrando esta diversidade, o relevo que desempenham no acto de envelhecer factores como a personalidade, contexto sócio-cultural ou as relações familiares. Sugerem assim os mesmos autores (1996, 1999) que factores psicossociais (satisfação de vida, bem-estar psicológico, suporte social percebido e envolvimento na vida da comunidade), saúde física, capacidades funcionais e estilo de vida, condições biofísicas e sociais, podem contribuir para um envelhecimento bem sucedido.

Kahn e Rowe (1998) defendem que um envelhecimento bem sucedido não deve corresponder a uma tentativa de imitação da juventude, adquirindo antes uma especificidade que lhe seja própria e que não necessita de pedir emprestadas configurações que habitualmente andam associadas ao sucesso de outras fases do ciclo de vida. Estes autores (1998, p.38), defendem que o envelhecimento bem sucedido traduz-se na *“capacidade para manter três componentes ou características essenciais: i) baixo risco de doença e incapacidades relacionada com a doença; ii) funcionamento físico e mental elevado; iii) envolvimento/compromisso activo com a vida”*. Refira-se que o evitamento de doença e incapacidade refere-se à presença ou ausência de patologia e de factores de risco potenciadores de doença e incapacidade. Manter um elevado funcionamento global requer tantas capacidades mentais, como físicas, sendo que é destas que surge um potencial de acção, ou seja, as capacidades sugerem o que uma pessoa pode fazer, mas não o que ela efectivamente faz. Tal facto representa para Kahn e Rowe (1998, p.38), que determinadas pessoas, por razões diversas fazem menos do que aquilo que são capazes: *“O envelhecimento bem sucedido vai para além deste potencial; envolve actividade; envolve compromisso com a vida”*. Um compromisso activo com a vida pode supor comportamentos produtivos em diversos domínios, seja em participação em actividades sociais, estabelecimento de relações com familiares e amigos, etc., sempre com o propósito de criar valor para a comunidade e fazer o sujeito sentir-se bem. Também para os mesmos autores (1998), o envelhecimento bem sucedido está dependente das escolhas e dos comportamentos individuais, através do esforço individual.

Lehr (1999), por sua vez, menciona que o envelhecimento bem sucedido é possível através de uma série de medidas, agrupadas em categorias: factores genéticos e factores biológicos; factores ecológicos; meio ambiente e socialização; interacção social; personalidade, inteligência e interesses; educação, cultura e ocupação; nutrição, saúde e actividade física. Já Krause (2001) afirma que a disponibilidade de redes de suporte social constitui o aspecto mais determinante do envelhecimento bem sucedido.

Refira-se que não há uma única forma de envelhecer com sucesso, já que os indivíduos diferem entre si quanto à idade em que eventualmente se consideram

“velhos” (ou mesmo “a envelhecer”) e quanto à necessidade de serem introduzidas alterações nas respectivas vidas em função do avanço da idade. Note-se que o factor individual, surge como um algo determinante para se afirmar a inexistência de um caminho único de evolução, podendo pessoas diferentes percorrer percursos distintos de envelhecimento, mantendo porém uma idêntica satisfação de vida e alcançando um sucesso semelhante (Fonseca, 2005).

Resumindo, o conceito de velhice bem sucedida tem pelo menos três conotações: *“1) realização do potencial para o alcance do bem-estar físico, social e psicológico avaliado como adequado pelo indivíduo e pelo seu grupo de idade, tendo como parâmetro as condições objectivas disponíveis para tanto e os valores sociais a respeito dessas condições e a respeito do que é ou seria desejável para que as pessoas pudessem realizar seu potencial; 2) funcionamento parecido com o da média da população mais jovem; 3) manutenção da competência em domínios seleccionados do funcionamento, por meio de mecanismos de compensação e optimização”* (Neri 2000, p.37).

Na generalidade, pode-se dizer que as teorias do envelhecimento bem sucedido, encaram os sujeitos como indivíduos pró-activos, regulando a sua qualidade de vida pela definição e atingimento de objectivos propostos, através dos seus recursos que lhe são úteis para a adaptação a mudanças intrínsecas à idade e envolvendo-se activamente na preservação do seu bem-estar. Tais objectivos estão direccionados, frequentemente para áreas como a saúde, a autonomia pessoal, estabilidade emocional, auto-estima, casamento, vida familiar e relações de amizade, defendendo o que Heckhausen e Schulz (1996) afirmam quanto ao consenso da caracterização de um envelhecimento bem sucedido em torno dos seguintes critérios: adequado desempenho físico e cognitivo, ausência de patologias e incapacidades, manutenção do controlo primário e envolvimento na vida.

Conhecer todos estes factos relativos à qualidade de vida do idoso torna-se importante já que avaliar a sua qualidade de vida tem grande relevância pela *“crescente prevalência de doenças crónicas e, por sua vez, ao aumento da esperança de vida. Este aumento de longevidade pressupõe um aumento na*

saúde, isto é, uma longa vida com QV e com maior autonomia” (Imaginário, 2004, p.58).

3.3 - Qualidade de vida do cuidador

O impacto dos cuidados prestados a um idoso dependente pode ser reconhecido como uma experiência física e emocionalmente desgastante, que afecta o bem-estar psicossocial, saúde física e qualidade de vida dos familiares cuidadores. E apesar de advirem benefícios evidentes do cuidado prestado ao outro com recompensas e satisfações, quer ao nível das relações familiares, quer ao nível pessoal, verifica-se que esta é uma área escassa comparativamente com aquela que se dedica às consequências negativas da prestação de cuidados informais, recaindo mesmo no esquecimento.

Especificamente, encontram-se quatro conjuntos de variáveis que medeiam o impacto do papel de prestar cuidados sobre o bem-estar de quem o faz: “1) *a qualidade passada e presente da relação com o idoso*; 2) *o papel de reverberação noutras esferas da vida*; 3) *o apoio disponível a quem presta cuidados vindo da sua ecologia social* e 4) *o conjunto de variáveis sócio-psicológicas que vão colorir as sua reacções à prestação de cuidados*” (Paúl, 1997, p.134).

Exemplo de repercussões altamente positivas nos cuidadores podem ser: melhoria da auto-estima, ao permitir desenvolver o seu lado solidário; valorização social; encontrar recompensa, satisfação, gratificação, sentimento de utilidade e realização pessoal pela ajuda prestada ao outro; crescer e amadurecer pessoalmente com a aquisição de conhecimentos e habilidades na área da saúde, doença e sobre o próprio processo de envelhecimento. De uma maneira geral, enumeram-se “*a manutenção da dignidade da pessoa idosa, ver a pessoa de quem se cuida bem tratada e feliz, ter a consciência de que se dá o melhor, encarar a prestação de cuidados como uma oportunidade de expressar amor e afecto, afastar a possibilidade de institucionalização, encarar a prestação de cuidados como uma possibilidade de crescimento e enriquecimento pessoal,*

sentido de realização, desenvolvimento de novos conhecimentos e competências” (Cerqueira *et al.*, 2004, p.83).

Note-se que estas gratificações se revestem de um cariz não material, existindo também, as vantagens financeiras, as quais podem ser futuras ou imediatas.

Das poucas pesquisas que enfatizam os aspectos positivos do cuidar, destaca-se a de Mitani *et al.* (2004), que pretendeu constatar que a avaliação positiva do cuidado afecta a qualidade de vida dos cuidadores. Entre os resultados, destaca-se ao concluírem que o ítem “sentimento de confiança” teve um impacto positivo quer na qualidade de vida física quer psicológica dos cuidadores. Contudo, verificaram que o ítem “satisfação de forma aceitável do cumprimento do seu papel” teve um impacto negativo na qualidade de vida física e nenhum impacto significativo na qualidade de vida psicológica.

Somnerhalder (2001), revelou com o seu estudo que apesar da sobrecarga de trabalho, problemas de saúde, insónia, cansaço, falta de actividades de lazer, comprometimento de actividade profissional, falta de equipamentos sociais e outros, a percepção da qualidade de vida foi elevada por aspectos subjectivos como o senso de auto-realização e auto-reconhecimento pela polivalência, sentimento de utilidade e significado existencial.

Todavia, toda esta tarefa de prestação de cuidados a idosos desencadeia no cuidador informal não apenas a sensação gratificante e oportunidade de enriquecimento pessoal, mas simultaneamente pode despoletar consequências negativas que exercem influência sobre a saúde e bem estar físico, psicológico e social dos cuidadores e consequentemente, causando impacto na sua qualidade de vida.

Assim, também os cuidadores devem receber cuidados especiais, considerando que *“a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos de tornar doente e igualmente dependente o cuidador”* (Amendola, 2007, p.16).

Um desses efeitos negativos é a sobrecarga (*burden*) que se reporta ao *“conjunto de problemas físicos, psicológicos e sócio-económicos que decorrem da tarefa de cuidar, susceptíveis de afectar diversos aspectos da vida do indivíduo,*

nomeadamente as relações familiares e sociais, a carreira profissional, a intimidade, a liberdade e o equilíbrio emocional. Este conceito pode ser perspectivado em duas dimensões: objectiva e subjectiva. A primeira resulta da conjugação entre a exigência dos cuidados prestados (...) e as consequências nas várias áreas da vida do cuidador (...). A subjectiva deriva das atitudes e respostas emocionais do cuidador à tarefa de cuidar, ou seja, evoca a percepção do cuidador acerca da repercussão emocional das exigências ou problemas associados à prestação de cuidados” (Cerqueira et al., 2004, p.78).

Do ponto de vista do desenvolvimento de uma taxonomia para a prática da Enfermagem, pela Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem, Carpenito (1995, p.415), refere a este propósito que se trata da *“Exaustão do papel de cuidador representa a carga que as actividades de cuidados específicos supõem para a saúde física, emocional do cuidador e os efeitos que produz no sistema familiar e social, tanto dos cuidadores como da pessoa”*.

Note-se que a percepção da sobrecarga do cuidado é relatada como uma resposta altamente individual, o que representa que aquilo que é difícil para um cuidador pode não ser para outro, em circunstâncias idênticas (Lage, 2007).

Retomando, a sobrecarga objectiva/subjectiva, a investigação (Bach-Peterson *et al.*, 1980; Kinsella *et al.*, 1998; Russo *et al.*, 1991) tem demonstrado que a dimensão subjectiva da sobrecarga constitui um forte preditor do bem estar, contrariamente à objectiva. Tal facto vai de encontro ao sugerido por Lage (2007) anteriormente, ao que nem todas as pessoas estão expostas à sobrecarga objectiva do mesmo modo (exemplo: mesmo tipo de cuidados, mesmo número de horas de cuidados), sentindo subjectivamente essa sobrecarga. Quer isto dizer, que o modo como os cuidadores experienciam subjectivamente as exigências não é inteiramente determinado pelas condições objectivas da prestação de cuidados (Figueiredo, Sousa, 2008).

No âmbito da Pirâmide das Necessidades de Maslow (1954-1962), a sobrecarga pode ser considerada como uma ameaça à satisfação das necessidades básicas fisiológicas, segurança, sociais e de auto-estima (Paúl, 1997).

Refira-se que as exigências do cuidado parecem mais fortes no início da aquisição do papel de cuidador, mas o senso de carga pode ser estabilizado ou diminuir ao longo do tempo, devido a uma diversidade de processos que ocorrem na vida do cuidador, nomeadamente: o aprender a desempenhar as tarefas ou estabelecer novos níveis de adaptação para comportamentos e estados psicológicos bem como o próprio curso da doença (Carvalho, Neri, 2002)

Intrinsecamente, relacionado a este conceito, estão assim todos os efeitos que podem surgir no resultado de uma prestação de cuidados a um indivíduo dependente, sendo que de forma generalizada poderá afirmar-se que “ *a prestação de cuidados representa custos para quem os realiza, físicos, sociais, financeiros e afectivos*” (Silva *et al.*, 1995, p.12).

Para Carvalho e Neri (2002), o grau em que o prestar cuidados pode causar sobrecarga ao cuidador depende do número e da qualidade das necessidades dos idosos. Os mais onerosos para o cuidador ao nível físico e emocional são aqueles que pressupõem a sobrevivência física, défices comportamentais e distúrbios cognitivos. Estudos como os de Aneshensel e colaboradores (1995) e os de Camos e colaboradores (2005), corroboram esses dados, ao referir que quanto maior o grau de dependência e limitação do idoso, maior a sobrecarga (no caso do estudo de Aneshensel e colaboradores) e maior a ansiedade (no caso de Camos e colaboradores).

Por outro lado, a pesquisa levado a cabo por Lage (2007) refere que o estudo do impacto do cuidado tende a demonstrar que o bem estar do cuidador depende mais dos seus atributos e da relação com a pessoa cuidada do que das características do idoso e do suporte formal recebido.

Outro grande número de pesquisas nesta área, demonstra a influência negativa sobre a saúde (física, mental) e bem-estar do cuidador, ao qual se associam uma morbilidade (doenças psiquiátricas, doenças crónicas, doenças somáticas, depressão); utilização maior de drogas psicotrópicas; cansaço físico; sensação de deterioração da saúde; mal-estar psicológico; sentimentos de ansiedade, culpa e obrigação causadora de tensão; stress pessoal e familiar; isolamento social, entre outros (Carvalho, Neri, 2002; Figueiredo, 2007; Haley *et al.* , 1996).

Importante será dizer que no que se reporta às diferenças de percepção entre grupos de cuidadores de idosos com pessoas que não o são, os primeiros percebem a sua saúde como pior, têm mais doenças crônicas, estados depressivos, pior estado de saúde, maiores níveis de ansiedade e hostilidade, sendo que a variável idade do cuidador e gênero parece ter particular importância (Carvalho, Neri, 2002; Figueiredo, 2007; Gallagher-Thompson, Thompson, 1996; Haley *et al.*, 1996; Pinquart, Sorensen, 2003; Visitanier *et al.*, 1990).

A idade do cuidador de acordo com Lage (2005), parece ser determinante na sobrecarga do cuidador, sendo que com o estudo levado a cabo pela autora, os cuidadores de idosos mais velhos, percebiam pior a sua saúde e qualidade de vida. Por outro lado, Hughes *et al.* (1999) (*cited in* Carvalho, Neri, 2002) refere que cuidadores mais jovens vivenciam mais sobrecarga do que os mais velhos.

Em comparação, o gênero parece também demonstrar diferenças significativas. Os homens parecem vivenciar menos os efeitos negativos do que as mulheres relativamente à saúde física e mental, participação social e estabilidade financeira. As mulheres apresentam-se mais sobrecarregadas, maior prevalência de depressão e outras doenças psiquiátricas (Carvalho, Neri, 2002; Pinquart, Sorensen, 2003).

A interpretação destes dados deve-se segundo Kramer e Lamber (1999 *cited in* Carvalho, Neri, 2002) que a perda de reciprocidade nas relações conjugais afecta mais as mulheres do que os homens, o que leva a crer que não significa que estes não sintam, mas possivelmente são mais capazes de tornar que tais acontecimentos não invadam totalmente a sua vida. Outro motivo é que as mulheres e os homens apresentam diferentes estratégias de enfrentamento: os homens usam estratégias mais centradas no problema e aceitação, ao passo que as mulheres recorrem às mais baseadas na emoção. Por outro lado, Ye e Schulz (2000) (*cited in* Carvalho, Neri, 2002) relatam que essas diferenças devem-se a que os homens buscam mais ajuda formal, engajam-se mais em comportamentos preventivos e possuem maior capacidade de se distanciar do papel. As mulheres têm menor senso de domínio da situação, mais neuroticismo e mais uso de estratégia de esquiva do que os homens. Em compensação, por outro lado, os efeitos positivos do cuidado favorecem mais as mulheres que os

homens. Pinquart e Sorensen (2003), embora partilhando de algumas opiniões dos autores anteriores, alegam que esta diferença de género se deve ao facto das mulheres: a) assumem mais frequentemente o papel de cuidador principal, enquanto os homens de cuidadores secundários; b) receberem menos ajuda formal e informal para cuidar; c) serem mais pressionadas para se tornar cuidadores, enquanto os homens sentem mais que escolheram assumir o papel; d) permanecem mais tempo no papel de cuidadores mesmo que a experiência seja stressante; e) tendem a ter menos recursos de *coping*.

Também os cônjuges apresentam maiores níveis de stress e sobrecarga por: estarem mais sujeitos a problemas de saúde associados à idade e/ou doença incapacitante; prestarem maior quantidade de trabalho comparativamente aos outros cuidadores; terem maior probabilidade de referir falta de papéis alternativos e as famílias necessitam de modificar os seus modos de funcionamento para se adaptar à situação de doença (Pinquart, Sorensen, 2003)

Relativamente ao tipo de doenças do idoso, encontram-se diferenças significativas, particularmente entre cuidadores de idosos dementes e não dementes, sendo que cuidar de idosos dementes pode ser mais desgastante do que cuidar dos não dementes pelos seguintes motivos: problemas de comportamento relacionados com a demência; aumento da necessidade de supervisão associada à escassez do tempo; capacidade limitada dos idosos para expressar gratidão, associada à recompensa do cuidado; degradação progressiva do idoso, a qual reduz ou elimina a possibilidade de uma relação positiva (Pinquart, Sorensen, 2003).

Estudo quantitativo e correlacional, inerente à sobrecarga física, emocional e social do prestador de cuidado, levado a cabo por Santos (2005), vai de encontro a certos aspectos já focados. Entre outras conclusões, verifica que as mulheres apresentam maior sobrecarga física, emocional e social; os homens têm maior suporte familiar e maior satisfação com o papel e com o familiar; os familiares que têm a seu cargo utentes portadores de doença crónica incapacitante mais novos, apresentam maior sobrecarga emocional; os cônjuges e os reformados têm maior sobrecarga financeira.

A nível laboral, a prestação de cuidados informais exerce também influência, pois apesar da prestação de cuidados ser uma tarefa a tempo inteiro para determinados cuidadores, para outros não o é, fazendo simultaneamente par com a sua profissão. Tal facto acarreta efeitos benéficos, por se constituir um momento de convívio, de escape às tarefas muitas vezes rotineiras e pouco prezadas. Mas poderá também despoletar efeitos negativos, pela dificuldade em conciliar as tarefas de prestação de cuidados ao idoso juntamente com a actividade profissional, quer isto dizer que, *“ter uma profissão e prestar cuidados podem entrar em conflito directo: enquanto estão no emprego, os cuidadores preocupam-se com o bem-estar dos seus familiares; por outro lado, as pressões relacionadas com o trabalho interferem na prestação de cuidados”*. Perante esta realidade, a alternativa muitas vezes parece ser a cessação da actividade profissional, já que por vezes não surgem estruturas de apoio ou ajudas informais, que permitam superar essa problemática e face às necessidades crescentes do idoso (Cerqueira *et al.*, 2004, p.81).

Evidencia-se também que nas relações familiares e sociais, a responsabilidade de cuidar de idosos parece exercer interferência nessas dinâmicas, o que exige reajustamentos, deslocando relações de poder, dependência e intimidade. A relação de dependência assume diferentes conotações para ambos (idoso e familiar), exigindo uma nova percepção de si e do outro. Para o idoso inscreve-se na sua incapacidade para a realização das actividades de vida diária e para o familiar cuidador, radica na necessidade do realizar ao outro seus cuidados pessoais. Toda esta relação complexa marcada pela dependência irá pressupor a alteração das relações de poder, além do que vai interferir numa esfera muito pessoal do idoso, a sua intimidade. Contudo, esta situação de dependência, irá alterar não só a relação entre o idoso e o familiar cuidador, mas também vai afectar as relações entre estes e os restantes elementos da família, assistindo-se muitas vezes a conflitos e declínios das relações familiares (Figueiredo, 2007).

O cuidar de um idoso dependente demanda muito tempo e dedicação, interferindo no tempo livre e de lazer do cuidador. Vulgarmente, o cuidador não dispõe de grande tempo para si, já que o cuidado absorve toda a sua vida. Quando decide gozá-lo, sentimentos de culpa, tristeza e a sensação de abandonar o idoso são frequentes (Cerqueira *et al.*, 2004).

Por assim ser, a tristeza e o isolamento, pelo abandono das actividades sociais pode surgir já que “*o idoso dependente necessita (...) da presença física, de alguém que esteja próximo, disponível*” (Domínguez-Alcón, 1997, p. 474).

Sendo susceptível de desencadear todas estas alterações na vida de um cuidador parece óbvio que a tarefa de prestação de cuidados possa interferir de forma significativa na qualidade de vida destes sujeitos.

A este propósito Santos (2004) com o estudo que incrementou, comprova que os cuidadores informais apresentam baixa qualidade de vida, sobretudo ao nível da saúde mental, vitalidade e saúde geral. Constata também que a baixa percepção da qualidade de vida e alterações do bem-estar destes, associam-se ao facto de se tornarem cuidadores. Tal como em investigações anteriores os homens parecem ser menos afectados na sua qualidade de vida, bem como os cuidadores que apresentam maior escolaridade, especialmente na função física e saúde geral. A maior escolaridade justifica-se por fornecer meios aos indivíduos que os ajudam a adoptar medidas com maior eficácia na resolução de problemas e associa-se a um maior número de recursos, os quais constituem factores cruciais para uma vida bem sucedida. Outra razão pode ser a relação destas duas variáveis com a idade, pois grande parte dos cuidadores, com maior escolaridade correspondem a indivíduos mais novos e como tal, com melhor estado de saúde.

Paralelamente no mesmo estudo (Santos, 2004), verificou-se índices preocupantes de sobrecarga física, emocional e social e de ansiedade e depressão. Refira-se que igualmente tal como em outras investigações, os cuidadores cônjuges quando comparados com outros parentescos expressaram pior a sua qualidade de vida, maior sobrecarga e menos satisfação com o papel de cuidadores. Cuidadores mais velhos apresentaram implicações na sua vida pessoal, menos satisfação com o papel, mecanismos de controlo da situação menos eficazes e maior sobrecarga emocional. Particularidade interessante, é que os cuidadores que continuam a exercer a sua actividade profissional apresentam melhor qualidade de vida e menor sobrecarga quando comparados com os que não trabalham.

Verifica-se uma relação entre o padrão da relação da qualidade de vida do indivíduo cuidado com a sobrecarga do cuidador, que evidencia que quanto pior

a qualidade de vida do receptor de cuidados (a qual está directa e fortemente relacionada com a percepção do estado de saúde), maiores são as repercussões na vida pessoal do cuidador, maior sobrecarga emocional e menor controlo da situação do sujeito doente. Isto é, a qualidade de vida do doente demonstra estar intimamente relacionada com a qualidade de vida do cuidador. Assim, conclui-se quanto menor a sobrecarga física, emocional e social; menor a ansiedade e depressão do cuidador e melhor é, a sua qualidade de vida, sendo que as repercussões na vida pessoal deste são o preditor com maior peso na sua saúde mental, saúde geral e função social. Deste modo, a sobrecarga demonstra ser um preditor muito forte do bem-estar e qualidade de vida dos cuidadores. Note-se que tais inferências foram constatadas fruto da investigação consumada por Santos (2004).

O impacto da prestação de cuidados ao retratar alterações nas vidas dos cuidadores informais, afectando-a nas mais variadas dimensões, positiva e/ou negativamente, mas em especial de forma negativa, tem muitas vezes associado determinadas necessidades e carências. Daí que, *“Identificar as necessidades dos cuidadores informais é um processo complexo, dada a variabilidade individual, a fase da prestação de cuidados e o contexto em que ocorre. Além disso, os próprios cuidadores familiares sentem algumas dificuldades em formular e imaginar as suas necessidades, principalmente quando desconhecem as respostas formais existentes”* (Figueiredo, 2007, p.138).

Apesar dessa problemática, Figueiredo (2007) enumera algumas das principais dificuldades como sendo as necessidades de ajudas práticas e técnicas, apoio financeiro, apoio psicossocial, tempo livre, informação e formação. Essas mesmas necessidades poderão variar e depender de uma série de factores: tipo e grau de dependência do receptor de cuidados; estado de saúde do cuidador; (in) existência de pessoas que prestam cuidados complementares; utilização/acesso ou não de serviços de apoio; situação ou não de coabitação; poder económico; isolamento social; participação ou não no mercado de trabalho (Figueiredo, 2007).

No que diz respeito à necessidade de cuidados de domiciliários para o idoso dependente, Figueiredo (2007) refere que sejam eles ao nível da higiene, da

assistência de enfermagem, apoio nas tarefas domésticas, preparação das refeições entre outros, são aspectos essenciais e básicos a atender, tal como o dispor de material técnico (como cadeira de rodas, cama articulada, andarilho, arrastadeira, etc.). Aliás, Imaginário (2004) menciona no seu estudo que os cuidadores demonstram necessidades de ajuda de outrem, de apoios técnicos, de saúde e até ajuda financeira.

As necessidades financeiras advêm já que, cuidar de pessoas idosas dependentes é algo dispendioso. Estas detectam-se a vários níveis: despesas para medicamentos, despesas médicas, internamentos e equipamentos, entre outros. A origem deste tipo de necessidades tem por base os baixos rendimentos e reformas em associação com as despesas elevadas em saúde (Figueiredo, 2007).

Ao nível do apoio psicossocial detectam-se necessidades pelo facto do cuidador demonstrar vontade para desabafar, falando das suas experiências, dificuldades, preocupações, satisfações relativas à prestação de cuidados. Sente necessidade de ser compreendido e de ser recompensado, ou seja *“a pessoa que dá e se dedica precisa, para o seu equilíbrio, de se sentir valorizada e apreciada”*. Por assim ser, compreende-se que um outro tipo de necessidade se reporta à ausência de tempo livre para realizar as suas próprias tarefas (Figueiredo, 2007, p. 140).

Quanto à necessidade relativa à informação e formação, reconhece-se que *“O cuidar de um familiar com dependência surge em muitas situações de forma inesperada, para a qual o cuidador habitualmente não tem formação prévia, nem se encontra preparado, pelo que o apoio e contributo dos profissionais de saúde são fundamentais. De modo a colmatar algumas das necessidades que emergem deste contexto, é importante que a equipa responsável pelos cuidados inclua a família/familiar cuidador a partir dos estados iniciais da doença”*. Nesse sentido, é fundamental que se estabeleça uma parceria, visando a informação sobre os serviços, subsídios, direitos bem como se proceda à formação e treino de competências e habilidades, alusivo a conhecimentos teórico-práticos, inerentes à própria doença e dependência. Todo este processo deve decorrer sempre com o cuidador juntamente com o idoso como um alvo de intervenção dos profissionais

de saúde, de modo a elaborar um plano assistencial para o cuidador adequado às suas necessidades e exigências (Cerqueira *et al.*, 2004, p.107).

Pinto (2007) e Imaginário (2004) verificaram com os seus estudos, que a pressão psicológica associada ao cuidar é elevada por parte dos cuidadores informais, onde as dúvidas de como cuidar são frequentes e o desconhecimento sobre os direitos e recursos oficiais para apoio dos utentes com necessidade de cuidados é geral. Assim, *“é imprescindível que o cuidador, à semelhança do idoso (dependente), seja considerado o alvo prioritário de intervenção para os profissionais de saúde, com o intuito de avaliarem as suas capacidades para a prestação de cuidados, o seu estado de saúde, as dificuldades que emergem do contexto, as estratégias que pode utilizar para facilitar o cuidado, a informação de que dispõe e a capacidade para receber e interpretar a informação”* (Sequeira, 2007, p. 107).

Pelo exposto, torna-se imperioso e obrigatório desenvolver recursos para as famílias que prestam cuidados informais a idosos, ao nível de esquemas de substituição para descanso do cuidador, iniciativas de apoio nos locais de trabalho, novas tecnologias de comunicação, apoio financeiro, grupos de apoio de entreajuda e serviços da comunidade local que assegurem diversos serviços. Só ao dispor e beneficiar de tais recursos, funcionando com eficácia, rigor e cooperação é que se poderá reconhecer e identificar as necessidades dos cuidadores como uma preocupação constante dos profissionais de saúde, no sentido de as atenuar ou até mesmo prevenir, de modo a facultar-lhes tudo o que lhes é imprescindível para uma prestação de cuidados adequada, visando deste modo a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar tanto dos cuidadores como dos idosos.

A realçar, é o Plano Nacional de Saúde através do “Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas”, com a perspectiva e meta para 2010, o qual insere um conjunto de estratégias que pretendem contribuir para a promoção de um envelhecimento activo e para um grande número de alternativas e respostas às necessidades das pessoas, baseando-se essencialmente em três domínios:

“- *promoção de um envelhecimento activo, ao longo de toda a vida;*

- *maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas;*
- *promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas”* (DGS, 2006, p.15).

Pelo referido, deduz-se que cuidar de um familiar dependente, acarreta ao familiar cuidador muito tempo e dedicação, interferindo nas dinâmicas e rotinas do seu dia-a-dia, sendo causadora de impacto nos mais variados domínios. Se para uns, o cuidar pode trazer benefícios, a maioria dos estudos revela por outro lado, que o cuidar de um idoso em contexto domiciliário pode resultar em limitações, afectando os seus papéis sociais, ocupacionais e pessoais por si desempenhados, com consequente risco à sua saúde, bem-estar e consequente qualidade de vida.

A melhoria das condições sanitárias aliada aos progressos da medicina, alcançaram um dos maiores feitos da humanidade: o prolongamento da vida humana. Simultaneamente, à necessidade de prolongar a vida sobressai, a de melhorar a sua qualidade, isto é, “*dar mais vida aos anos*”, “*dar mais saúde aos anos*” e “*dar mais anos à vida*”, já que envelhecer com qualidade de vida é uma aspiração natural de qualquer indivíduo, seja ele já idoso ou daquele que ainda irá experimentar o processo de envelhecimento (OMS, 1985, p.26).

Conhecer a envolvimento da qualidade de vida na sua generalidade tem toda a pertinência. Contudo, no âmbito do envelhecimento, ganha particular merecimento destacar aqueles que são sujeitos de todo este processo: os idosos e seus cuidadores. No que confere aos idosos, dada a sua maior vulnerabilidade à doença e com ela, a perda de autonomia e instauração progressiva da dependência, exige-se que se pense na qualidade de vida, como algo crucial, merecedor da dignidade humana nesta fase final do seu ciclo vital. Para os seus cuidadores, ainda que se saiba que toda esta tarefa de prestação de cuidados possa causar benefício, certo é, que esta também exige muito de si, provocando

o mais variado impacto e particulares necessidades, perturbando muitas vezes o seu equilíbrio como pessoa e a sua qualidade de vida.

4 - ENFERMAGEM: UM CONTRIBUTO NA ASSISTÊNCIA A IDOSOS E FAMILIARES

Como refere Collière (1999, p.27), *“desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer. Os homens, como todos os seres vivos, sempre precisaram de cuidados, porque cuidar, tomar conta, é um acto de vida que tem primeiro, e antes de tudo, como fim, permitir à vida continuar, desenvolver-se, e assim, lutar contra a morte: morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie”*.

Inevitavelmente ao envelhecer carece-se de cuidar. Neste sentido, justifica-se no âmbito deste estudo, inserir um capítulo alusivo ao cuidar na perspectiva da enfermagem aos idosos e familiares, para que face aos resultados obtidos fruto da investigação desenvolvida, se consiga não só reflectir sobre os mesmos, mas ir mais além, como perspectivar um plano de cuidados harmonizado a esses idosos e familiares, atendendo às várias orientações de autores de cuidar em enfermagem.

Reflectir sobre os cuidados de enfermagem na perspectiva do envelhecimento, encerra a visão não só daqueles que são alvo directo deste processo, os idosos, mas também de todos os sujeitos que nele participam, quer sejam seus familiares e a comunidade de enfermagem, pelas suas correntes teóricas, já que *“O processo de cuidados inclui um conjunto de actividades desenvolvidas por múltiplos actores, tendo por base a interacção entre estes e os utentes (idoso, família e comunidade), no sentido da identificação das necessidades vitais (...) a fim de planear e desencadear acções, que possam ser satisfeitas ou compensadas”* (Costa, 2006, p.63).

Desde os primórdios da humanidade, a preservação da vida e a continuidade da espécie humana se garantiu pelo cuidado, cuidar e cuidar-se. Toda esta

manutenção da vida humana concretizou-se devido ao assumir de um conjunto de actividades adoptadas por estes mesmos seres humanos, que permitiram assegurar necessidades básicas e vitais. Na era actual ainda se assiste a esta tradição tão antiga: o cuidar. E muito embora, o cuidar, fenómeno intrínseco ao ser humano se tenha manifestado de forma diferente em função dos contextos, momentos, circunstâncias e da evolução histórica, não pertencendo a qualquer ofício e muito menos a uma profissão, estando unicamente entregue a familiares e amigos, acabou por sofrer grandes mudanças, criando uma diversidade de práticas de cuidados representadas por um grande número tarefas, actividades e serviços, desempenhados e disputados por vários profissionais, entre os quais, por enfermeiros.

O cuidar/cuidado revela-se e afirma-se mesmo como foco e expressão central da enfermagem como profissão, tal como nos afirma Caldas (2000, p.1): *“O cuidado é o fundamento da ciência e arte de Enfermagem. Este cuidar é uma actividade que vai além do atendimento às necessidades básicas do ser humano no momento em que ele está fragilizado. É o compromisso com o cuidado existencial, que envolve também o auto-cuidado, a auto-estima, a auto-valorização, a cidadania do outro e da própria pessoa que cuida”*.

Deste modo, os cuidados de enfermagem são *“compostos de múltiplas acções que são sobretudo apesar do lugar tomado pelos gestos técnicos, uma imensidão de “pequenas coisas” que dão a possibilidade de manifestar uma “grande atenção” ao beneficiário de cuidados e aos seus familiares, ao longo das vinte e quatro horas do dia”* (Hesbeen, 2000, p.37).

A prática do cuidado na enfermagem pressupõe uma realidade global que se baseia na ajuda a uma pessoa em determinada fase da sua vida, independentemente da idade e condição, na qual se pode inserir o cuidado ao idoso e sua família. O enfermeiro é na grande maioria dos casos o único profissional que: acompanha a pessoa do nascimento até à morte; está mais tempo com a pessoa ao longo da sua vida; tem maior contacto com o seu agregado familiar; tem um papel fundamental na ligação entre a família, o idoso e os serviços da comunidade, percepcionando as relações existentes, a sua

funcionalidade, quando se alteram e pode favorecer o seu reequilíbrio (Tavares, 2002).

Collière (2003) refere que os cuidados fundamentais no envelhecimento são:

- os cuidados de compensação: que compensam os efeitos das perdas, o desgaste que origina alterações a nível sensório-motor (auditivas, visuais, tácteis, perda do controle de esfíncteres e outras), com as sequelas que isso arrasta para o assegurar das funções vitais;
- os cuidados de manutenção da vida: sendo estes complementares dos anteriores, deixando de ter significado quando são desprovidos do que os justifica.

Para além destes, existem ainda outros cuidados importantes, que podem ser denominados como cuidados de acompanhamento de fim da vida, tais como: *“Os cuidados de estimulação: facilitam a reacquirição de capacidades diminuídas ou temporariamente perdidas, podem ainda permitir a aquisição de novas capacidades; os cuidados de conforto: confortam e fortalecem a segurança física e efectiva que são fundamentais para manter as capacidades da pessoa e readquirir as que ainda podem ser recuperadas; os cuidados do parecer: tentam limitar e atenuar a degradação da imagem do corpo, assim como o sentimento que este declínio provoca, muitas vezes mais intolerável que o sofrimento físico; os cuidados de apaziguamento: procuram o alívio da dor, contribuem para suportar momentos de sofrimento”* (Sampaio, 2006, p.99).

O cuidado de enfermagem ao idoso e sua família trata-se de um processo muito complexo, que depende da interacção, do respeito e de um conjunto de acções planeadas a partir do conhecimento da própria realidade do idoso e da sua família. Por assim se revelar, o cuidar em enfermagem ao idoso e sua família traduz-se em *“olhar para a pessoa idosa, considerando os aspectos biopsicossociais e espirituais, vivenciados pelo idoso e pela família, enquanto cliente de enfermagem”*, quer isto dizer que a enfermagem *“prevê a integração de todas as dimensões do viver da pessoa idosa – as conhecidas e as que estão para ser desvaladas – para a promoção do viver saudável e exaltação da vida no processo de envelhecer, através da utilização dos seus potenciais, das suas*

capacidades, dos recursos, do meio e das condições de saúde, evoluindo para um contínuo desenvolvimento pessoal” (Alvarez, Gonçalves, 2002, p.760).

Ao ser detentor de uma visão holística, encarando o idoso como um ser único, um cidadão, membro de uma família, cultura e sociedade, dotado da sua própria história pessoal, carregada de experiências da vida passada, a que se soma as da vida presente e às perspectivas futuras, o enfermeiro deve desenvolver um conjunto de actividades dentro das suas competências, que vão de encontro à satisfação das necessidades identificadas junto do idoso e da sua família, de forma conjunta com os restantes membros da equipa multidisciplinar, de tal modo que desencadeie um melhor bem-estar e qualidade de vida ao idoso e seus familiares cuidadores. Nunca esquecendo porém, que o cuidar em enfermagem é também “fazer pelo outro”, mas sempre “com o outro”, atendendo e satisfazendo as suas necessidades, sem nunca perder de vista, a dignidade da pessoa humana.

Crucial assim o conceito de qualidade de vida, o qual deve assumir um papel sobreponível ao conceito de cura da doença, fazendo deste modo com que deva predominar fundamentalmente a preocupação com a promoção da saúde e não apenas com aspectos relacionados com a doença (Caldas, 2000).

Quanto ao âmbito de actuação, os enfermeiros poderão actuar como educadores de saúde, focalizando a sua atenção *“nas áreas mais problemáticas dos cuidados, no treino de competências que desenvolva o cuidado e aumente o sentimento de mestria e de satisfação, no ensino e aconselhamento de práticas promotoras de saúde, na avaliação das consequências da responsabilidade dos cuidados, na avaliação dos recursos comunitários e, finalmente, na disponibilidade de suporte informal ao cuidador, dentro da própria família”* (Lage, 2005, p. 225).

Berger (1995 *cited in* Sampaio, 2006, p.98), refere na sua perspectiva quais os objectivos dos cuidados de enfermagem aos idosos, como: *“Proteger e promover a saúde; prevenir as complicações de situações de doença; satisfazer as necessidades de saúde que se identifica, percebe ou nos exprimem; ajudar a manter a identidade e autonomia; favorecer a inserção social; prevenir a detioração da personalidade; ajudar a pessoa para que esta possa estar ao mais alto nível do ponto de vista físico, psicológico e social; reduzir ao máximo e inactividade intelectual, física e social; responsabilizar a pessoa por si própria na*

medida do possível; estimular o idoso a desenvolver novas capacidades; ajudar a pessoa a inserir-se no seu meio; facilitar participação na vida da colectividade; desenvolver a investigação em cuidados de enfermagem ao idoso”.

Alvarez e Gonçalves (2002, p.760) apontam também que no cuidado de enfermagem a pessoas idosas, enumeram-se as seguintes metas principais: *“promoção de um viver saudável; compensação de limitações e incapacidades; provisão de apoio e controle no curso de envelhecimento; tratamento e cuidados específicos; facilitação do processo de cuidar”.*

Ainda de acordo com os mesmos autores, Alvarez e Gonçalves (2002) no seguimento do que foi acima enunciado, prática de enfermagem no âmbito da promoção de um viver saudável enquanto decorre o processo de envelhecimento, focaliza-se na educação para a vida e para a saúde, no que confere a adopção ou revisão de estilos de vida saudáveis, auto-cuidado, controlo adequado para eventuais situações crónicas e prevenção para os factores de risco específicos da velhice. Quanto à compensação de limitações e incapacidades, o foco principal da enfermagem refere-se ao cuidado relativo à recuperação e reabilitação precoce atendendo à situação do idoso, suas capacidades, habilidades e possibilitando manter-se socialmente integrado, isto sempre, conjuntamente com a família. A provisão de apoio e controle é garantida através de cuidados de enfermagem que visam obter o suporte e acompanhamento em diversas situações de saúde-doença, impedindo a perda de qualidade de vida, favorecendo a sua manutenção ou melhoria pelo impedimento de instalação de deficiências e incapacidades. Quanto à meta do tratamento e cuidados específicos, os cuidados de enfermagem ao idoso garantem-se pela aplicação de conhecimentos actualizados na área, bem como a destreza e habilidade de aplicação das técnicas de tratamentos geriátricos específicos, nomeadamente: técnica de posicionamentos, prevenção de quedas, cuidados aos pés, etc.. Por último, a facilitação do processo de cuidar depende da diligência da enfermagem em prover seus cuidados, favorecendo um processo de atendimento que vá de encontro às necessidades reais do idoso cuidado e seus familiares cuidadores (Alvarez, Gonçalves, 2002).

Avaliando e compreendendo os problemas e inquietações que derivam desta problemática, os profissionais podem e devem possibilitar a ocorrência de intervenções que sejam proactivas, de modo a prevenir o stress presente na vida do idoso e da própria família cuidadora. Ao enfermeiro atribui-se especificamente a tarefa de *“construir uma parceria eficaz com as famílias no sentido de maximizar as suas capacidades, minimizar as dificuldades e de servir de ponte com os cuidados formais”* (Lage, 2005, p.225).

Todo este processo de cuidar traduz-se em acções interactivas estabelecidas, provedoras de crescimento recíproco *“entre quem provê o cuidado e quem o recebe”*, sendo que este primeiro habitualmente exerce *“um papel activo porque desenvolve acções e comportamentos de cuidar, enquanto o segundo tem um papel mais passivo devido à circunstância da necessidade de cuidados, embora participe, na devida medida, de seus cuidados e de aprendizagem sobre saúde e envelhecimento enquanto se recupera”* (Alvarez, Gonçalves, 2002, p.760).

Aspecto também importante aqui a considerar, são algumas das Teóricas de Enfermagem, as quais têm surgido ao longo dos tempos com apresentação de várias tendências e modelos diversificados, mas focalizando-se fundamentalmente na pessoa humana, sendo que particularmente, as que deram um contributo e se destacam sobre a assistência a idosos, são: Teoria do Autocuidado (Orem, 1991); Teoria Transcultural de Leininger (1978); Teoria do Cuidado Transpessoal (Watson, 1985).

Teoria do Autocuidado

Orem (1991) ao defender esta teoria, considera que os conceitos que a compõem são: o auto-cuidado, exigências de auto-cuidado, competência para o auto-cuidado e enfermagem, afirmando que o auto-cuidado é *“a prática de actividades que indivíduos pessoalmente iniciam e desempenham em seu próprio benefício, para manter a vida, saúde e bem-estar”* (Orem, 1991, p.758).

O enfermeiro ao respeitar a liberdade e autodeterminação da pessoa, ajuda o indivíduo a alcançar ao máximo o seu potencial para autocuidar-se quando por

uma situação de défices na sua capacidade para auto-cuidar-se, necessita de cuidados de enfermagem para a satisfação das suas necessidades. Nesse sentido, o enfermeiro ajuda o indivíduo a adaptar-se à sua capacidade para se auto-cuidar, a partir das circunstâncias de dependência (total ou parcial) ou necessidades de apoio. Importante também, é o sistema de apoio educacional, dado que o enfermeiro pode facilitar o paciente a aquisição ou aumento da capacidade para se auto-cuidar, levando à satisfação das diferentes necessidades pessoais (Alvares, Gonçalves, 2002).

Assim sendo, no que confere à assistência a idosos, esta teoria confere utilidade e revela-se uma mais-valia já que o enfermeiro, ao identificar as capacidades de auto-cuidado da pessoa idosa, estimula-a simultaneamente à autonomia e independência possíveis (Alvarez, Gonçalves, 2002).

Teoria Transcultural de Enfermagem

A Teoria Transcultural de Enfermagem, defendida por Leininguer (1978) tem o seu foco de atenção no cuidado cultural, definindo a enfermagem como uma disciplina de cuidados transculturais e humanísticos e profissão, cuja prática de cuidados assenta numa dimensão pragmática e intelectual. Para esta autora, a enfermagem exerce cuidados culturalmente congruentes quando as suas acções ou decisões profissionais destinadas à assistência de promoção, manutenção ou recuperação de uma vida saudável através do apoio, facilitação e capacitação de indivíduos, famílias, grupos sociais forem vantajosas e aceitáveis, atendendo aos valores e práticas culturais a que pertencem essas mesmas pessoas.

No que diz respeito, aos cuidados de enfermagem prestados aos idosos e suas famílias, esta teoria detém particular relevância, tornando-se vantajosa pelo facto de que o cuidado tem em consideração e privilegia as crenças, valores e histórias das pessoas para o cuidado da vida e saúde, adaptando-se às particularidades culturais dos idosos e suas famílias (Alvarez, Gonçalves, 2002).

Teoria do Cuidado Transpessoal

Defendida por Watson (2002), a Teoria do Cuidado Transpessoal, define o cuidado como algo essencial, ideal e moral da enfermagem, que exerce o papel de proteger, ampliar e preservar a dignidade humana. O cuidado transpessoal é um componente do cuidado que sucede quando o enfermeiro identifica o mundo subjectivo do indivíduo, experiencia a união com ele e a manifesta de tal modo que os dois vivenciam a liberdade, sendo desta forma o cuidado, uma união espiritual entre duas pessoas que transcendem o *self*, o tempo, o espaço e a história de vida de cada um.

Relativamente ao idoso e sua família, esta teoria assume importância dado que a dinâmica relacional estabelecida entre o enfermeiro e o indivíduo idoso permite um envolvimento em direcção a um viver com maior dignidade, revelando-se deste modo crucial no atendimento aos idosos (Alvarez, Gonçalves, 2002).

Apesar das particularidades de cada um destes modelos teóricos, torna-se importante referir que *“As orientações para o cuidar, podem divergir em pequenos aspectos nos diferentes modelos de Enfermagem, contudo caracterizam-se pelo facto de centrar as suas acções no doente como sujeito dos cuidados, numa perspectiva holística, quer seja na acção da enfermeira, quer seja na relação estabelecida enfermeira/doente”* (Martins, 2004, p.54).

As últimas décadas trouxeram um despertar de interesse pelas pessoas idosas, face ao aumento do seu número na sociedade. Uma atitude mais humana relativamente a todos os membros da sociedade, mais especificamente aos idosos, melhorias nos cuidados de saúde garantem que os indivíduos tenham oportunidade de atingir uma idade avançada e vivam mais produtivamente do que nas gerações anteriores. Este envelhecimento da população também ao nível do exercício da enfermagem despoletou inquietação e provocou mudanças. Debruçar-se sobre esta faixa etária da população e seus familiares cuidadores, é algo sobre a qual a enfermagem não pode dispensar, e sobre a qual se tem

dedicado e investido afincadamente e irá certamente continuar, de tal modo que permita traçar um plano adequado de cuidados, tendo em consideração não só as suas necessidades e capacidades, mas as dos próprios familiares cuidadores.

Caracterizada por uma relação de interdependência e ajuda, que se processa a vários níveis, os cuidados de enfermagem prestados ao idoso e sua família devem caminhar no sentido da promoção de um viver saudável, compensação de limitações e incapacidades, fornecimento de bases de apoio ao envelhecimento, tratamento e cuidados específicos, privilegiando sempre os recursos, capacidades e habilidades quer do próprio idoso, quer da sua família, de forma a possibilitar a que ambos se mantenham socialmente integrados.

Tomar conhecimento do cuidar a este grupo etário e sua família, bem como algumas teorias de enfermagem parece igualmente dar um contributo fundamental à compreensão e ao ajuste desses mesmos cuidados para que tais se processem de forma apropriada. O mundo do cuidado de enfermagem pode e deve alertar os profissionais de saúde sobre as situações de vulnerabilidade dos idosos e seus familiares, fortalecendo assim os seus próprios mundos de cuidados. Já que a Enfermagem parece ser simultaneamente uma disciplina e profissão que visa e se caracteriza como “*Gente que cuida de gente*”, terá todo o sentido abordar e contextualizar essa temática como algo integrante e essencial às famílias da quarta idade e suas dinâmicas familiares.

Anteriormente ao desenvolvimento do trabalho de campo de qualquer investigação científica, é imprescindível envolver-se com as temáticas consideradas pertinentes ao objecto em estudo. Deste modo, estudar a dinâmica das famílias de idosos da quarta idade só se torna possível mediante a obtenção de conhecimentos relativos a todo o processo de envelhecimento nas suas várias dimensões, que tantas vezes é acompanhado de um percurso caracterizado para a dependência. Acrescente-se a tal facto, a realidade do país em que vivemos, onde os mais velhos e dependentes ficam na sua maioria entregues ao cuidado de familiares cuidadores, o que leva a explorar particularidades respeitantes às

famílias como prestadoras de cuidados informais ao idoso. Refira-se ainda que toda esta situação de fragilidade da pessoa idosa dependente, irá certamente condicionar a sua qualidade de vida, mas simultaneamente poderá despoletar consequências também ao nível da qualidade de vida do seu cuidador, o que implica que se reveja saberes no âmbito da qualidade de vida dos vários sujeitos intervenientes desta etapa de vida, a velhice. Por fim, uma reflexão sobre o contributo da enfermagem na assistência a idosos e familiares deve ser incutida como garantia de que, ao estudar a dinâmica destas famílias de idosos, irá elaborar-se um plano de cuidados adequado a estes indivíduos, com vista a obter melhoria não só na sua saúde, mas na sua qualidade de vida como um todo. Por assim ser, compreende-se e justifica-se a existência dos capítulos descritos.

5 - DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o maior tempo possível, constitui hoje um desafio à responsabilidade individual e colectiva com tradução significativa no desenvolvimento e crescimento do próprio indivíduo, da sua família e até mesmo do país a que se pertence. Desse modo, torna-se importante reduzir essas incapacidades, numa atitude de recuperação precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, exigindo o envolvimento da comunidade, através de uma responsabilidade partilhada, potenciadora e dinamizadora dos recursos existentes. A imposição de tal atitude, antes de tudo, só se torna possível mediante o esclarecimento da verdadeira dimensão das famílias de idosos dependentes, a qual apenas é permitida e concretizável mediante o conhecimento e estudo do idoso e do seu familiar cuidador pela recolha de informações de determinadas características que lhes são singulares, isto, é através do desenvolvimento de pesquisas intrínsecas a esta envolvimento.

Essencial e indispensável no projecto de qualquer investigação científica é delinear o seu percurso. O capítulo que se segue apresenta as várias etapas em termos metodológicos, pelas quais se cursou a respectiva investigação.

Existem estudos que indicam uma descrição do fenómeno, ao passo que outros exigem uma explicação ou até predição ou controlo dos fenómenos. Por assim ser, a escolha do tipo de pesquisa ou método de investigação a adoptar tem por base *“os diferentes fundamentos filosóficos que apoiam as inquietações e as linhas orientadoras de uma investigação”* (Imaginário, 2004, p.93).

No estudo em questão, optou-se pelo paradigma quantitativo, já que este se caracteriza por um *“processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação dos factos objectivos, de conhecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador (...); o*

investigador adopta um processo ordenado numa série de etapas (...) a objectividade, a predição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem” (Fortin, 2000, p.22).

Tendo em consideração os objectivos e as características do estudo, para além de se caracterizar como quantitativa, trata-se também de uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva. Classifica-se como exploratória, uma vez que este tipo de estudos *“ênfatizam a descoberta de ideias e discernimentos”* (Lakatos, Marconi, 1996, p.19), permitindo conhecer as características da realidade existente, quer isto dizer, incide sobre *“um fenómeno de interesse baseado em perguntas: que factor ou factores influenciam, afectam, causam ou relacionam com este fenómeno?”* (Hungler, Polit, 1995, p.19). Por outro lado, arca com um carácter descritivo, pelo facto de que *“descrevem um fenómeno ou situação, mediante um estudo realizado em determinado espaço-tempo”*, ou seja observam, descrevem, documentam os aspectos, factos e fenómenos de dada situação e determinada realidade (Lakatos, Marconi, 1996, p.20).

5.1 - Finalidade e objectivos

O envelhecimento como processo dinâmico, progressivo e comum a todos os seres, passível da influência de vários factores, acarreta modificações tanto morfológicas como funcionais e bioquímicas, que podem interferir na capacidade de adaptação do indivíduo ao meio social em que vive, tornando-o mais vulnerável e susceptível aos agravos e doenças, comprometendo o seu grau de autonomia, independência e por sua vez, a sua qualidade de vida. Simultaneamente interfere com toda a envolvimento da dinâmica familiar, já que esta fase da vida é encarada como um dos momentos de crise no ciclo vital da família.

Desse modo, face ao envelhecimento da população portuguesa, realidade que não se pode mesmo ignorar, reconhece-se cada vez mais o papel fundamental dos prestadores de cuidados informais, habitualmente assumido pela família,

como meios de suporte e fonte de recursos indispensáveis às pessoas idosas dependentes no seu contexto sócio-familiar habitual. Perante a certeza de cuidar do idoso em casa, situação que deve ser preservada e estimulada, urge a necessidade de conhecer a verdadeira dimensão dos cuidados informais que durante muito tempo foi esquecida, bem como esclarecer toda a dinâmica envolvente dessas mesmas famílias e a qualidade de vida e de saúde quer do próprio idoso, quer do seu prestador de cuidados.

A tomada de conhecimento de toda esta problemática revela-se como um contributo essencial para a prática de todos aqueles que prestam cuidados ao idoso e sua família.

Apoiando-se nos interesses profissionais e pessoais que advêm deste estudo, conjuntamente com a análise da literatura e investigações existentes sobre o tema, pretendeu-se com a presente pesquisa, contribuir para um melhor conhecimento da visão da família e do cuidador principal face à problemática do idoso dependente em contexto familiar. De tal modo, traça-se como objectivo principal da investigação: conhecer a dinâmica do funcionamento familiar em famílias com membros idosos (dependentes, com idade igual ou superior a 80 anos) residentes na região do distrito do Porto.

A um objectivo de carácter tão geral evidentemente sucedem-se outros objectivos, tais como:

- Identificar as características sócio-demográficas, estado de saúde e capacidade funcional dos idosos dependentes, cuidados em ambiente familiar na região do distrito do Porto;
- Descrever a percepção da qualidade de vida e de saúde dos idosos dependentes, cuidados em ambiente familiar na região do distrito do Porto;
- Descrever a percepção da dinâmica e funcionamento da família dos idosos dependentes, cuidados em ambiente familiar na região do distrito do Porto;
- Identificar as características sócio-demográficas e estado de saúde dos familiares cuidadores de idosos dependentes em ambiente familiar na região do distrito do Porto;

- Descrever a percepção da qualidade e vida e saúde dos cuidadores de idosos dependentes em ambiente familiar na região do distrito do Porto.

Poderá acrescentar-se a estes objectivos, a finalidade do estudo, ainda que numa fase *a posteriori*: contribuir para a melhoria da assistência a idosos dependentes da quarta idade no seu contexto familiar.

5.2 - Questões de investigação

Face ao explorado no enquadramento teórico, foi possível escolher e elaborar a questão de investigação central que constituiu de base à orientação da investigação, ou seja, a “*interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações*” (Fortin, 2000, p.51).

Como tal, a questão de investigação central define-se como sendo: Qual é a dinâmica familiar de uma família de idosos dependentes na quarta idade?.

Para além da questão central, o desenvolvimento do processo de investigação orientou-se no sentido de encontrar respostas pela formulação de um outro conjunto de questões de investigação, como:

- Quais são as características sócio-demográficas, estado de saúde e capacidade funcional dos idosos dependentes na quarta idade, alvo de cuidados em contexto familiar?;
- Qual é a percepção da qualidade de vida e saúde dos idosos dependentes na quarta idade, alvo de cuidados em contexto familiar?;
- Qual é o nível de satisfação dos idosos dependentes na quarta idade com o funcionamento da sua dinâmica familiar?;

- Quais são as características sócio-demográficas e estado de saúde dos familiares cuidadores de idosos dependentes na quarta idade, alvo de cuidados em contexto familiar?;
- Qual é a percepção da qualidade de vida e saúde dos familiares cuidadores de idosos na quarta idade, alvo de cuidados em contexto familiar?.

No seguimento da selecção das questões de investigação vigentes no estudo impõe-se que numa fase seguinte se pense e reflecta sobre as variáveis que deram rumo à pesquisa processada.

5.3 - Variáveis em estudo

Partindo da ideia de Hungler e Polit (1995, p.26), afirma-se que uma variável se reporta a *“toda a qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume um valor diferente”* e sobre a qual se deverá ter consideração *“a maneira como a variável será observada e mensurada na situação de pesquisa”*.

No estudo desenvolvido, procedeu-se à operacionalização de um conjunto de variáveis. Nomeadamente, recorreu-se ao estudo de variáveis sócio-demográficas já que de acordo com Fortin (2000, p.37) estas variáveis são importantes para *“traçar um perfil das características dos sujeitos da amostra”*, estando a sua operacionalização traduzida do seguinte modo:

Tabela 3 – Variáveis sócio-demográficas

Componentes	Indicadores
Género	Masculino/feminino
Idade	Anos
Estado civil	Solteiro/casado ou morando junto/1º casamento ou morando junto/ divorciado ou separado/viúvo/2ª casamento ou morando junto/ cônjuge ou companheiro/ outro)
Religião	Sim/ não/ tipo de religião
Nível de escolaridade	Nenhuma/1-4ºano/5-6ºano/7º-9º ano/10ª-12ª ano/estudo universitário/formação pós-graduada/outro
Idade do cônjuge do idoso	Anos

Filhos do idoso e idades respectivas	Número de filhos/ anos
Grau de parentesco do familiar cuidador do idoso	Filho/filha/neta/neto/irmã/irmão/outro
Ocupação do familiar cuidador	Sim/não/aposentado/profissão (local de trabalho/ número de horas semanais/ turno de trabalho)
Proprietário da habitação onde vive o idoso/cuidador	Próprio cuidador/idoso cuidado/ outros familiares/alugada/usufruto do idoso/outros
Filhos do cuidador	Número de filhos
Dependentes a cargo do familiar cuidador	Número de dependentes
Tipo de família	Famílias unipessoais de idosos/Famílias de idosos a coabitar com cuidadores

Igualmente com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre a amostra em questão, procedeu-se à aplicação de um outro conjunto de variáveis relativos à caracterização da amostra quanto ao nível do seu estado de saúde e grau de dependência (idoso), que se apresentam nas tabelas 4 e 5:

Tabela 4 – Variável: estado de saúde do idoso e cuidador

Componentes	Indicadores
Diagnósticos médicos do idoso	HTA/Cardiopatia/ Sequela de AVC/ Cancro/ DM/ Osteoporose/Parkinson/outros
Queixas de saúde do idoso	Tipo de queixas
Medicação do idoso	Designação dos fármacos/ com ou sem receita médica
Perspectiva do cuidador sobre a sua saúde	Ótima/boa/regular/má/péssima; melhor/igual/pior
Diagnósticos médicos do cuidador	Tipo de patologia/ tempo de diagnóstico da patologia/ tratamento (sim/ não)/ local do tratamento (Centro de Saúde, Hospital Público; Palmo de Saúde; Serviços Particulares; outros)

Tabela 5 – Variável: grau de dependência do idoso

Componentes	Indicadores
Alimentação; vestir; uso da casa de banho; subir escadas	Independente/Necessita de ajuda/dependente
Banho ; Higiene corporal	Independente/dependente
Controlo intestinal e controlo vesical	Independente/ incontinência ocasional/ incontinência
Transferência da cadeira-cama	Independente/ necessita de ajuda mínima/ necessita de grande ajuda/dependente
Deambulação	Independente/ necessita de ajuda/ independente com cadeira de rodas/dependente

Refira-se que na base da operacionalização destas duas variáveis estiveram todo um envolvimento teórico essencialmente referente a princípios anatomo-patológicos quer do idoso, quer do cuidador e capacidade funcional (com enfoque em instrumentos de avaliação funcional, como o Índice de Barthel), que suportam que *“Uma boa saúde é essencial para que as pessoas (...) possam*

continuar a assegurar os seus contributos na sociedade, uma vez que as pessoas (...) activas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias” (DGS, 2006, p.8).

O desenvolvimento da variável que se segue, percepção do idoso sobre o funcionamento familiar, teve por referência a teoria relativa à dinâmica das famílias de idosos, bem como de alguns indicadores resultantes de instrumentos, como o APGAR familiar, o que conduziu a que a sua operacionalização se processasse do seguinte modo:

Tabela 6 – Variável: percepção do idoso sobre o funcionamento familiar

Componentes	Indicadores
Família altamente funcional	13 a 20 pontos
Família com moderada disfunção	9 a 12 pontos
Família com disfunção acentuada	0 a 8 pontos

Cita-se ainda como variável a qualidade de vida e saúde. Considerou-se esta variável tendo em conta o quadro conceptual desenvolvido, bem como a própria iniciativa levada a cabo pela OMS, nomeadamente pelo WHOQOL Group, ao se dedicar ao estudo da qualidade de vida aos indivíduos em geral e em determinados casos particulares, como grupos etários formados por idosos. O resultado foi a operacionalização da variável da seguinte forma:

Tabela 7 – Variável: qualidade de vida e saúde

Componentes	Indicadores
Dor e desconforto	Nada/pouco/nem muito nem pouco/muito/muitíssimo
Dependência de medicação ou tratamentos	
Mobilidade	Muito má/má/nem boa nem má/boa/muito boa
Sono e repouso	Muito insatisfeito/insatisfeito/nem satisfeito nem insatisfeito/satisfeito/ muito satisfeito
Actividades de vida diária	
Capacidade de trabalho	
Energia e fadiga	Nada/pouco/moderadamente/bastante/completamente
Pensamento, aprendizagem, memória e concentração	Nada/pouco/nem muito nem pouco/muito/muitíssimo
Imagem corporal e aparência	Nada/pouco/moderadamente/bastante/completamente
Auto-estima	Muito insatisfeito/insatisfeito/nem satisfeito nem insatisfeito/satisfeito/muito satisfeito
Sentimentos negativos	Nunca/poucas vezes/algumas vezes/frequentemente/sempre
Sentimentos positivos	Nada/pouco/nem muito nem pouco/muito/muitíssimo

Espiritualidade/religião/crenças pessoais	
Relações sociais	Muito insatisfeito/insatisfeito/nem satisfeito nem insatisfeito/satisfeito/muito satisfeito
Apoio social	
Actividade sexual	
Segurança física	Nada/pouco/nem muito nem pouco/muito/muitíssimo
Ambiente físico	
Recursos económicos	
Oportunidades para adquirir novas informações e competências	Nada/pouco/moderadamente/bastante/completamente
Participação e/ou oportunidades de recreio e lazer	
Ambiente no lar	Muito insatisfeito/insatisfeito/nem satisfeito nem insatisfeito/satisfeito/muito satisfeito
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	
Transporte	
Qualidade de Vida geral	Muito má/má/nem boa nem má/boa/muito boa/; muito insatisfeito/insatisfeito/nem satisfeito nem insatisfeito/satisfeito/muito satisfeito
Funcionamento sensorial	Nada/muito pouco/mais ou menos/bastante/extremamente; nada/muito pouco/médio/muito/completamente; muito mau/mau/nem mau nem bom/bom/muito bom
Autonomia	Nada/muito pouco/mais ou menos/bastante/extremamente; nada/muito pouco/médio/muito/completamente
Actividades passadas, presentes e futuras	Nada/muito pouco/médio/muito/completamente; muito insatisfeito/insatisfeito/nem insatisfeito nem satisfeito/satisfeito/muito satisfeito; muito infeliz/infeliz/nem infeliz nem feliz/feliz/muito feliz
Participação social	Nada/muito pouco/médio/muito/completamente; muito insatisfeito/insatisfeito/nem insatisfeito nem satisfeito/satisfeito/muito satisfeito;
Morte e morrer	Nada/muito pouco/ mais ou menos/ bastante/extremamente
Intimidade	

Note-se que o clarificar de todas estas variáveis que fazem parte do estudo é fundamental, pelo simples facto de que *“todas as variáveis que podem interferir ou afectar o objecto em estudo, devem não só ser levadas em consideração como devidamente controladas para impedir comprometimentos ou riscos de invalidação da pesquisa”* (Lakatos et al., 1991 cited in Martins, 2004, p. 167).

Perante estas variáveis, foram devidamente seleccionados um conjunto de instrumentos que possibilitaram a recolha de dados.

5.4 - Instrumento de colheita de dados

Para o sucesso de qualquer investigação científica, face aos inúmeros métodos que existem ao dispor, impõe-se que se coadune os métodos seleccionados à natureza do problema que se está a investigar, bem como as variáveis em questão, de forma a atingir os objectivos do estudo. Só atendendo a tais factos é que certamente se está a disponibilizar e utilizar métodos pertinentes que ajudam na compreensão do fenómeno em estudo.

Tendo em consideração tais pressupostos, no desenvolvimento da investigação realizada, o método seleccionado foi o do questionário.

Propõe-se este método, pois dele decorrem vantagens. Para além de possibilitar a concretização do objectivo do estudo através da avaliação de variáveis, constitui-se como uma *“possibilidade de quantificar uma multiplicidade de dados e de proceder, por conseguinte, a numerosas análises de correlação”* e também pelo facto de que proporciona *“a exigência, por vezes essencial, de representatividade do conjunto dos entrevistados”* (Campenhoudt, Quivy, 1998, p.189).

Muito embora existam vantagens consequentes da sua aplicação, podem surgir certos problemas e limites. A apontar será a impossibilidade de alterar ou precisar o pensamento do sujeito associado à superficialidade das respostas que não permitem a análise de certos processos e à qual se apresentam muitas vezes como simples descrições, desprovidas de elementos de compreensão penetrantes. Também o carácter frágil da credibilidade do dispositivo e seu elevado custo de aplicação citam-se entre outras desvantagens (Campenhoudt, Quivy, 1998).

Reconhecendo as vantagens advindas do método do questionário e atendendo ao seu contributo quanto ao fornecimento de informações relativas a: dados sócio-demográficos, estado de saúde, grau de dependência, nível de qualidade de vida, justifica-se que a escolha do instrumento de colheita de dados resumiu-se na constituição e aplicação de um conjunto de escalas, nomeadamente: Questionário

do Perfil da Família Cuidadora de Idosos Fragilizados; Índice de Barthel; WHOQOL-bref; WHOQOL-old; APGAR familiar (Anexo A).

Algo a referir relativamente a todos estes instrumentos é que já foram efectuados estudos de validade e credibilidade, o que por sua vez garantem segurança na sua aplicação, tendo deste modo sido dispensados nesse sentido a realização do pré-teste. A mencionar também é que foram obtidas as devidas autorizações por parte dos respectivos autores das escalas para a sua aplicação no dito estudo.

Questionário do Perfil da Família Cuidadora de Idosos Fragilizados

O Questionário do Perfil da Família Cuidadora de Idosos Fragilizados (QPFC) foi elaborado pelo Grupo de Estudos sobre Cuidado de Saúde de Pessoas Idosas (GESPI), em 2004, estando subdividido em três partes respectivamente: a primeira, corresponde à identificação do cuidador principal; a segunda, inclui a identificação do idoso; e a terceira, diz respeito à identificação do contexto da relação do cuidador com a pessoa cuidada.

Na pesquisa em curso, foi aplicado a primeira e segunda parte do instrumento, sendo ambas constituídas por questões relativas a variáveis sócio-demográficas e ao estado de saúde do idoso e cuidador. Refira-se pois, que no decurso de qualquer investigação é inevitável proceder à colheita de dados sócio-demográficos como um contributo essencial à caracterização da amostra em estudo (Fratoni *et al.*, 2004).

Índice de Barthel

A avaliação do grau de dependência do idoso, foi efectuada através do uso da escala: Índice de Barthel. O Índice de Barthel é um instrumento que permite avaliar o nível de independência do sujeito para a realização de dez actividades básicas de vida diária (AVD), tais como: alimentação, vestir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cadeira-cama, deambulação. Esta escala traduz a

capacidade funcional básica do indivíduo, retratando uma pontuação sugestiva do grau de dependência. A pontuação da escala varia de 0 a 100 (com intervalos de 5 pontos), sendo que a pontuação mínima de zero corresponde à máxima dependência para todas as AVD avaliadas, ao passo que a pontuação máxima 100 equivale a independência total para as mesmas AVD. A pontuação global varia de forma inversamente proporcional ao grau de dependência, ou seja quanto menor for a pontuação, maior é o grau de dependência, estabelecendo-se de acordo com Sequeira (2007), os seguintes pontos de corte: independente (90-100 pontos); ligeiramente dependente (60-90 pontos); moderadamente dependente (40-55 pontos); severamente dependente (20-35 pontos); totalmente dependente (inferior a 20 pontos). Para além da pontuação total, o Índice de Barthel fornece informação relevante, já que a partir das pontuações parciais para cada actividade, permite identificar as incapacidades específicas de cada pessoa, adequando os cuidados a essas mesmas necessidades (Araújo *et al.*, 2007; Sequeira, 2007).

Esta escala é amplamente utilizada quer na prática clínica, quer na investigação como forma de avaliar a dependência dos indivíduos, nomeadamente na faixa etária dos idosos, traduzindo uma avaliação genérica da função física e da qualidade de vida (Sequeira, 2007).

Muitos autores consideram que o ponto de corte aceitável para uma boa avaliação da consistência interna situa-se acima de 0,70. Ribeiro (1999), por sua vez, defende que uma boa consistência interna deve exceder os 0,80. Já Bowling (1997) considera o valor de 0,50 como ponto de corte. A escala utilizada no presente estudo foi a divulgada por Sequeira (2007), suportada por um valor de Alfa de Cronbach de 0,89. No presente estudo, verificou-se que a escala apresentou uma boa consistência interna avaliada através do coeficiente de Alfa de Cronbach, obtendo o mesmo valor de $\alpha=0,89$.

WHOQOL-bref

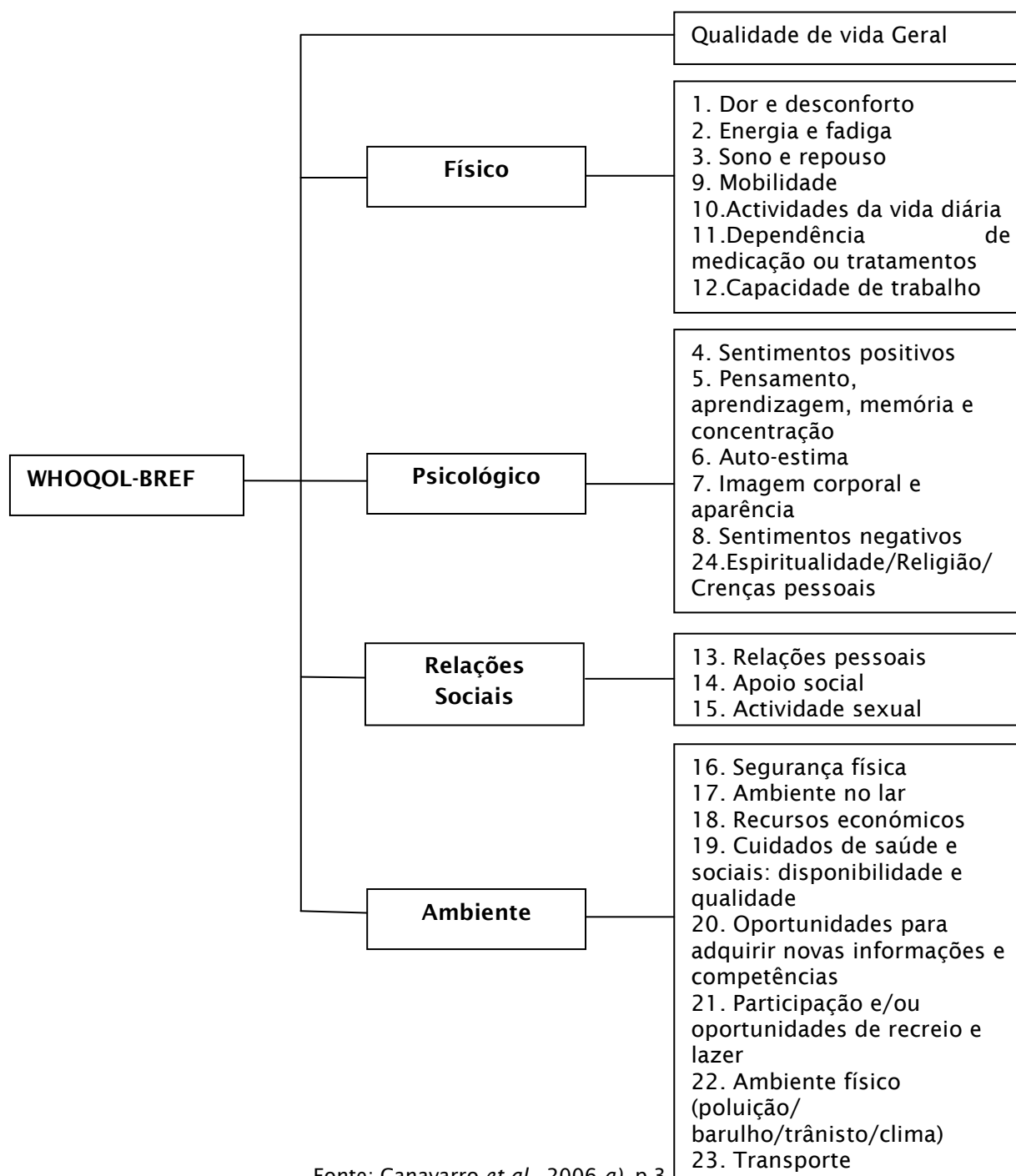
Para avaliar a qualidade de vida do idoso e do familiar cuidador, foi aplicado o WHOQOL-bref da OMS, versão portuguesa de Portugal. Trata-se de um instrumento criado pela OMS, que surgiu em resultado da inexistência de um instrumento de avaliação da qualidade de vida, que privilegiasse a dimensão transcultural e subjectiva para uso internacional (Canavarro *et al.*, 2006 *a*)).

Criado pela OMS, mais especificamente pelo Grupo da Qualidade de Vida (WHOQOL Group), na segunda metade da década de 90, face à necessidade e alternativa de um instrumento mais curto ao WHOQOL-100 (constituído por 100 questões), elaborou-se o WHOQOL-bref, uma versão abreviada da WHOQOL-100, que exigisse pouco tempo para o seu preenchimento, fosse menos demorado de aplicação, mas igualmente válido, conservando as propriedades psicométricas satisfatórias e a dimensão transcultural da avaliação genérica da qualidade de vida. Desenvolvido através da colaboração de vários países num projecto a nível mundial, é constituído por 26 perguntas, sendo duas de carácter mais geral, relativas à percepção geral da qualidade de vida e saúde e as restantes 24, representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Assim, enquanto na versão longa do instrumento da avaliação da qualidade de vida da OMS, WHOQOL-100, cada uma das suas facetas é avaliada por 4 perguntas, na sua versão abreviada, cada uma das 24 facetas é representada apenas por uma questão, de forma a que esse mesmo instrumento preservasse as 24 facetas do original e por sua vez, a natureza subjectiva e multidimensional do conceito da qualidade de vida (Canavarro *et al.*, 2006 *a*); Canavarro *et al.*, 2006 *b*)).

O constructo é composto por dimensões positivas (por exemplo: funcionalidade, mobilidade) e negativas (por exemplo: sentimentos negativos, dependência de medicações). O instrumento compreende quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente (como representado na figura 2), que ilustram o entendimento de que a qualidade de vida é um produto da interacção de diversas áreas independentes da vida do indivíduo. Cada domínio apresenta vários subdomínios (ou facetas) (figura 2) relativos a áreas da qualidade de vida, de forma sintetizada. Por sua vez, cada faceta reporta-se à descrição de um

comportamento, estado, capacidade, percepção ou experiência subjectivas, nas quais são formuladas questões através de escalas de resposta tipo Likert de 5 pontos (intensidade, capacidade, frequência e avaliação) (Canavarro *et al.*, 2005; Canavarro *et al.*, 2006 a)).

Figura 2 – Estrutura do WHOQOL-bref: domínios e facetas



Fonte: Canavarro *et al.*, 2006 a), p.3

O instrumento WHOQOL-Bref revelou-se uma alternativa útil para as situações em que a versão longa é de difícil aplicabilidade como em estudos epidemiológicos e/ou utilização simultânea de múltiplos instrumentos de avaliação, como é o caso. Para além disso, a versão abreviada em português demonstra ser um instrumento com características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste (Fleck *et al.*, 2000).

A confiabilidade do instrumento avaliada através do Alpha de Cronbach quando aplicado o instrumento ao idoso, demonstrou bom índice de consistência interna nos domínios físico (0,87); psicológico (0,77); relações sociais (0,83); meio ambiente (0,69), apesar de menos satisfatório no domínio geral (0,46). Também o instrumento ao ser aplicado no cuidador, é possível verificar a confiabilidade do instrumento pelo bom índice de consistência interna igualmente nos domínios físico (0,83); psicológico (0,84); relações sociais (0,75); meio ambiente (0,79) e mais uma vez, menos satisfatório no domínio geral (0,46). Tais dados são evidentes se os compararmos com os coeficientes da escala original (domínio físico: 0,87; domínio psicológico: 0,84; domínio relações sociais: 0,64; domínio meio ambiente: 0,78) (Canavarro *et al.*, 2005).

WHOQOL-old

A qualidade de vida no idoso também foi avaliada pelo instrumento WHOQOL-old. Trata-se de um instrumento que teve o seu início em 1999, desenvolvido igualmente pela OMS (WHOQOL Group) com uma cooperação científica de diversos centros, cujo objectivo foi desenvolver e testar uma medida genérica da qualidade de vida em adultos idosos para utilização transcultural/internacional (Power, Shmidt, 2005).

O módulo WHOQOL-old consiste numa escala de Likert, formada por 24 ítems, aos quais se atribui 6 facetas: funcionamento sensorial; autonomia; actividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer e intimidade. Cada uma dessas facetas apresenta 4 ítems, sendo que para cada uma das facetas o score de valores poderá variar de 4 a 20 ou 0 e 100, em percentagem. Os

scores das 6 facetas ou dos 24 itens, conduzem a um score global que traduz a qualidade de vida dos idosos, ou seja retratam uma avaliação empírica da qualidade de vida dos adultos idosos a partir do ponto de vista do respondente. De uma forma generalizada, poderá dizer-se que scores altos representam uma elevada qualidade de vida, ao passo que scores baixos traduzem uma baixa qualidade de vida nas determinadas facetas (Power, Schmidt, 2005).

Relativamente às facetas, pode-se dizer que a faceta do funcionamento sensorial avalia o funcionamento sensorial e o impacto das habilidades sensoriais na vida. A faceta autonomia refere-se à independência na velhice, descrevendo até que ponto se é capaz de viver de forma autónoma e tomar as suas próprias decisões. A faceta actividades passadas, presentes e futuras descreve a satisfação sobre as conquistas na vida e o que se anseia. A faceta participação social reporta-se à participação em actividades do quotidiano, sobretudo na comunidade. A faceta morte e morrer, diz respeito às preocupações, inquietações e medos sobre a morte e morrer. Por fim, a faceta intimidade avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas (Power, Schmidt, 2005).

Algo a ter em consideração relativamente a este instrumento, atendendo ao manual do WHOQOL-old, é que se sugere que este módulo para adultos idosos deve ser empregue em simultâneo com os instrumentos WHOQOL-100 ou WHOQOL-Bref (Power, Schmidt, 2005).

Este instrumento revela-se como uma mais valia na avaliação da qualidade vida dos idosos já que *“permitirá a avaliação do impacto da prestação do serviço e de diferentes estruturas de atendimento social e de saúde sobre a qualidade de vida, especialmente na identificação das possíveis consequências das políticas sobre qualidade de vida para adultos idosos e uma compreensão mais clara das áreas de investimento para se obter melhores ganhos na qualidade de vida. A estimativa do impacto de intervenções físicas e psicológicas sobre uma gama de problemas físicos e psiquiátricos relacionados à velhice poderá ser assessada”* (Power, Schmidt, 2005, p. 18).

A consistência interna do módulo WHOQOL-old foi igualmente avaliada através do coeficiente de Alfa de Cronbach. Verificou-se a confiabilidade de consistência interna em todos os domínios: funcionamento sensorial (0,95); autonomia (0,73);

actividades passadas, presentes e futuras (0,60); participação social (0,78); morte e morrer (0,90) e intimidade (0,96). Muito embora, em alguns destes se obtiveram índices inferiores se os comparamos com os coeficientes da escala original (funcionamento sensorial: 0,79; autonomia: 0,71; actividades passadas, presentes e futuras: 0,79; participação social: 0,83; morte e morrer: 0,83; intimidade: 0,88) (Power, Schmidt, 2005).

APGAR familiar

Outra das escalas aplicadas ao idoso foi o APGAR familiar, que consiste numa escala proposta por Smilkstein em 1978. Trata-se de um instrumento que tem como objectivo conhecer o grau de satisfação do sujeito relativamente à sua família e ao funcionamento familiar, ou seja, a mensuração da satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família (Duarte, 2001).

Este instrumento baseia-se num *“modelo de sistemas que relaciona stress e adaptações em um ou mais membros da família nele definida, como um grupo psicossocial constituído pelo paciente e uma ou mais pessoas, crianças ou adultos, entre os quais existe um comprometimento mútuo em nutrição e sustentação das relações. A função familiar refere-se à maneira pela qual esta família é vista por seus membros no atendimento desse comprometimento”* (Duarte, 2001, p. 1).

O autor da escala (1978) refere também que esta permite identificar as percepções individuais dos valores da família como um recurso psicossocial (score elevado) ou como um suporte social deficitário e possível factor stressor (score baixo). Note-se que a percepção do indivíduo da eficácia e da qualidade deste recurso influenciará significativamente o seu estado de saúde.

Proveniente da língua inglesa, o acrónimo APGAR, deriva de **A**daptation (adaptação), **P**artnership (companheirismo), **G**rowth (desenvolvimento), **A**ffection (afectividade) e **R**esolve (capacidade resolutiva), retrata as seguintes dimensões: *“adaptação (consiste na capacidade de utilizar recursos intra e extrafamiliares*

para resolver problemas familiares em situações de stresse familiar ou em períodos de crise); convivência e comunicação (tem a ver com a implicação dos membros da família na tomada de decisões e nas responsabilidades relacionadas com o equilíbrio familiar); desenvolvimento (está associado à maturação física, emocional e auto-realização que são alcançados pelos membros de uma família graças ao apoio mútuo), afectividade (é a relação de carinho ou amor que existe entre os membros da família) e dedicação à família (relaciona-se com o compromisso de dedicar tempo e prover às necessidades físicas e emocionais dos outros membros da família. Geralmente, implica a decisão de partilhar um espaço” (Imaginário, 2004, p.98).

Estas cinco dimensões segundo o autor (1978), representam os parâmetros pelos quais a saúde funcional de uma família pode ser mensurada, sendo que a família saudável é aquela que *“demonstra a integridade destes componentes por representar a sua unidade de sustentação e nutrição”* (Duarte, 2001, p.2).

Refira-se que no desenvolvimento desta medida de avaliação da função familiar utilizaram-se duas versões: a primeira, com três opções de resposta para uso clínico e no formato cinco opções para pesquisa, que foi o caso deste estudo (Duarte, 2001).

O APGAR familiar de Smilkstein permite a avaliação dos domínios supracitados através das cinco questões/ítems inerentes à função familiar que o compõem, por uma escala tipo de Likert, as quais têm cinco opções de resposta (sempre, quase sempre, algumas vezes, raramente e nunca), com uma pontuação de respectivamente quatro, três, dois, um e zero pontos, que no final são somados, resultando num score total cuja representação numérica relaciona-se directamente com a condição de funcionalidade familiar (família altamente funcional (13 a 20 pontos); família com moderada disfunção familiar (9 a 12 pontos); família com disfunção acentuada (0 a 8 pontos) (Duarte, 2001; Smilkstein, 1978).

Os estudos de tradução transcultural para o português e os índices de validade e credibilidade estabelecidos do APGAR de família, garantem a segurança da sua aplicação como um instrumento confiável da mensuração do fenómeno proposto. A fidedignidade ou confiabilidade do instrumento no presente estudo foi

comprovada pela aplicação do Alfa de Cronbach ($\alpha=0,97$), se comparamos com a original ($\alpha=0,80$) (Duarte, 2001).

Assim, aplicar este instrumento é algo a não descurar, já que torna-se importante conhecer o relacionamento familiar nas situações em que a família assume a tarefa de cuidar no domicílio, sobretudo no doente idoso e no contexto domiciliar, perante uma doença grave, crónica ou incapacitante, tal como refere Mcwhinney (1981) (*cited in* Agostinho, 1988).

Após a definição dos instrumentos a aplicar, faz sentido fazer referência à escolha da população e amostra junto da qual se desenvolveu o estudo.

5.5 - Critérios de amostragem e recolha de dados

Segundo Fortin (2000, p.202), a população alvo reporta-se aos *“elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”*. Atendendo a esta definição, no presente estudo, a população alvo refere-se às famílias que apresentam idosos dependentes da quarta idade, que convivem em ambiente doméstico-familiar, residentes no distrito do Porto, sendo estes idosos acompanhados pelos seus familiares cuidadores.

Beck *et al.* (2004), também a este propósito, afirmam uma particularidade importante nos estudos quantitativos, é que estes devem especificar as características que delimitam a população através dos critérios de selecção para a sua inclusão no estudo.

Quanto à selecção da amostragem relativamente aos critérios de inclusão, refere-se que consistiu no: idoso(a) dependente, com mais de 80 anos, com capacidade cognitiva (consciente e orientado) e de comunicação, residente na região distrito do Porto; cuidador(a) principal do(a) respectivo(a) idoso(a) dependente, que resida com o(a) idoso(a), com capacidade cognitiva e de comunicação; em que ambos se enquadraram nos critérios previstos de voluntários ao estudo, demonstrando

disponibilidade para terem sido visitados no domicílio e de terem respondido às questões propostas. Refira-se ainda, que nos casos em que o(a) cuidador(a) principal não residia com o idoso, procedeu-se apenas ao estudo do idoso.

Acrescenta-se a informação que a amostragem foi formada por sujeitos inscritos em duas instituições de saúde da região do distrito do Porto, geograficamente acessíveis. Tendo o cuidado de respeitar eticamente os participantes, tratou-se assim de uma amostragem de conveniência ou accidental, já que atendendo ao que nos refere Fortin (2000, p.208), pressupõe o recurso a pessoas convenientemente disponíveis para serem participantes no estudo, isto é, *“sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso”*.

No que diz respeito à dimensão da amostragem, vários são os factores a ter em consideração no seu cálculo, tais como: *“o objectivo de estudo, a homogeneidade da população ou do fenómeno estudado”* (Fortin, 2000, p.111).

Beck *et al.* (2004, p.233) defende que se deve *“Escolher um Universo com dimensão suficientemente pequena para poder recolher dados de cada um dos casos do Universo, mas suficientemente grande para suportar as análises de dados planeadas (...) De um ponto de vista prático, esta opção é, provavelmente, a melhor (...) se se pretende utilizar análise de dados quantitativa”*.

De facto, não existe uma equação simples para se estabelecer o tamanho da amostra, apesar de se sugerir que nos estudos quantitativos se deva usar a maior amostra possível, tornando-se mais provável que se torne representativa (Beck *et al.*, 2004). Refira-se porém, que a amostra constituída do presente tornou-se limitada pelo número existente de casos.

Dados revelados pelos Censos 2001 (INE, 2002 *d*)) para a região do grande Porto, revelaram que num total de 1 260 680 de população residente, os idosos com mais de 80 anos perfaziam um total de 31 829. De acordo com a mesma fonte, INE (2002 *d*)) o número total de famílias nessa mesma região era de 436 346, das quais 118 223 eram famílias que apresentavam pelo menos um indivíduo idoso com 65 ou mais anos de idade. Contudo, neste estudo a amostra foi apenas formada por 86 famílias de idosos. Tomando como referência Tinsley e Tinsley

(1987) (*cited in* Ribeiro, 1999), o número de participantes de uma pesquisa deve resultar do cruzamento de variáveis em cada cela, o que no presente caso, devido às inúmeras categorias das variáveis em causa, conduziria a que amostra fosse constituída por um número significativamente superior. Os mesmos autores Tinsley e Tinsley (1987) (*cited in* Ribeiro, 1999) recomendam ainda que o número de participantes numa amostra deva apresentar valores acima de 300 elementos.

Porém, atendendo aos critérios de inclusão, acessibilidade, indisponibilidade dos participantes em não aderirem ao estudo, aliada ainda à componente tempo (a qual foi reduzida), apenas foi possível atingir o total de 86 famílias de idosos.

Note-se que para que fosse possível e concretizável esta colheita de dados, contactou-se a ARS Norte e as respectivas instituições em causa, pertencentes ao distrito do Porto, no sentido de solicitar a autorização para realizar a investigação, as quais foram devidamente permitidas.

A recolha de dados ocorreu no período entre Junho e Outubro de 2009, pela aplicação do referido instrumento de colheita de dados, tendo decorrido no domicílio do respectivo idoso/cuidador, após consentimento deste e dos seus familiares.

Nesse sentido, algo também a mencionar relativo à recolha de dados foram as questões éticas que nortearam todo esse processo. Aliás, sabe-se que *“A ciência deve evoluir sim, mas balizada pelo respeito dos direitos humanos”*, isto é, os contributos fornecidos pela ciência não são de se rejeitar, muito pelo contrário, defende-se é que esta deverá ocorrer com ponderação e não a qualquer preço (Correia, 2005, p.155).

Daí que, ao desenvolver-se uma investigação científica nos seres humanos, é importante, crucial e mais, é mesmo obrigatório tomar todas as disposições e atitudes necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nessas mesmas investigações. Dado tal facto, manter o direito à autodeterminação, intimidade, anonimato, confidencialidade, bem como a protecção contra o desconforto e o prejuízo são alguns dos direitos a assegurar quando se processa uma investigação (Fortin, 2000).

No presente estudo tais procedimentos, mais do que terem sido considerados, foram implementados, tendo sido aplicados pedidos de autorização às entidades e instituições envolvidas, tal como o consentimento informado por parte dos sujeitos (Anexo B). Além do que *“Obter um consentimento escrito, livre e esclarecido da parte dos sujeitos é essencial à manutenção da ética na conduta da investigação”* (Fortin, 2000, p.120).

Depois de planejar todo o processo de pesquisa nas condições previstas pelos vários autores, nomeadamente, Agostinho (1988); Araújo *et al.* (2007); Beck *et al.* (2004); Campenhoudt, Quivy, 1998; Canavarro *et al.* (2005; 2006 *a),b)*); Correia (2005); Duarte (2001); Fortin (2000); Fleck *et al.* (2000); Fratoni *et al.* (2004); Hungler, Polit (1995); Imaginário (2004); Lakatos, Marconi (1996); Power, Shmidt (2005); Ribeiro, 1999; Sequeira (2007); Smilkstein (1978), foi possível dar início ao trabalho de campo, do qual de seguida se apresentam os resultados obtidos.

6 - IDOSOS EM CONTEXTO FAMILIAR E QUALIDADE DE VIDA

Uma vez recolhidos os dados, a fase seguinte consistiu no seu tratamento e posterior análise, já que os dados obtidos no decorrer da pesquisa, por si só não respondem às questões da pesquisa e como tal necessitam e têm obrigatoriamente de ser tratados. De facto, *“sem a ajuda da estatística, os dados quantitativos colhidos em um projecto de pesquisa constituiriam pouco mais do que uma massa caótica de números”* (Hungler, Polit, 1995, p.227).

6.1- Caracterização da amostra

A amostragem é o processo de selecção de uma fracção da população para a representar, reportando-se assim a amostra a um subconjunto dessa população (Beck *et al.*, 2004). Deste modo, os sujeitos que serviram de base a este estudo foram idosos dependentes com idade igual ou superior a 80 anos, residentes em ambiente doméstico-familiar, na região do distrito do Porto e seus respectivos cuidadores, que coabitavam com os idosos, aos quais se segue a descrição.

Idosos participantes

Dos 86 idosos inquiridos, 61 (70,9%) pertenciam ao género feminino e 25 (29,1%), ao género masculino, de idades que variam entre os 80 e 94 anos, com média de 84,7 (DP=3,2) e mediana de 84,0 anos. Relativamente à religião, pode-se dizer que apenas 2 (2,3%) dos idosos referiram não ter qualquer tipo de religião. Dos restantes (97,7%) disseram ser católicos, sendo 93,0% católicos praticantes e 4,7% não praticantes. Quanto ao nível de escolaridade máxima dos idosos, evidenciou-se que a sua maioria (52,3%) apresentava o ensino básico (1º-

4ºano), muito embora um número significativo de idosos (25,6%) não sabia ler nem escrever.

A grande maioria dos idosos (51,2%) mencionou ser viúvo, seguidamente os casados/união de facto (30,2%). Nestes últimos, constatou-se que a idade do cônjuge/companheiro é predominantemente superior a 76 anos de idade. Com uma percentagem mais elevada face ao número de filhos do idoso estiveram os idosos que apresentam 2 filhos (25,6%), apesar de percentagem similar (23,3%) estarem os idosos que não tiveram nenhum filho. As idades dos filhos apresentam uma variação entre os 30 e os 68 anos de idade. A tabela 8 representa de forma sistematizada os principais dados descritos anteriormente:

Tabela 8 – Características sócio-demográficas dos idosos

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	61	70,9%
Masculino	25	29,1%
Idade		
80 - 85 anos	48	55,8%
86 - 90 anos	34	39,5%
91 - 95 anos	4	4,7%
Religião		
Católica - praticantes	80	93,0%
Católica - não praticantes	4	4,7%
Não tem	2	2,3%
Escolaridade		
Nenhuma	22	25,6%
1º - 4º ano	45	52,3%
5º -6º ano	4	4,7%
7º -9º ano	3	3,5%
10º -12º ano	6	7,0%
Estudos universitários	6	7,0%
Estado Civil		
Solteiro	13	15,1%
Casado/união de facto	26	30,2%
Divorciado/separado	3	3,5%
Viúvo	44	51,2%
Idade do cônjuge		
65 - 75 anos	2	7,1%
76 - 85 anos	14	50,0%
Superior a 86 anos	12	42,9%
Nº de filhos dos idosos		
Sem filhos	20	23,3%
1 filho	15	17,4%
2 filhos	22	25,6%
3 filhos	12	14,0%
4 filhos	8	9,3%
Superior a 5 filhos	9	10,5%

Quando questionados sobre a sua condição de saúde, 7 (8,1%) dos idosos referiu ser saudável, ao passo que 79 (91,9%) mencionou apresentar pelo menos uma patologia associada. Os principais diagnósticos referidos pelos idosos foram Osteoporose (66,3%) e Hipertensão Arterial (53,2%). A tabela 9 demonstra a distribuição dos diagnósticos médicos confirmados dos idosos:

Tabela 9 - Diagnósticos médicos dos idosos

Diagnóstico	N	%
Com patologia	79	91,9%
Osteoporose	57	66,3%
Hipertensão arterial	46	53,5%
Cardiopatía	27	31,4%
Diabetes Mellitus	22	25,6%
Sequela de AVC	17	19,8%
Insuficiência Renal	8	9,3%
Insuficiência venosa	6	7,0%
Demência	4	4,7%
DPOC	4	4,7%
Úlcera gástrica	3	3,5%
Patologia psiquiátrica	3	3,5%
Dislipidemia	3	3,5%
Gota	2	2,3%
Diverticulos intestinais	2	2,3%
HBP	2	2,3%
Doença de Parkinson	1	1,2%
Doença de Alzheimer	1	1,2%
Epilepsia	1	1,2%
Hérnia Discal	1	1,2%
Hérnia Inguinal	1	1,2%
Obesidade	1	1,2%
Asma	1	1,2%
Hérnia Esofágica	1	1,2%
Hipertiroidismo	1	1,2%
Hipotiroidismo	1	1,2%
Cancro	10	11,6%
Colon	7	8,1%
Mama	2	2,3%
Rim	2	2,3%
Bexiga	1	1,2%
Estômago	1	1,2%

No que diz respeito a outros problemas de saúde, 10 (11,6%) dos idosos inquiridos referiram não apresentar qualquer tipo de queixas. Dos restantes 76 (88,4%) idosos, 35 manifestaram uma queixa; 20, duas queixas e 21, três queixas de saúde. Identificaram-se por ordem decrescente de percentagem as seguintes queixas: visão, mobilidade, audição, insónia, obstipação, incontinência fecal/urinária, tal como se evidencia na tabela 10:

Tabela 10 - Queixas de saúde dos idosos

Queixas de saúde dos idosos	N	%
Visão	55	64,0%
Mobilidade	35	40,7%
Audição	28	32,6%
Insónia	9	10,5%
Obstipação	8	9,3%
Incontinência fecal/urinária	3	3,5%

Refira-se que a grande maioria dos idosos (91,9%) se encontrava em regime de polimedicação, estando sempre em todos os casos a medicação sujeita a prescrição médica.

O grau de dependência constitui um outro elemento imprescindível à caracterização dos idosos, o qual foi permitido pela aplicação da Escala de Barthel. Com os dados obtidos (tabela 11), constatou-se que as actividades de vida diária em que os idosos apresentam maior grau de dependência são as intrínsecas ao seu auto-cuidado, tais como higiene e vestuário. Assim, as actividades que exigem maior dependência são no banho, onde 80 (93,0%) dos idosos são dependentes e na higiene corporal, com 42 (48,8%) dos idosos e o vestir (68,6%). Actividades como o subir escadas, transferência cadeira-cama e deambulação também apresentam um certo grau de dependência, já que necessitam de certa ajuda para a sua concretização.

Tabela 11 - Dependência dos idosos

Tipo de dependência	Dependente	Necessita de ajuda	Independente
	N %	N %	N %
Alimentação	1 1,2%	9 10,5%	76 88,4%
Vestir	8 9,3%	59 68,6%	19 22,1%
Banho	80 93,0%	- -	6 7,0%
Higiene Corporal	42 48,8%	- -	44 51,2%
Uso da Casa-de-Banho	10 11,6%	14 16,3%	62 72,1%
Subir escadas	14 16,3%	30 34,9%	42 48,8%

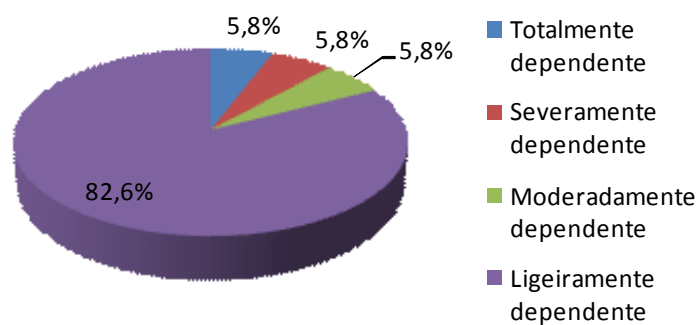
	Incontinente	Incontinência ocasional	Independente
	N %	N %	N %
Controlo Intestinal	6 7,0%	6 7,0%	74 86,0%
Controlo Vesical	6 7,0%	8 9,3%	72 83,7%

	Dependente	Necessita de grande ajuda	Necessita de ajuda mínima	Independente
	N %	N %	N %	
Transferência cadeira-cama	8 9,3%	6 7,0%	18 20,9%	54 62,8%

	Dependente	Independente com cadeira de rodas	Necessita de ajuda	Independente
	N %	N %	N %	
Deambulação	11 12,8%	4 4,7%	24 27,9%	47 54,7%

A literatura afirma sobre a respectiva Escala de Barthel, que a pontuação mínima de zero corresponde à máxima dependência para todas as AVD avaliadas, ao passo que a pontuação máxima 100 equivale a independência total para as mesmas AVD. Quer isto dizer que, a pontuação global varia de forma inversamente proporcional ao grau de dependência, ou seja quanto menor for a pontuação, maior é o grau de dependência, estabelecendo-se de acordo com Sequeira (2007), os seguintes pontos de corte: independente (90-100 pontos); ligeiramente dependente (60-90 pontos); moderadamente dependente (40-55 pontos); severamente dependente (20-35 pontos); totalmente dependente (inferior a 20 pontos). Atendendo a esta classificação, os idosos do presente estudo, retratam a situação abaixo esquematizada:

Gráfico 1- Grau de dependência dos idosos



Em síntese, os idosos deste estudo são maioritariamente pertencentes ao sexo feminino (70,9%), com idades compreendidas entre os 80-85 anos (55,8%), católicos praticantes (93,0%), de escolaridade de ensino básico (52,3%), viúvos (51,2%). Relativamente ao seu estado de saúde predominantemente apresentam pelo menos uma patologia associada (91,9%) e outras queixas de saúde (88,4%), em regime de polimedicação, sendo na sua maioria ligeiramente dependentes (82,6%) sobretudo em actividades como o banho, higiene corporal e vestir.

Cuidadores participantes

Das 86 famílias de idosos estudadas, apenas 61 famílias se apresentavam com cuidadores que coabitavam com os idosos, sendo que os restantes 25 idosos (29,0%) pertenciam a famílias unipessoais.

Destes 61 cuidadores, 40 (65,6%) pertencem ao género feminino e 21 (34,4%) ao género masculino, de idades compreendidas entre os 22 e 94 anos, com uma média de 59,4; mediana de 59,0 e moda de 60 anos.

No que diz respeito à convicção religiosa, 5 (8,2%) mencionaram não pertencer a nenhuma religião, ao passo que os restantes disseram ser da religião católica, sendo que 44 (72,1%) eram católicos praticantes e 12 (19,7%) não praticantes. Apenas 2 (3,3%) dos cuidadores não sabiam ler e escrever, evidenciando-se que 20 (32,8%) destes estudaram no ensino superior, estando os demais cuidadores distribuídos pelos outros níveis de escolaridade. A maioria são casados (60,7%), apesar de um número significativo ser solteiro (26,2%).

Quanto à ocupação, 25 (41,0%) já são reformados, 11 (18,0%) não exercem qualquer tipo de actividade e outros 25 (41,0%) encontram-se no decurso do exercício profissional, tal como se constata na tabela 12. Para todos os cuidadores que exercem actividade profissional o turno de trabalho é o diurno e a carga horária varia entre as 35h e 46h semanais, sendo os locais de trabalho desde Serviços Públicos (Câmara (1), Repartimento de Finanças(1) e Segurança Social (1), Banco (1), Centro de Saúde (3), Hospital (1), Escola(4), Lar de idosos (2); ambiente doméstico (2) a instituições privadas (fábrica (1), empresa (4), estabelecimento comercial (3)).

Refira-se que destes 61 cuidadores, 25 têm a cargo outros dependentes além do idoso, sendo que 18 cuidadores prestam cuidados a uma pessoa e 7 cuidadores, a duas pessoas.

A tabela 12 sintetiza os principais dados relativos às características sócio-demográficas dos cuidadores:

Tabela 12 - Características sócio-demográficas dos cuidadores

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	40	65,6%
Masculino	21	34,4%
Idade		
18-64 anos	48	78,7%
65-75 anos	6	9,8%
76-85 anos	3	4,9%
Superior a 86 anos	4	6,6%
Religião		
Católica – praticantes	44	72,1%
Católica - não praticantes	12	19,7%
Não tem	5	8,2%
Escolaridade		
Nenhuma	2	3,3%
1º - 4º ano	13	21,3%
5º -6º ano	9	14,8%
7º -9º ano	9	14,8%
10º -12º ano	7	11,5%
Estudos universitários	20	32,8%
Pós-graduação	1	1,6%
Estado Civil		
Solteiro	16	26,2%
Casado/união de facto	37	60,7%
Divorciado/separado	5	8,2%
Viúvo	3	4,9%
Ocupação		
Aposentado	25	41,0%
Sem ocupação	11	18,0%
Com ocupação	25	41,0%
Professor	4	16,0%
Administrativo	4	16,0%
Empregado de limpeza	3	12,0%
Empregado de comércio	3	12,0%
Enfermeiro	3	12,0%
Médico	3	12,0%
Engenheiro	2	8,0%
Contabilista	1	4,0%
Economista	1	4,0%
Controlador de qualidade	1	4,0%

Pela tabela 13, verifica-se que a prestação de cuidados é assegurada na maioria por cuidadores que são filhos, seguidos dos sobrinhos e dos cônjuges/companheiros. Especificamente, refira-se que os cuidadores: 19 são filhas; 13 filhos; 12 sobrinhas; 2 sobrinhos; 11 cônjuge/companheiro, dos quais 6 esposas e 5 maridos; 2 noras; 1 genro; e 1 neta. Constatou-se ainda que dos 61 cuidadores entrevistados, a casa habitada por estes juntamente com os idosos cuidados é predominantemente uma casa alugada (46%) e do cuidador (33%) (tabela 14).

Tabela 13 - Grau de parentesco dos cuidadores

Grau de parentesco	N	%
Filho(a)	32	52%
Sobrinho(a)	14	23%
Cônjuge/companheiro(a)	11	18%
Genro/Nora	3	5%
Neto(a)	1	2%

Tabela 14 - Proprietário da casa onde reside o idoso/cuidador

Proprietário	N	%
Alugada	28	46%
Cuidador	20	33%
Idoso(a) cuidado(a)	7	11%
Usufruto do(a) idoso(a)	5	8%
Outros familiares	1	2%

Ao serem confrontados sobre o seu estado de saúde como cuidador(a), a maioria (59,0%) reportou-se à mesma de forma “*regular*”, muito embora um número reduzido 3,3% referiu sentir “*péssima*”. Ao comparar a sua saúde com os últimos 5 anos, bem como com as pessoas da sua idade, os cuidadores afirmaram na sua maioria que consideram-na “*igual*”, com respectivamente 62,3% e 68,9%, tal como se verifica na tabela 15.

Tabela 15 - Percepção do estado de seu estado de saúde dos cuidadores

Questão	Ótima	Boa	Regular	Má	Péssima
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Em geral, como cuidador(a), diria que a sua saúde está:	6 9,8%	13 21,3%	36 59,0%	4 6,6%	2 3,3%
	Melhor	Igual	Regular		
	N	N	N		
	%	%	%		
Em comparação com as outras pessoas da sua idade, diria que a sua saúde está:	11 18,0%	42 68,9%	8 13,1%		

Na actualidade, 30 dos cuidadores referiram ser saudáveis, ao passo que 31 (50,8%) mencionaram ter pelo menos uma patologia associada (tabela 16), sendo que destes últimos todos afirmaram efectuar tratamento dos seus problemas de saúde. O local onde habitualmente efectuam os tratamentos dos problemas de saúde é o estabelecimento público (Centro de Saúde/Hospital) por 58 cuidadores. Destes 58, 1 referiu recorrer também a seguro de saúde e 4 a serviços particulares. Apenas 1 cuidador mencionou recorrer exclusivamente a serviços particulares e 2 a plano de saúde.

Tabela 16 - Diagnósticos médicos dos cuidadores

Diagnóstico	N	%
Com patologia	31	50,8%
Osteoporose	12	19,7%
Diabetes Mellitus	9	14,8%
Hipertensão Arterial	6	9,8%
Cardiomiopatia	5	8,2%
Dislipidemia	5	8,2%
Patologia Psiquiátrica	3	4,9%
Úlcera Gástrica	3	4,9%
Insuficiência Venosa	2	3,3%
DPOC	2	3,3%
HBP	2	3,3%
Cancro	5	8,2%
Cerebral	3	4,9%
Mama	2	3,3%

Relativamente às características dos familiares dos idosos cuidados pode-se dizer que estes na sua maioria apresentam as seguintes características: sexo feminino (65,6%) idades compreendidas entre 16-64 anos (78,7%), católicos praticantes (72,1%), escolaridade universitária (32,8%), casados/união de facto (60,7%), aposentados ou com ocupação (41,0%). Destes familiares os principais cuidadores são os filhos(as) (52,0%), sobrinhos (as) (23,0%) e cônjuges/companheiros (18,0%). Quanto ao seu estado de saúde a maioria considera “*regular*” (59,0%), e “*igual*” comparativamente há 5 anos atrás (62,3%) e às pessoas da sua idade (68,9%). Acrescente-se ainda que 50,8% destes cuidadores apresentam pelo menos uma patologia associada.

6.2- Qualidade de vida das famílias de idosos

“Percepção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”, é assim que o WHOQOL Group (1994) (*cited in Amado et al., 2005, p.78*) define o conceito qualidade de vida. Esta abordagem é particularmente pertinente face ao envelhecimento demográfico da população, onde a qualidade de vida e sua avaliação são questões centrais para os sujeitos que estão envolvidos neste processo, sejam eles, os próprios idosos e também seus cuidadores familiares.

Idosos e percepção da qualidade de vida

A qualidade de vida reporta-se a um conceito essencial no campo de atenção aos idosos, revelando-se como um dos indicadores que se deve considerar ao avaliar a condição de vida destes indivíduos. Mais especificamente, deve-se valorizar a avaliação subjectiva que cada idoso faz sobre a sua qualidade de vida nos mais variados domínios físico, psicológico, social, ambiental entre outras, atendendo ao seu funcionamento actual, passado e incluindo expectativas quanto ao funcionamento futuro, tal como foi estudado na presente pesquisa (Fonseca, 2005).

Domínio qualidade de vida geral

Quando questionados os idosos como julgaram ser a sua qualidade de vida, a maioria 51(59,3%) respondeu ser “*nem boa nem má*”. Mais indagados com a sua situação de saúde, revelaram dividir-se de forma aproximada entre “*nem satisfeito nem insatisfeito*” (30,2%), “*insatisfeito*” (25,6%) e “*satisfeito*” (22,1%).

Tabela 17 - Domínio qualidade de vida geral dos idosos

Questões	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Como avaliaria a sua qualidade de vida?	3 3,5%	10 11,6%	51 59,3%	18 20,9%	4 4,7%
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?	10 11,6%	22 25,6%	26 30,2%	19 22,1%	9 10,5%

Domínio físico

Os dados relativos ao domínio físico estão demonstrados na tabela 18. Ao serem questionados sobre a influência de dores físicas no seu dia-a-dia, os idosos dividiram-se sobretudo entre “*pouco*” (30,2%), “*muito*” (23,3%), “*muitíssimo*” (23,3%) e “*nada*” (19,8%). Uma minoria dos idosos, 8,1%, referiu não necessitar de qualquer tipo de tratamento médico, ao passo que os restantes, embora em escala diferentes, admitiram necessitar de apoio médico.

Quanto abordados se tinham energia suficiente no seu quotidiano, as respostas mais bem cotadas foram: “*pouco*” (33,7%) e “*moderadamente*” (31,4%). A percepção dos idosos acerca da sua mobilidade apresentou variadas opiniões, sendo que o maior número destes (27,8%) considerou-a “*nem boa nem má*”, com um diferença muito pequena relativamente aqueles que a consideraram “*má*”, (23,3%).

Relativamente ao sono, os valores obtidos demonstraram que 38,4% se encontrava “ *muito satisfeito*”, 20,9% “*nem satisfeito nem insatisfeito*”, 18,6%, “*satisfeito*”. Já “*Insatisfeito*” foi o que referiram um maior número de idosos face à sua capacidade de desempenhar tarefas no dia-a-dia, bem como a capacidade de trabalho, com 34,9% e 32,6%, respectivamente.

Tabela 18 - Domínio físico da qualidade de vida dos idosos

Questões	Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	17 19,8%	26 30,2%	3 3,5%	20 23,3%	20 23,3%
Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	7 8,1%	21 24,4%	19 22,1%	25 29,1%	14 16,3%
	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Tem energia suficiente para a sua vida diária?	2 2,3%	29 33,7%	27 31,4%	16 18,6%	12 14,0%
	Muito má	Má	Nem boa nem boa	Boa	Muito boa
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	15 17,4%	20 23,3%	24 27,9%	15 17,4%	12 14,0%
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	7 8,1%	12 14,0%	18 20,9%	16 18,6%	33 38,4%
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	9 10,5%	30 34,9%	22 25,6%	15 17,4%	10 11,6%

Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	10	28	24	14	10
	11,6%	32,6%	27,9%	16,3%	11,6%

Domínio psicológico

Ao serem questionados os 86 idosos se gostam da sua vida, 36,0% revelaram gostar “ *muito*”; 34,9% “*nem muito nem pouco*”; 4,7% “*muitíssimo*” e 9,3%, confessaram não gostar “*nada*”. Para 40,7% dos idosos, a vida tem “ *muito*” sentido e para 34,9%, “*nem muito nem pouco*”. Apesar de 2,3% ter referido não ter qualquer sentido a vida, existem 3,5% que afirmou ter “*muitíssimo*”.

No que confere ao nível de concentração, a maior percentagem de idosos atribui que se consegue concentrar “ *muito*” (36,0%), seguido do “*muitíssimo*” (30,2%) e “*nem muito nem pouco*” (20,9%). Note-se que apenas 1,2% dos inquiridos mencionou não ser capaz de se concentrar “*nada*”.

A maioria dos idosos aceita a sua aparência física, “*moderadamente*” (65,1%) e “*bastante*” (20,9%), sendo que apenas uma minoria (2,3%) referiu não estar “*nada*” satisfeito.

Quanto a estar satisfeito consigo próprio, 47,7 % mencionou estar “*nem satisfeito nem insatisfeito*” e 37,2% demonstrou estar “*satisfeito*”. Já 4,7% revelou estar “*muito insatisfeito*” ou “*muito satisfeito*”.

Dos entrevistados, 43,0% relataram ter sentimentos negativos “*poucas vezes*”; 30,2% “*algumas vezes*” e apenas 4,7% referiram apresentar “*sempre*” tais sentimentos. Estes dados estão evidenciados na tabela 19 que se segue:

Tabela 19 - Domínio psicológico da qualidade de vida dos idosos

Questões	Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Até que ponto gosta da sua vida?	8 9,3%	13 15,1%	30 34,9%	31 36,0%	4 4,7%
Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	2 2,3%	16 18,6%	30 34,9%	35 40,7%	3 3,5%
Até que ponto se consegue concentrar?	1 1,2%	10 11,6%	18 20,9%	31 36,0%	26 30,2%
	Nada N	Pouco N	Moderadamente N	Bastante N	Completamente N
	%	%	%	%	%
É capaz de aceitar a sua aparência física?	2 2,3%	6 7,0%	56 65,1%	18 20,9%	4 4,7%
	Muito insatisfeito N	Insatisfeito N	Nem satisfeito nem insatisfeito N	Satisfeito N	Muito satisfeito N
	%	%	%	%	%
Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	4 4,7%	5 5,8%	41 47,7%	32 37,2%	4 4,7%
	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	10 11,6%	37 43,0%	26 30,2%	9 10,5%	4 4,7%

Domínio relações sociais

Relativamente ao domínio relações sociais, que apresenta três ítems na versão original, os idosos da amostra começaram por se recusar a responder à questão sobre a qualidade de vida sexual, escapando-se a responder à mesma, dado demonstrarem certo desconforto ao serem abordados sobre esse tema. Nesse sentido, decidiu-se eliminar essa mesma questão da actual pesquisa, ficando este domínio confinado a apenas 2 ítems.

Ao serem confrontados sobre a satisfação com as suas relações pessoais, 44,2% referiram estar “*satisfeitos*” e 41,9%, “*muito satisfeitos*”. Uma minoria, 2,3% mencionou estar “*muito insatisfeito*” e 5,8% “*insatisfeito*” ou “*nem satisfeito nem insatisfeito*”. O apoio dos amigos também se revelou satisfatório: 40,7% “*satisfeito*” e 33,7% “*muito satisfeito*”.

Tabela 20 - Domínio relações sociais da qualidade de vida dos idosos

Questões	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	2 2,3%	5 5,8%	5 5,8%	38 44,2%	36 41,9%
Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	4 4,7%	5 5,8%	13 15,1%	35 40,7%	29 33,7%

Domínio meio ambiente

No domínio meio ambiente, relativamente à segurança na vida diária bem como ao ambiente físico, a opção de resposta mais seleccionada foi “*nem muito nem pouco*”, ambas com 46,5%.

Questionados sobre o facto de o dinheiro ser suficiente para satisfazer as suas necessidades, os idosos informaram 62,8% ser “*moderadamente*”, 41,9% “*completamente*” e apenas 1 idoso (1,2%) mencionou não ter “*nada*”.

Quanto às informações, as respostas situaram-se sobretudo entre o “*moderadamente*” e “*bastante*”, com 44,2% e 36,0% respectivamente.

No lazer, 39,5% dos idosos referiram que as oportunidades neste âmbito são “*pouco*”, seguindo-se “*bastante*” com 33,7% e “*moderadamente*”, 22,1%.

No que confere às condições do local onde moram, os idosos na maioria revelaram estar “*satisfeitos*”, com 40,7% e 29,1% “*nem satisfeito nem insatisfeito*”.

Nos serviços de saúde, os idosos afirmaram estar 37,2% “*satisfeitos*”, 32,6% “*muito satisfeito*” e 23,3% “*nem satisfeito nem insatisfeito*”. Perante o meio de transporte utilizado, 52,3% dos idosos revelou que está “*nem satisfeito nem insatisfeito*”.

Tabela 21 - Domínio meio ambiente da qualidade de vida dos idosos

Questões	Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
	N %	N %	N %	N %	N %
Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	4 4,7%	8 9,3%	40 46,5%	33 38,4%	1 1,2%
Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	2 2,3%	9 10,5%	40 46,5%	33 38,4%	2 2,3%
	Nada N %	Pouco N %	Moderadamente N %	Bastante N %	Completamente N %
Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1 1,2%	11 12,8%	54 62,8%	14 16,3%	36 41,9%
Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	0 0,0%	7 8,1%	38 44,2%	31 36,0%	10 11,6%
Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	3 3,5%	34 39,5%	19 22,1%	29 33,7%	1 1,2%
	Muito insatisfeito N %	Insatisfeito N %	Nem satisfeito nem insatisfeito N %	Satisfeito N %	Muito satisfeito N %
Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	5 5,8%	8 9,3%	25 29,1%	35 40,7%	13 15,1%

Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	3	3	20	32	28
	3,5%	3,5%	23,3%	37,2%	32,6%
Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	3	45	34	3
	1,2%	3,5%	52,3%	39,5%	3,5%

Domínio funcionamento sensorial

No campo dos sentidos, o maior número de idosos manifestou-se dizendo que quer na sua vida diária, quer na participação em actividades e na interacção com as outras pessoas, influenciavam “*extremamente*” e “*completamente*”, com 39,5%; 40,7% e 38,4%. Por outro lado, quando se pronunciavam sobre a avaliação dos sentidos, um maior número de idosos (41,9%) afirmou que estes funcionam de forma “*nem bom nem mau*”.

Tabela 22 - Domínio funcionamento sensorial da qualidade de vida dos idosos

Questões	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Até que ponto as perdas nos seus sentidos afectam a sua vida diária?	5 5,8%	7 8,1%	17 19,8%	23 26,7%	34 39,5%
Até que ponto a perda dos sentidos afecta a sua capacidade de participar em actividades?	4 4,7%	7 8,1%	18 20,9%	22 25,6%	35 40,7%
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos afecta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?	3 3,5%	12 14,0%	14 16,3%	24 27,9%	33 38,4%
	Muito mau	Mau	Nem bom nem mau	Bom	Muito bom
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Como avalia o funcionamento dos seus sentidos?	3 3,5%	11 12,8%	36 41,9%	20 23,3%	16 18,6%

Domínio autonomia

No domínio autonomia, quanto à liberdade para tomar as suas próprias decisões verificou-se que os idosos dividiram-se entre “*extremamente*” (36,0%), “*bastante*” (22,1%), “*mais ou menos*” (20,9%) e “*muito pouco*” (15,1%).

Sobre o controlo do seu futuro, os idosos consideraram-no “*mais ou menos*” (38,4%) e “*bastante*” (33,7%).

Quando questionados sobre se as pessoas à sua volta os respeitam, as suas respostas distribuíram-se entre “*extremamente*” (36,0%), “*mais ou menos*” (31,4%) e “*bastante*” (23,3%).

Destes idosos estudados, 36,0% pronunciaram-se que conseguem fazer “*muito pouco*” daquilo que gostariam; 25,6 % “*médio*” e 20,9% “*nada*”. A tabela 23 representa os dados acima descritos.

Tabela 23 - Domínio autonomia da qualidade de vida dos idosos

Questões	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Tem liberdade para tomar as suas próprias decisões?	5 5,8%	13 15,1%	18 20,9%	19 22,1%	31 36,0%
Até que ponto controla o seu futuro?	4 4,7%	14 16,3%	33 38,4%	29 33,7%	6 7,0%
Sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	2 2,3%	6 7,0%	27 31,4%	20 23,3%	31 36,0%
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Até que ponto consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	18 20,9%	31 36,0%	22 25,6%	9 10,5%	6 7,0%

Domínio actividades passadas, presentes e futuras

Neste domínio (tabela 24), ao serem confrontados os idosos até que ponto estão satisfeitos com as oportunidades para outras realizações na sua vida, a opção mais assinalada foi “*médio*” com 48,8%; seguido de “*muito pouco*” com 37,2% e “*muito*” com 22,1%. Note-se que a opção “*completamente*” não foi assinalada por nenhum idoso.

O reconhecimento na vida obteve maior cotação para “*médio*” (40,7%), sendo que 2,3% dos idosos afirmaram não ter qualquer reconhecimento.

A maior parte dos idosos (58,1%) referiu estar satisfeito com o que alcançou na vida e um número significativo (24,4%) afirmou estar “*nem satisfeito nem insatisfeito*”. Ao serem questionados sobre a felicidade que podem esperar no futuro, 44,2% têm a expectativa de serem “*feliz*” e 30,2%, “*nem feliz nem infeliz*”.

Tabela 24 - Domínio actividades passadas, presentes e futuras da qualidade de vida dos idosos

Questões	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	N %	N %	N %	N %	N %
Até que ponto está satisfeito(a) com as oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	6 7,0%	32 37,2%	42 48,8%	19 22,1%	0 0,0%
Acha que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	2 2,3%	11 12,8%	35 40,7%	21 24,4%	17 19,8%
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	N %	N %	N %	N %	N %
Está satisfeito(a) com o que alcançou na sua vida?	0 0,0%	4 4,7%	21 24,4%	50 58,1%	11 12,8%
	Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
	N %	N %	N %	N %	N %
Está feliz com as coisas que pode esperar daqui para a frente?	5 5,8%	10 11,6%	26 30,2%	38 44,2%	7 8,1%

Domínio participação social

A tabela 25, revela que neste domínio os idosos ao serem confrontados se dispõem do necessário no seu dia-a-dia, o maior número de respostas situou-se no “*médio*” com 45,3%, apesar de 2,3% dos idosos mencionarem não disporem de “*nada*”.

A maneira como usufruem o tempo, foi para estes idosos debatida de forma variada: 33,7% “*satisfeito*”; 29,1% “*nem satisfeito nem insatisfeito*” e 25,6% “*insatisfeito*”.

O nível de actividade, bem como as oportunidades para realizar actividades na comunidade também obtiveram igualmente grande diversidade de respostas, respectivamente: “*insatisfeito*”, 32,6% e 29,1% ; “*nem satisfeito nem insatisfeito*”, 26,7% e 31,4% e, “*satisfeito*”, 22,1% e 25,6%.

Tabela 25 - Domínio participação social da qualidade de vida dos idosos

Questões	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Até que ponto sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	2 2,3%	10 11,6%	39 45,3%	19 22,1%	16 18,6%
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Está satisfeito(a) com a maneira como usa o seu tempo?	7 8,1%	22 25,6%	25 29,1%	29 33,7%	3 3,5%
Está satisfeito(a) com o seu nível de actividade?	8 9,3%	28 32,6%	23 26,7%	19 22,1%	8 9,3%
Está satisfeito(a) com as oportunidades que tem para participar em actividades da comunidade?	11 12,8%	25 29,1%	27 31,4%	22 25,6%	1 1,2%

Domínio morte e morrer

Os 86 idosos ao serem questionados neste domínio quanto à preocupação sobre a maneira como irão morrer, 25,6% revelaram não estar “*nada*” preocupados, ao passo que 36,0% afirmaram estar “*completamente*”.

Também o não poder controlar a sua morte, apresenta-se de forma semelhante dado que 23,3% revelou não ter medo “*nada*” e 34,9% referiu “*completamente*”. O ter “*completamente*” medo de morrer foi referido por 40,7% dos idosos e “*nada*” por 25,6%. Já o sofrimento intrínseco ao morrer, a maioria (52,3%) reportou não temer “*nada*”.

Tabela 26 - Domínio morte e morrer da qualidade de vida dos idosos

Questões	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Completamente
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Preocupa-lhe a maneira como irá morrer?	22 25,6%	15 17,4%	6 7,0%	12 14,0%	31 36,0%
Tem medo de não poder controlar a sua morte?	20 23,3%	17 19,8%	9 10,5%	10 11,6%	30 34,9%
Tem medo de morrer?	22 25,6%	12 14,0%	7 8,1%	10 11,6%	35 40,7%
Teme sofrer dor antes de morrer?	45 52,3%	15 17,4%	5 5,8%	6 7,0%	15 17,4%

Domínio intimidade

Neste domínio (tabela 27), constatou-se que nenhum dos idosos em todas as facetas abordadas assinalou a opção de resposta “*nada*”. Especificamente na questão relativa ao companheirismo, os idosos dividiram-se entre “*mais ou menos*” (29,1%), “*bastante*” (30,2%) e “*extremamente*” (31,4%).

Ao serem questionados se sentem amor na sua vida, as respostas mais assinaladas distribuíram-se igualmente por “*mais ou menos*”, “*bastante*” e “*extremamente*”, apesar de não ser na mesma ordem, com as respectivas percentagens: 23,3%; 41,9% e 30,2%.

Oportunidades para amar, bem como para ser amado dividiram-se mais uma vez pelas mesmas opções, com as respectivas percentagens: “*mais ou menos*”: 26,7%; e 33,7%; “*bastante*”: 38,4% e 32,6%; “*extremamente*” 30,2% e 26,7%.

Tabela 27 - Domínio intimidade da qualidade de vida dos idosos

Questões	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	N %	N %	N %	N %	N %
Até que ponto tem um sentimento de companheirismo na sua vida?	0 0,0%	8 9,3%	25 29,1%	26 30,2%	27 31,4%
Até que ponto sente amor na sua vida?	0 0,0%	4 4,7%	20 23,3%	36 41,9%	26 30,2%
Até que ponto tem oportunidades para amar?	0 0,0%	4 4,7%	23 26,7%	33 38,4%	26 30,2%
Até que ponto tem oportunidades para ser amado?	0 0,0%	6 7,0%	29 33,7%	28 32,6%	23 26,7%

Em síntese, a qualidade de vida dos idosos avaliada através dos domínios do WHOQOL-bref e WHOQOL-old, pode ser traduzida pela média dos scores desses mesmos domínios, calculada numa escala de 0 a 100, de acordo com as orientações da WHOQOL Group, as quais se representam pelas tabelas 28 e 29:

Tabela 28 - Domínios do WHOQOL-bref da qualidade de vida dos idosos

Domínios	Média - (dp) %	Min-Max %	Mediana %
Geral	50,7 - (20,2)	0 - 100	50,0
Físico	50,3 - (14,4)	10,7 - 82,1	50,0
Psicológico	59,0 - (13,4)	16,7 - 91,7	60,4
Relações sociais	76,3 - (23,3)	0 - 100	75,0
Meio ambiente	59,0 - (12,3)	31,3 - 90,6	59,4

Tabela 29 - Domínios do WHOQOL-old da qualidade de vida dos idosos

Domínios	Média - (dp) %	Min-Max %	Mediana %
Funcionamento Sensorial	68,8 - (26,7)	0 - 100	68,8
Autonomia	57,5 - (20,8)	0 - 93,4	62,5
Actividades passadas, presentes e futuras	57,4 - (14,8)	12,5 - 87,5	56,3
Participação Social	50,3 - (20,4)	0 - 100	50,0
Morte e morrer	48,8 - (36,0)	0 - 100	53,1
Intimidade	72,2 - (21,6)	25 - 100	75,0

Relativamente aos domínios avaliados pela escala WHOQOL-bref (tabela 28), conclui-se que é no domínio das relações sociais que os idosos apresentam melhor qualidade de vida, dado ter obtido o score mais elevado. Quanto aos restantes domínios verifica-se que os resultados dos scores são próximos, o que revela um nível satisfação semelhante nessas áreas. Note-se que para todos os domínios, a média do score foi superior a 50, o que leva a deduzir que na generalidade apresentam uma qualidade de vida razoável, já que atendendo às recomendações da WHOQOL-Group tratando-se de uma escala positiva, resultados perto de 100: melhor qualidade de vida possível, ao passo que próximo a zero: pior qualidade de vida possível (Canavarro *et al.*, 2005). Observa-se ainda que é no domínio físico, que se reflecte uma pior qualidade de vida dos idosos, pela menor pontuação obtida. Refira-se também que apesar de em alguns domínios existirem idosos que percepcionem a sua qualidade de vida retratando um score baixo (em alguns domínios até zero %), existem outros por outro lado que apresentam pontuações altas, atingindo os 100%, sugestivas de boa qualidade de vida.

Por sua vez, os domínios avaliados pelo WHOQOL-old (tabela 29), permitem concluir que é no domínio da intimidade e do funcionamento dos sentidos, que os idosos apresentam melhor qualidade de vida, por se ter obtido os scores superiores. Note-se igualmente que os restantes domínios cujos scores são inferiores, apresentam valores aproximados, rondando o valor 50, também sugestivos de níveis de satisfação de qualidade de vida semelhante e razoável. Verifica-se ainda que o domínio morte e morrer, pelo score mais baixo, indica que neste domínio a qualidade de vida é percepcionada de forma menos

satisfatória. Mais uma vez, é possível encontrar nos vários domínios, idosos que percebem a sua qualidade de vida representada por um score baixo, atingindo mesmo os zero %, ao passo que outros atingiam por scores altos, inclusive 100%, o que é indicador de qualidade de vida.

De forma generalizada, pode-se dizer que os idosos estudados apresentam uma qualidade de vida razoável nos domínios avaliados, sendo que é no campo das relações sociais, intimidade e funcionamento dos sentidos, que se evidencia a melhor qualidade de vida dos mesmos.

Cuidadores e percepção da qualidade de vida

A percepção da qualidade de vida de cada um, ou seja, a auto-avaliação que o sujeito faz da sua qualidade de vida, corresponde a uma avaliação subjectiva e complexa dos indicadores percebidos, que englobam uma série de domínios, tal como foi estudado nos cuidadores de idosos (Paúl, 2005).

Domínio qualidade de vida geral

No domínio geral (tabela 30), os cuidadores na sua maioria (54,1%) ao serem confrontados sobre a sua qualidade de vida consideraram-na “boa”, apesar de alguns também se reportarem à mesma como “ *muito má* ”(6,6%) e “*má* ”(4,9%).

Quanto ao grau de satisfação com a saúde, os dados demonstram ser mais diversos, já que 36,1% mencionou estar “*satisfeito* ”; 24,6% “*nem satisfeito nem insatisfeito* ” e 21,3%, “*muito satisfeito* ”, embora 9,8% revelou estar “*muito insatisfeito* ” e 8,2% “*insatisfeito* ”.

Tabela 30 - Domínio qualidade de vida geral dos cuidadores

Questões	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Como avaliaria a sua qualidade de vida?	4 6,6%	3 4,9%	20 32,8%	33 54,1%	1 1,6%

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?	6 9,8%	5 8,2%	15 24,6%	22 36,1%	13 21,3%

Domínio físico

Neste domínio (tabela 31), as dores físicas parecem impedir os cuidadores a realizar determinadas tarefas no dia-a-dia, dado que 55,7% dos inquiridos afirmou que estas os afectam “*muitíssimo*”. Contudo, ao pronunciarem-se sobre os cuidados médicos verificou-se que muito embora uma minoria (6,6%) tenha referido que não precisam destes “*nada*” ou “*pouco*”, existem aqueles que carecem destes da seguinte forma: 31,1%, “*muito*”; 29,5%, “*nem muito nem pouco*” e 26,2% “*muitíssimo*”.

Ao serem questionados se dispõem de energia suficiente no quotidiano, os dados variam, pois 37,7% referiu “*bastante*”, 32,8% “*completamente*” e 21,3% “*moderadamente*”.

A mobilidade dos cuidadores foi considerada na generalidade “*muito boa*” (54,1%) e “*boa*” (32,8%).

O sono demonstrou de certo modo um estado satisfatório, pois 31,1% dos cuidadores encontravam-se “*satisfeito*”, 29,5% “*muito satisfeito*” e 26,2% “*nem satisfeito nem insatisfeito*”.

No que confere à capacidade para desempenhar actividades na sua vida diária, bem como a capacidade para o trabalho dos cuidadores as opções mais seleccionadas para ambas foram “*satisfeito*”, com respectivamente 45,9% e 44,3%.

Tabela 31 - Domínio físico da qualidade de vida dos cuidadores

Questões	Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	4 6,6%	3 4,9%	7 11,5%	13 21,3%	34 55,7%
Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	4 6,6%	4 6,6%	18 29,5%	19 31,1%	16 26,2%
	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1 1,6%	4 6,6%	13 21,3%	23 37,7%	20 32,8%
	Muito má	Má	Nem boa nem boa	Boa	Muito boa
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1 1,6%	1 1,6%	6 9,8%	20 32,8%	33 54,1%
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	5 8,2%	3 4,9%	16 26,2%	19 31,1%	18 29,5%
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1 1,6%	2 3,3%	14 23,0%	28 45,9%	16 26,2%
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1 1,6%	3 4,9%	15 24,6%	27 44,3%	15 24,6%

Domínio psicológico

“*Muito*” é o gosto pela vida, aliado ao sentido atribuído à vida, pela maioria dos cuidadores, com respectivamente 55,7% e 62,3%.

Quanto à capacidade de concentração dos cuidadores inquiridos, apesar de 1 destes ter afirmado não se conseguir concentrar “*nada*”, 11,5% referiu “*pouco*” e “*nem muito nem pouco*”, ao passo que 34,4% “*muito*” e 41,0% “*muitíssimo*”.

Alguns cuidadores demonstraram insatisfação com a sua aparência física, porém observou-se que as opções de resposta mais significativas para estes foram “*bastante*” e “*moderadamente*” com 42,6% e 34,4%.

Outro dos itens abordados neste domínio reporta-se sobre a satisfação para consigo próprio, a qual revelou que 42,6% se encontravam “*satisfeito*” e 32,8% “*nem satisfeito nem insatisfeito*”.

Quanto à existência de sentimentos negativos, os dados revelaram que 49,2% apresenta-os “*algumas vezes*”, 23,0% “*poucas vezes*” e 21,3% “*frequentemente*”.

Tabela 32 - Domínio psicológico da qualidade de vida dos cuidadores

Questões	Nada N %	Pouco N %	Nem muito nem pouco N %	Muito N %	Muitíssimo N %
Até que ponto gosta da sua vida?	3 4,9%	3 4,9%	14 23,0%	34 55,7%	7 11,5%
Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	3 4,9%	0 0,0%	12 19,7%	38 62,3%	8 13,1%
Até que ponto se consegue concentrar?	1 1,6%	7 11,5%	7 11,5%	21 34,4%	25 41,0%
	Nada N %	Pouco N %	Moderadamente N %	Bastante N %	Completamente N %
É capaz de aceitar a sua aparência física?	2 3,3%	3 4,9%	21 34,4%	26 42,6%	9 14,8%
	Muito insatisfeito N %	Insatisfeito N %	Nem satisfeito nem insatisfeito N %	Satisfeito N %	Muito satisfeito N %
Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1 1,6%	4 6,6%	20 32,8%	26 42,6%	10 16,4%

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
	N %	N %	N %	N %	N %
Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	3 4,9%	14 23,0%	30 49,2%	13 21,3%	1 1,6%

Domínio relações sociais

Neste domínio (tabela 33), ao serem confrontados os cuidadores sobre as suas relações pessoais, bem como o apoio que recebem dos seus amigos, constatou-se que a maioria revelou estar “*satisfeito*” e “ *muito satisfeito*”, tal como os dados indicam respectivamente: 49,2% e 36,1%; 45,9% e 37,7%.

Ao pronunciarem-se sobre a sua vida sexual, as opções com maior número de resposta foram “*nem satisfeito nem insatisfeito*” e “*satisfeito*”, com 47,5% e 37,7%.

Tabela 33 - Domínio relações sociais da qualidade de vida dos cuidadores

Questões	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	N %	N %	N %	N %	N %
Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	2 3,3%	1 1,6%	6 9,8%	30 49,2%	22 36,1%
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	4 6,6%	2 3,3%	29 47,5%	23 37,7%	3 4,9%
Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1 1,6%	3 4,9%	6 9,8%	28 45,9%	23 37,7%

Domínio meio ambiente

No domínio meio ambiente (tabela 34), ao serem questionados sobre a segurança na sua vida, 50,8% mencionou sentir-se “ *muito* ” seguros. Relativamente ao seu ambiente físico ser saudável, apesar de 47,5% concordarem em que este seja “ *muito* ”, 19,7% consideram-no ser “ *muitíssimo* ” ou “ *nem muito nem pouco* ” e, 11,5% “ *pouco* ”.

Questionados sobre a sua situação económica, isto é, se tem dinheiro suficiente para as suas necessidades, verificou-se que nenhum dos inquiridos referiu ter “ *nada* ”, sendo que 44,3% mencionou ter “ *moderadamente* ” e 26,2% “ *bastante* ”.

No campo das informações, os cuidadores dividiram-se sobretudo entre “ *moderadamente* ”, com 47,5% e “ *bastante* ”, com 44,3%. Ter “ *moderadamente* ” (36,1%) e “ *bastante* ” (36,1%) oportunidades de lazer foram as respostas mais assinaladas pelos cuidadores neste âmbito.

Sobre as condições do local onde moram, verificou-se que embora 9,8% dos cuidadores se encontrassem “ *insatisfeitos* ”; 44,3% estavam “ *muito satisfeitos* ” e 34,4% “ *satisfeitos* ”.

Nenhum dos inquiridos demonstrou estar “ *muito insatisfeito* ” com os serviços de saúde, apesar de 8,2% afirmarem estar “ *insatisfeitos* ”. Ainda a este respeito, “ *nem satisfeito nem insatisfeito* ” foi o que revelaram 39,3%, ao passo que 36,1% já o disseram estar “ *satisfeitos* ”. Concordaram 45,9% dos cuidadores inquiridos relativamente ao meio de transporte utilizado estarem “ *nem satisfeitos nem insatisfeitos* ” e 42,6% “ *satisfeitos* ”.

Tabela 34 - Domínio meio ambiente da qualidade de vida dos cuidadores

Questões	Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1 1,6%	11 18,0%	12 19,7%	31 50,8%	6 9,8%
Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1 1,6%	7 11,5%	12 19,7%	29 47,5%	12 19,7%

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	0 0,0%	7 11,5%	27 44,3%	16 26,2%	11 18,0%
Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1 1,6%	3 4,9%	29 47,5%	27 44,3%	1 1,6%
Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	6 9,8%	10 16,4%	22 36,1%	22 36,1%	1 1,6%
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	N	N	N	N	N
	%	%	%	%	%
Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	0 0,0%	6 9,8%	7 11,5%	21 34,4%	27 44,3%
Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	0 0,0%	5 8,2%	24 39,3%	22 36,1%	10 16,4%
Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1 1,6%	1 1,6%	28 45,9%	26 42,6%	5 8,2%

Também no caso do cuidador a qualidade de vida avaliada pelo WHOQOL-bref pode ser apresentada pela média dos scores dos domínios, calculada numa escala de 0 a 100, de acordo com as orientações da WHOQOL Group, tal como se verifica na tabela 35.

Tabela 35 - Domínios do WHOQOL-bref da qualidade de vida dos cuidadores

Domínios	Média - (dp) %	Min-Max %	Mediana %
Geral	61,3 - (21,3)	0 - 87,5	62,5
Físico	73,4 - (18,2)	10,7 - 100	75,0
Psicológico	65,0 - (17,2)	0 - 91,67	66,7
Relações Sociais	71,4 - (18,3)	8,3 - 100	75,0
Meio ambiente	63,8 - (14,2)	15,6 - 87,5	65,6

Em síntese, relativamente à qualidade de vida dos cuidadores de idosos, conclui-se que é no domínio físico e relações sociais que estes percebem melhor a sua qualidade de vida, por apresentar o score mais elevado. Em contrapartida, é no domínio geral, que se constatou piores níveis de qualidade de vida. Nos restantes domínios, verificou-se que os scores apresentam valores semelhantes, sempre superiores a 50, o que traduz uma qualidade de vida razoável. Tal como nos idosos, foi possível encontrar cuidadores que percebem a sua qualidade de vida através de um score baixo (inclusive zero %) e cuidadores que auto-avaliam a sua qualidade de vida por meio de um score alto, nomeadamente 100%.

6.3 - Funcionalidade das famílias de idosos

Em situações de doença crónica ou estadios terminais, onde se pode incluir os idosos com dependência, exige que as suas famílias tenham de alterar os seus modos de funcionamento para lidar e adaptar-se ao decurso da doença. Neste contexto, é crucial a funcionalidade familiar, a qual se conseguida vai de facto interferir na forma como a família integra essa crise e a na reorganização a adoptar (Martins, 2004).

No estudo em questão, nos componentes adaptação, companheirismo, desenvolvimento e afectividade verificou-se que a resposta mais assinalada pelos idosos foi “*sempre*” com as respectivas percentagens: 46,5%; 40,7%; 38,4% e 38,4%. Constatou-se também que a opção menos assinalada nessas mesmas componentes foi “*nunca*” com percentagens de 2,3%; 3,5%; 4,7% e 3,5%.

respectivamente. Note-se igualmente para estas componentes, das opções de resposta desde “*nunca*” até ao “*sempre*”, caminharam num sentido de aumento gradual do número respostas assinaladas por parte dos idosos.

Quanto à componente capacidade resolutive, observou-se um maior número de respostas (36,0%) em “*algumas vezes*”, ao passo que “*sempre*” apresentou o menor número (10,5%).

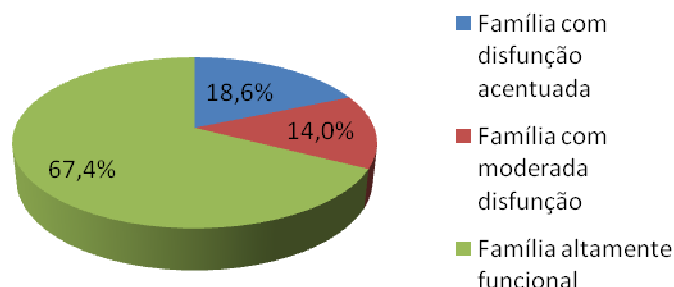
A tabela 36 sintetiza os dados obtidos relativamente a cada uma das componentes do APGAR familiar:

Tabela 36 - Componentes do APGAR Familiar

Componentes do Apgar Familiar	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
	N %	N %	N %	N %	N %
Componente Adaptação	2 2,3%	10 11,6%	13 15,1%	21 24,4%	40 46,5%
Componente Companheirismo	3 3,5%	10 11,6%	13 15,1%	25 29,1%	35 40,7%
Componente Desenvolvimento	4 4,7%	8 9,3%	17 19,8%	24 27,9%	33 38,4%
Componente Afectividade	3 3,5%	12 14,0%	18 20,9%	20 23,3%	33 38,4%
Componente Capacidade Resolutiva	12 14,0%	11 12,8%	31 36,0%	23 26,7%	9 10,5%

Totalizando e agrupando os scores das respostas dos idosos, obteve-se uma representação numérica que se relaciona directamente com a condição de funcionalidade familiar, a qual é passível da seguinte classificação: família altamente funcional (13 a 20 pontos); família com moderada disfunção familiar (9 a 12 pontos); família com disfunção acentuada (0 a 8 pontos) (Duarte *et al.*, 2001; Smilkstein, 1978). O gráfico 2 que se segue demonstra em termos percentuais os dados obtidos:

Gráfico 2 - Classificação do APGAR familiar



Atendendo aos dados expostos, verifica-se que a maioria dos idosos (67,4%) apresenta uma família altamente funcional.

Pela análise dos dados, conclui-se que a amostra foi constituída na sua maioria por idosos: do género feminino, de idades compreendidas entre 80-85 anos, católicos praticantes, com escolaridade ensino básico, viúvos, com pelo menos uma patologia e outras queixas de saúde, ligeiramente dependentes. Os cuidadores foram predominantemente mulheres, filhos(as) dos idosos, de idades entre 16-64 anos, católicos praticantes, com escolaridade universitária, casados/união de facto, aposentados ou com ocupação. A maioria revelou o seu estado de saúde actual como “*regular*”, “*igual*” há 5 anos atrás e às pessoas da sua idade, referindo pelo menos uma patologia. Relativamente à qualidade de vida dos idosos, verificou-se que é razoável, tendo-se constatado uma melhor qualidade de vida no domínio das relações sociais, intimidade e funcionamento sensorial, contrariamente ao domínio físico e morte e morrer que reflectem uma pior qualidade de vida. Para os cuidadores, conclui-se que se trata de uma qualidade de vida razoável, sendo no domínio físico e relações sociais que estes perceberam de forma mais positiva a sua qualidade de vida, enquanto o domínio geral foi o sugestivo de menor satisfação. A funcionalidade destas famílias foi classificada na maioria pelos idosos como altamente funcionais.

7 - DISCUSSÃO

Segundo Carpenter e Streubert (2002), é importante efectuar uma revisão da literatura depois de realizada a análise dos dados, de forma *“a expor como é que os resultados se encaixam no que já é conhecido do assunto, pretendendo confirmar ou argumentar resultados existentes”* (Carpenter, Streubert, 2002, p.23).

Decorrida a fase de análise dos dados obtidos, irá agora procurar-se identificar as dinâmicas das famílias de idosos dependentes da quarta idade, a partir das questões de investigação apresentadas no desenvolvimento metodológico e dos resultados de outros estudos e/ou perspectivas de vários autores, relativamente às temáticas em análise.

As características sócio-demográficas, estado de saúde e capacidade funcional dos idosos dependentes na quarta idade alvo de cuidados em contexto familiar

Das 86 famílias de idosos sobre as quais exploramos as nossas variáveis, 25 pertenciam a famílias unipessoais, ao passo que as restantes eram famílias nucleares onde um membro se assumia como cuidador ao idoso. Tais dados vão de encontro ao que é divulgado pelo INE (2004, p.4): *“A proporção de famílias com idosos registou um aumento de 1,6 pontos percentuais, passando a representar 32,6% do total de famílias em 2001, das quais mais de metade (17,5%) se referiam a famílias só de idosos (14,9% em 1991) e onde, simultaneamente, se verificou um aumento de 2,6 pontos percentuais.”* Aliás, atendendo à mesma fonte em Portugal (2004), entre 1991 e 2001, verificou-se um crescimento acentuado da população com 65 ou mais anos de idade, o que

será bastante plausível, pois para além do aumento do número de famílias unipessoais de idosos, se observou também uma subida do número de famílias com idosos.

Acrescente-se a informação que em 2001, do total de famílias só de idosos, a grande maioria (50,5%) correspondem a famílias unipessoais, compostas por um idoso a viver sozinho, destacando-se de entre estas as famílias de uma idosa (39,5%). As famílias formadas por dois idosos ou seja casais de idosos, foram também uma realidade frequente com 48,1% do total de famílias só de idosos. Tais dados demonstram que a coabitação é reduzida e levam a concluir que o número de famílias de idosos está a aumentar e as famílias multigeracionais a diminuir (INE, 2002 *b,c*).

Destes idosos inquiridos, 70,9% pertenciam ao género feminino e os restantes ao género masculino (29,1%). Estes dados não são de admirar, já que atendendo ao cenário nacional de acordo ainda com dados do INE (2002 *c*; 2005) a longevidade feminina é uma constatação, pois os idosos ao constituírem 16,4 % da população em geral, são na sua maioria do sexo feminino (59,0%), com uma esperança média de vida de 79,4 anos para as mulheres e 72,4 para os homens.

O facto de as mulheres viverem mais tempo que os homens deve-se a razões de índole biológica, tais como serem mais resilientes durante a infância; na vida adulta pelo menos até à menopausa, possuírem a protecção das hormonas quanto à predisposição para doenças cardíacas. Para além disso, enumeram-se razões de natureza social, como a predominante exposição dos homens a trabalhos de risco, aliado aos estilos de vida mais saudáveis adoptado maioritariamente pelas mulheres (os homens têm maior tendência em fumar e beber) e também, as mulheres procurarem com maior frequência assistência médica e possuírem maior nível de apoio social (WHO, 1999 *a*)).

Outros estudos vão de encontro a estes dados tais como Amado *et al.* (2000); Dalgalarrrondo e Floriano (2007); Figueiredo *et al.* (2003); Lucas e Pacheco (2000).

Apesar do INE (2002 *c*)) informar que a esperança média de vida é de 79,4 anos para as mulheres e 72,4 para os homens, tal como já foi acima mencionado, na presente investigação a amostra estudada eram idosos com idade igual ou

superior a 80 anos. Atendendo à classificação de Paúl (1997), a maioria dos idosos (55,8%) em estudo situavam-se nos *idosos-idosos* (indivíduos entre os 76 e os 85 anos), enquanto os restantes 44,2% nos *muito idosos* (indivíduos com mais de 86 anos), dados estes muito semelhantes aos revelados em Amado *et al.* (2000); Dalgarrondo e Floriano (2007); Figueiredo *et al.* (2003); Lucas e Pacheco (2000).

Refira-se ainda que o crescimento dentro da população idosa, não é homogéneo, o grupo dos mais idosos (80 e mais anos), é o que tem evidenciado o mais rápido crescimento, com taxas superiores em todo o mundo e em Portugal, a qual nomeadamente, quadriplicou no período entre 1960-2004 (INE, 2005; WHO, 2002).

Monteiro (2004) afirma que a religiosidade e espiritualidade têm uma dimensão central na vida de um grande número de idosos, estando intimamente relacionada ao surgimento, à manutenção e às possibilidades de atenuar qualquer tipo de perturbação da saúde física e mental. Constitui uma fonte importante de suporte emocional, onde as práticas religiosas podem contribuir decisivamente para o bem estar na velhice. Compreende-se e justifica-se deste modo que dos inquiridos, 97,7% afirmaram ter religião, nomeadamente a católica, apesar de que desses apenas 4,7% mencionarem não serem praticantes. Estes dados também vão de encontro ao divulgado pelos últimos Censos (INE, 2002 c)), onde grande maioria da população tem religião e nomeadamente, a religião católica.

Apesar de estar em plano descendente, a taxa de iliteracia entre os idosos, de acordo com o INE (2002 c)) ainda permanece elevada (55,1%). No grupo entrevistado, a taxa de analfabetismo foi de 25,6%, apresentando a maioria 52,3% o ensino básico, estando os restantes distribuídos por níveis de escolaridade superior. Também os estudos de Amado *et al.* (2000); Dalgarrondo e Floriano (2007); Figueiredo *et al.* (2003); Lucas e Pacheco (2000), demonstram o baixo nível de escolaridade dos idosos.

Relativamente ao estado civil, os idosos dividiram-se sobretudo entre os casados/união de facto (30,2%) e viúvos (51,2%). Outra particularidade é que a maioria (76,7%) destes tiveram filhos (variando em número entre 1 a 5), porém

23,3% destes afirmaram não ter tido filhos. A literatura existente (Figueiredo, 2007) sugere o mesmo, ao afirmar que na generalidade a pessoa idosa que recebe cuidados tende a ser normalmente do sexo feminino (como descrito), casada, viúva e com filhos, tal como se observa nas pesquisas de Amado *et al.* (2005 *a*; *b*), Lucas e Pacheco (2000) e Sampaio (2006).

Embora 8,1% dos idosos mencionarem ser saudável, os restantes referiram ter pelo menos uma patologia associada. A população idosa retrata uma faixa etária onde residem uma multiplicidade de problemas de saúde e não apenas um em particular, com tendência para o predomínio de doenças crónicas, estando mesmo comprovado empiricamente, o aumento exponencial da doença com a idade, como nos estudos de Ermida (1999) e Hall *et al.* (1997). Assim, a maioria dos idosos sofrem de uma variedade de problemas de saúde tais como doenças osteo-articulares, doenças cardiovasculares, hipertensão, problemas digestivos, distúrbios sensoriais, doença de Alzheimer ou outra demência, diabetes, cancro, entre outras (Figueiredo, 2007). Aliás, em 2004 durante a Conferência Mundial sobre Envelhecimento realizado em Genebra, Kalache afirmou que o envelhecimento da população virá ser acompanhado de um número de doenças crónicas não transmissíveis, tais como as cardiovasculares, diabetes, doença de Alzheimer e outras afecções de saúde mental relacionadas ao envelhecimento, cancro, neuropatias e problemas do aparelho locomotor.

O presente estudo, confirma as citações anteriores, já que os diagnósticos médicos mais predominantes nos idosos foram osteoporose (66,3%), hipertensão arterial (53,5%), cardiopatia (31,4%), diabetes mellitus (25,6%) e sequela de AVC (19,8%). Nos estudos levados a cabo por Botelho (2000), Capelo (2000) e Dalgalarrrondo e Floriano (2007), verificou-se igualmente que estes foram os principais diagnósticos.

Ainda no contexto da patologia crónica das pessoas idosas, tendencialmente não se tem grande consideração pelas deficiências visuais e auditivas, problemas de saúde oral, limitações físicas incapacitantes e imobilidade, bem como as alterações no padrão de sono, os quais desencadeiam igualmente problemas frequentes e graves de saúde da população idosa com consequências ao nível de

isolamento, estado nutricional e em todo o seu equilíbrio biopsicossocial (DGS, 2006; Espinheira *et al.*, 2009).

Dos idosos inquiridos, 76 manifestaram queixas neste domínio, sendo que 35 mencionaram uma queixa; 20, duas queixas e 21, três queixas de saúde. As queixas por estes mencionadas foram as seguintes: visão (64,0%), mobilidade (40,7%), audição (32,6%), insónia (10,5%), obstipação (9,3%) e incontinência fecal/urinária (3,5%).

Tais situações são de se esperar e justificam-se pela ocorrência frequente de determinadas alterações estruturais e funcionais do envelhecimento, nomeadamente as que afectam os sistemas sensoriais, em particular a visão e audição, as quais irão comprometer o seu contacto com o ambiente pela diminuição auditiva, redução da acuidade visual, diminuição da adaptação à iluminação insuficiente e à visão nocturna. A imobilidade é uma outra particularidade importante, pela diminuição da actividade muscular e mobilidade de diversas articulações e consequentemente, redução do tónus muscular e da coordenação sensório-motora menos eficiente. A ocorrência da incontinência deve-se à diminuição da motilidade do intestino, retardar da evacuação e relaxamento da musculatura pélvica. A insónia, tende a ocorrer por alterações nos ritmos biológicos e sono (modificação das fases do sono, períodos mais frequentes de sono ligeiro, diferente repartição das horas de sono) (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007).

Relativamente ao grau de dependência, conseguiu-se avaliar a capacidade funcional do indivíduo pela Escala de Barthel, através da obtenção de uma pontuação, variando esta de forma inversamente proporcional ao grau de dependência. Com a amostra estudada obteve-se a média de 73,4 pontos (desvio padrão: 23,40), valor mínimo de 5, máximo de 90 e mediana de 85,0 pontos. Atendendo à classificação adoptada por Sequeira (2007), 82,6% destes idosos foram denominados ligeiramente dependentes, ao passo que os restantes foram classificados como moderadamente, severamente e totalmente dependentes, com 5,8%. Tais dados assemelham-se ao estudo revelado por Fernandes *et al.* (2009), onde verificaram que para os idosos estudados houve predomínio dos dependentes ligeiros (53,85%), seguidos dos moderados (23,08%), apesar de que

a média foi significativamente inferior, com 53,9 pontos, sugestivo de maior dependência que no presente estudo, valor mínimo de zero, máximo de 95, mediana 60,0 pontos (desvio padrão 24,5).

Estes dados não surpreendem, pois atendendo ao que Paúl (1997) refere, cerca de 15,0% dos idosos encontram-se semi-dependentes pela perda gradual das capacidades físicas, patológicas e cognitivas, que decorrem do processo normal de senescência em idades avançadas. Dados semelhantes são os também fornecidos pelo Observatório Nacional de Saúde (2002), que divulgou que 8,3% dos idosos a viver permanentemente em casa acamados, sentados ou sem a possibilidade de sair e 12,0% dependentes de ajuda, para a realização de tarefas diárias como movimentar-se, vestir-se, fazer refeições e ir à rua. A OMS (WHO, 1999 *b*)), por sua vez, revela que no nosso país a proporção de indivíduos com 65 ou mais anos, em situação de dependência era de 7,3 % em relação à pessoa idosa.

Relativamente às actividades que exigem maior dependência no estudo em questão foram o banho (93,0%), higiene corporal (48,8%) e o vestir, onde requerem ajuda 68,6% dos idosos. Emergem também dificuldades nos idosos em assegurar por si muitas actividades relativas à mobilidade, o que conduz também à sua dependência.

Cerqueira *et al.* (2004) e Figueiredo (2007), sugerem que as tarefas que se prendem com maior dependência são essencialmente aquelas relacionadas com a provisão directa de serviços relativas às actividades de vida diária (cuidados na higiene pessoal, apoio no vestir, mobilidade, alimentação, etc.) e às actividades instrumentais de vida diária (transporte, compras, tarefas domésticas, preparação das refeições, gestão financeira, administração de medicamentos). Lucas e Pacheco (2000) revelaram que as actividades de vida diária onde se evidenciam as maiores dependências foram o banho com 48,8% dos idosos e no vestir com 20,9%, tal como na pesquisa de Sampaio (2006), o que vai de encontro ao demonstrado no presente estudo.

A percepção da qualidade de vida e saúde dos idosos dependentes na quarta idade alvo de cuidados em contexto familiar

Ser idoso é uma condição dos indivíduos, à qual só alguns têm o privilégio de experimentar quando atingem vidas longas. A aspiração de atingir qualidade de vida quando se alcança esta condição será ainda um feito de maior dificuldade de concretização. Avaliar se estes indivíduos dispõem ou não de qualidade de vida através da sua própria percepção, ou seja, a auto-avaliação que o sujeito faz da sua condição de vida, corresponde a uma avaliação subjectiva e complexa dos indicadores biológicos, psicológicos, sociais, ambientais percebidos, entre outros. Os estímulos experienciados por cada um são interpretados em função das expectativas individuais e sociais, sendo assim talvez o indicador mais valioso do bem estar do indivíduo e como tal, justifica-se a sua importância numa abordagem no contexto do envelhecimento (Paúl, 2005).

O WHOQOL-bref permitiu através das suas 26 perguntas retratar a percepção do próprio idoso sobre a sua qualidade de vida em geral e saúde, bem como nos quatro domínios que compõem o instrumento, que ilustram o entendimento de que a qualidade de vida é um produto da interacção de diversas áreas independentes da vida do indivíduo. O questionário conduziu à obtenção de um score para cada um dos domínios que o compõem, os quais podem oscilar entre 0 a 100. Isto significa que resultados mais perto de 100: melhor qualidade de vida possível, ao passo que próximo a zero: pior qualidade de vida possível (Canavarro *et al.*, 2005).

Relembre-se que cada domínio apresenta vários subdomínios (ou facetas) relativos a áreas da qualidade de vida de forma sintetizada. Por sua vez, cada faceta reporta-se à descrição de um comportamento, estado, capacidade, percepção ou experiência subjectivas (Canavarro *et al.*, 2005).

Na presente pesquisa relativamente à qualidade de vida dos idosos, constatou-se pela análise dos resultados que os scores dos vários domínios apresentam valores muito semelhantes, superiores a 50, à excepção do domínio relações sociais, que é significativamente superior. Informe-se novamente que os valores

para os vários domínios são os seguintes: geral (50,7); físico (50,3); psicológico (59,0); relações sociais (76,3) e meio ambiente (59,0). Estes dados levam a concluir que estes idosos de uma maneira geral apresentam uma qualidade de vida razoável, ou seja, uma qualidade de vida nem muito boa, nem muito má.

Assemelham-se a estes resultados, os estudos de Xavier e colaboradores (2003), desenvolvido com idosos acima dos 80 anos, no Brasil, em que do total de sujeitos entrevistados a maioria (57,0%) classificaram a sua qualidade de vida como positiva e no de Sampaio (2006), ao estudar a qualidade de vida de uma população de idosos de um meio urbano do Porto, com 65 ou mais anos de idade, em que se verificou que estes apresentaram uma favorável qualidade de vida.

Também Ceco *et al.* (2006) ao se dedicar ao estudo da qualidade de vida dos idosos aplicando o mesmo instrumento, os resultados revelaram igualmente que os idosos percepcionaram a sua qualidade de vida como positiva em todos os domínios.

Chachamovich *et al.* (2006 *a*)), ao estudarem a percepção de qualidade de vida do idoso avaliada pelo próprio idoso e pelo cuidador através do WHOQO-100, obtiveram do mesmo modo scores sugestivos de qualidade de vida (valores sempre superiores a 50), muito embora tenham apresentado para os domínios físico, psicológico, meio ambiente e geral, uma pontuação mais elevada, o que reflecte uma qualidade de vida superior. Contudo, para o domínio relações sociais, já não se verifica o mesmo, uma vez que os idosos do presente estudo apresentaram uma pontuação superior ao dito estudo.

Situação idêntica ocorre no estudo levado a cabo por Silva (2008), aplicando o instrumento WHOQOL-bref, onde os idosos percepcionaram a sua qualidade de vida de forma favorável, com resultados sempre superiores a 50, sendo que todos os domínios à excepção do das relações sociais e do meio ambiente apresentaram pontuações superiores ao do estudo em questão.

Comparando a qualidade de vida destes idosos à população em geral estudada nos estudos psicométricos pelo instrumento WHOQOL-bref (para português de Portugal), desenvolvido por Canavarro *et al.* (2005), verifica-se que os idosos

questionados apresentaram índices inferiores aos da população em geral para todos os domínios, o que não é de estranhar atendendo ao declínio e comprometimento que este grupo etário está sujeito nos variados aspectos de vida que emergem sobretudo da *“perda progressiva das capacidades físicas, alterações dos problemas sensoriais, perceptivos e afectivos, da transformação da auto-imagem e no papel social, da perda de autonomia e da diminuição de contactos sociais relacionados com o isolamento, trabalho, os tempos livres e a família”* (Imaginário, 2004, p.51).

O domínio físico ao ter apresentado o resultado mais baixo é compreensível, uma vez que se se lembrar que este se reporta ao conjunto de facetas relativas a experiências de dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, actividades de vida diária, dependência de medicação ou tratamentos e capacidade para o trabalho, aspectos estes fortemente comprometidos com o avançar da idade, que atingem e influenciam negativamente o grupo etário dos idosos. De facto, à medida que a pessoa vai envelhecendo acentuam-se perdas biológicas, alteram-se padrões metabólicos, ocorrem perdas progressivas na memória, cognição, comunicação, que podem ser agravados por problemas orgânicos e psicológicos, os quais interferem nos aspectos acima citados, que compõem o domínio físico. A proximidade da morte, a incerteza em relação a doenças, o risco crescente de dependência e da perda da capacidade funcional e de autonomia associado ao comprometimento nas actividades de vida diária nos mais variados aspectos são factores importantes na determinação das perdas e do senso de auto-eficácia e como tal, na determinação da qualidade de vida dos sujeitos (Trentini, 2004).

A este propósito, refira-se que no estudo de Cecon *et al.* (2006), foi no domínio físico que se verificou a maior influência na qualidade de vida geral. Também Figueiredo *et al.* (2003) descreveram nos seus resultados quatro factores básicos que explicam 65,0% da variância da avaliação da qualidade de vida: actividades de vida diária e bem estar, mobilidade e comunicação.

Se por um lado se assistiu a uma percepção sugestiva da menor satisfação do estado físico do idoso, pela menor pontuação, por outro lado constatou-se que no domínio das relações sociais, apresentou-se a cotação máxima de 76,3. Tal

facto é importante, pois este domínio ao referir-se às relações pessoais e apoio social, levam a concluir que estes sujeitos idosos encontram-se satisfeitos a este nível, o que se reflecte na sua qualidade de vida. Muito embora, se saiba que esta etapa de vida é caracterizada por transformações a nível dos papéis sociais, laboral, familiar e ocupacional, uma vez que é marcada decisivamente pela perda de papéis activos, nomeadamente o profissional, implicando também a diminuição de rendimentos económicos e contactos sociais, e maior tempo livre, o que leva a que o indivíduo reveja os seus valores, rotinas e objectivos, impondo o reajuste às novas situações. A participação social por parte do idoso tende a ser circunscrita a redes sociais mais pequenas, sendo habitualmente eleitos os mais chegados, como a família e os amigos. Todavia, em alguns casos esta participação social pode estar comprometida, no caso de apresentar algum tipo de dependência, conjuntamente com a limitação cognitiva e funcional que poderão apresentar. Tais situações poderão despoletar no idoso sentimentos de medo, inutilidade e abandono, acabando por adquirir um comportamento de isolamento e solidão, que tantas vezes colmata com a depressão, e que leva a desenvolver uma imagem negativa da velhice. Porém, os resultados obtidos parecem pressupor a existência de uma rede social de apoio informal e/ou formal, constituída por familiares, vizinhos, amigos e outras entidades responsáveis que garantam suporte e que façam ultrapassar as vivências acima descritas, dado o score obtido. Além disso, é sabido que a rede social pode revelar-se como um bom indicador de saúde mental, um óptimo prognóstico de bem estar, potenciador da manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo, por facilitar o confronto e resolução de acontecimentos de vida difíceis e/ou amortecer o seu impacto, quebrando o isolamento próprio da idade, contribuindo para um sentido de integração e como tal, para o desenvolvimento de uma série de actividades que fazem com que o idoso se sinta ainda como um elemento válido para a sociedade e noutras vezes apoio nas situações debilitantes de dependência, o que é por sua vez compensador das transformações sociais experienciadas na velhice (Amado *et al.* a), 2005; Imaginário, 2004; Sequeira, 2007).

Por assim ser, a existência de redes de suporte sociais é um dado fundamental para a qualidade de vida dos idosos. A satisfação destes idosos no domínio das relações sociais vem reforçar os resultados obtidos por Bowling e colaboradores

(*cited in* Amado, 2005), Browne e colaboradores (1994), Fernandes (1996), Jaques (2005) e Xavier e colaboradores (2003), que demonstraram que factores no âmbito social são destacados pelos idosos, entre outros, como fundamentais para a qualidade de vida.

Relativamente ao domínio geral, contemplado por duas perguntas, sendo uma relativa à avaliação global da qualidade de vida, os dados demonstraram que os idosos na sua maioria (59,3%) a consideraram “*nem boa nem má*”, o que reforça mais uma vez o descrito anteriormente sobre estes idosos apresentarem uma qualidade de vida razoável face aos vários domínios avaliados. Estes dados revelaram também ser muito semelhantes à pesquisa levada a cabo por Amado *et al.* (2005 *b*)) em “Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses”, onde igualmente houve predominio da resposta “*nem boa nem má*” com 41,0% das respostas. O panorama da outra questão que compõe o mesmo domínio sobre a satisfação com a saúde mostrou que os idosos parecem mais indagados com a mesma, dado se terem dividido de forma idêntica entre “*nem satisfeito nem insatisfeito*” (30,2%), “*insatisfeito*” (25,6%) e “*satisfeito*” (22,1%), como com Amado *et al.* (2005 *b*)), respectivamente com os seguintes dados 22,0%; 21,0% e 15,0%. Tal resultado não é de admirar, pois os idosos estudados são acometidos por determinadas doenças, aliado a que a faixa etária dos idosos é mais vulnerável ao aparecimento de doenças crónicas, estando comprovado o aumento exponencial da doença crónica com o avançar da idade, como já foi referido (Ermida, 1999; Figueiredo, 2007; Hall *et al.*, 1997).

O domínio psicológico constitui igualmente um indicador precioso da qualidade de vida. Este engloba os sentimentos positivos e negativos, pensamento, aprendizagem, memória, concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, espiritualidade/religião/crenças pessoais, tendo obtido na presente pesquisa um score de 59,0; o que reflecte uma qualidade de vida razoável a esse nível. No que confere às alterações cognitivas ao longo do envelhecimento, sabe-se que uma grande diversidade, não altera de forma significativa as actividades de vida diária dos idosos, dado que existem determinados factores que as amortizam perante esse declínio cognitivo, permitindo a resolução de problemas, automatização de funções, manutenção do ambiente e rotinas. Porém, quando as alterações não são compensadas por outros mecanismos podem já comprometer

a sua vida diária, sobretudo ao nível do processamento de informação relacionada com a inteligência e da memória, o que pode influenciar no cumprimento das tarefas cognitivas provocando alterações ao nível das habilidades perceptivo-motoras, atenção, inteligência, linguagem, memória, capacidade visuo-espacial, raciocínio prático, funções executivas e velocidade e com tal interferir na sua qualidade de vida. Para além destas mudanças, surgem também sucessivas crises, todo um conjunto de vulnerabilidades e disfunções físicas/psíquicas, associada a uma panóplia de sentimentos e emoções que podem ir desde estados de contentamento a depressões, ansiedade, baixa-auto-estima, que esgotam os seus recursos psicológicos no esforço de adaptação, uma vez que a velhice é tratada como algo alheio ao indivíduo, que amedronta, imobiliza, incomoda porque contraria os padrões culturais vigentes como beleza, vitalidade, sensualidade e saúde. Acrescente-se ainda que a religiosidade tem uma dimensão central na vida de uma grande parte dos idosos, por se revelar como uma fonte importante de suporte emocional, com repercussões nas áreas da saúde física e mental. Deste modo, um dos aspectos a explorar e valorizar na adaptação do processo de envelhecimento e consequentemente na qualidade de vida destes sujeitos é a dimensão psicológica, pelo facto de que o bem estar psicológico tem como dimensões subjacentes a congruência entre as aspirações e realizações, frustrações, o afecto (positivo e negativo), a felicidade, o crescimento pessoal com ganhos e perdas psicológicas, aceitação de si mesmo nas diferentes etapas do envelhecimento caracterizadas desde mudanças físicas até à desvalorização social consequente da aposentadoria. Atendendo a estes achados, compreende-se e justifica-se a influência deste domínio na qualidade de vida dos idosos estudados (Amado *et al.*, 2005 *b*), Sequeira, 2007). Contudo, no estudo de Cecon *et al.* (2006), este domínio parece não ter revelado forte influência na qualidade de vida desses idosos.

Também o domínio meio ambiente referente à segurança física, ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais, oportunidades para adquirir novas informações e competências, participação e/ou oportunidade de recreio e lazer, ambiente físico e transporte, obteve a pontuação média de 59,0. Aliás sabe-se que atendendo ao Hughes (1990) (*cited in* Tinker, 1997) existem várias formas para avaliar a qualidade de vida do grupo etário dos idosos, nomeadamente pelos factores do ambiente físico, que se reportam às instalações

e comodidade, habitação, controlo sobre o ambiente, conforto, segurança e sistema de apoio a cuidados de saúde e sociais; factores de ambiente social e factores sócio-económicos, entre outros. A própria OMS (2001 *b*)) reporta-se ao ambiente físico em que o idoso está inserido como um factor que pode determinar a dependência ou não do indivíduo e como tal, a sua qualidade de vida. Desta forma, torna-se mais provável que um idoso que esteja física e socialmente activo, seja capaz de se deslocar com segurança ao local pretendido como casa de vizinhos, familiares, jardim ou tomar o transporte local. Idosos que vivem em ambientes inseguros são menos propensos a saírem sozinhos e como tal, estão mais susceptíveis ao isolamento, depressão, bem como a ter problemas de mobilidade, pior estado físico, com comprometimento na sua qualidade de vida. No estudo de Cenco *et al.* (2006), refira-se que o domínio ambiental foi o que apresentou segunda maior influência. Estudos de Browne e colaboradores (1994), Fernandes (1996), Jaques (2005), Xavier e colaboradores (2003), Sampaio (2006) demonstram de facto que as condições ambientais da vida, são determinantes na qualidade de vida do idoso.

Como complemento à avaliação da percepção da qualidade de vida do idoso aplicou-se também o WHOQOL-old, o qual consiste igualmente num instrumento desenvolvido pela OMS, composto por 24 ítems, aos quais se atribui 6 facetas, onde se apresentam determinados elementos apontados como determinantes do bem estar na velhice. Os scores das 6 facetas ou dos 24 ítems, conduzem a um score que traduz uma avaliação empírica da qualidade de vida dos adultos idosos. De forma generalizada, tal como no WHOQOL-bref, poderá dizer-se que scores altos representam uma elevada qualidade de vida, ao passo que scores baixos traduzem uma baixa qualidade de vida, ou seja, pontuações próximas de zero: correspondem a uma pior qualidade de vida e próximas de 100: uma melhor qualidade de vida (Power, Schmidt, 2005).

Pela análise dos dados aos idosos inquiridos verificou-se que os domínios intimidade e funcionamento sensorial apresentam maiores scores (72,2; 68,8) respectivamente. Ao passo que os restantes domínios com pontuações semelhantes apresentam pontuações inferiores, próximas de 50: autonomia (57,5); actividades passadas, presentes e futuras (57,4); participação social (50,3) e morte e morrer (48,8). Note-se que todos os domínios à excepção do morte e

morrer, apresentam resultados superiores a 50, apesar deste ser muito próximo dos 50. Tais dados reflectem que estes idosos de uma maneira geral apresentam uma qualidade de vida satisfatória nos domínios citados.

Aplicando o mesmo instrumento, cita-se o estudo de desenvolvimento e validação do módulo WHOQOL-old (Chachamovich *et al.*, 2006 *b*)), no qual foi possível avaliar a qualidade de vida de 424 idosos. Estes percepcionavam de maneira geral mais positivamente a qualidade de vida do que os idosos do presente estudo, já que os scores para os vários domínios são superiores, à excepção no domínio intimidade, sendo os respectivos valores: funcionamento sensorial (78,85); autonomia (69,93); actividades passadas presentes e futuras (71,70); participação social (70,78); morte e morrer (65,21); e intimidade (70,00).

Por outro lado no estudo de Fernandes *et al.* (2009), ao estudar a qualidade de vida e factores associados em idosos dependentes, detectou-se que estes na generalidade percepcionavam de forma mais negativa a qualidade de vida, comparativamente aos idosos do presente estudo. Constatou-se que a qualidade de vida se encontra mais comprometida para os domínios como participação social (32,0), funcionamento sensorial (40,7), actividades passadas, presentes e futuras (44,7), autonomia (45,5), intimidade (53,2), exceptuando para o domínio morte e morrer dado que o score deste é significativamente superior com 72,1.

Buchele *et al.* (2009), recorrendo igualmente ao mesmo instrumento WHOQOL-old, em idosos de uma comunidade de Florianópolis, obteve tal como no estudo em questão, um nível satisfatório de qualidade de vida, apesar de em alguns aspectos relatar-se considerável insatisfação, nomeadamente nas questões da autonomia e participação social.

O domínio intimidade ao reportar-se à capacidade de se ter relações pessoais e íntimas, foi o domínio que obteve melhor pontuação, o que é sugestivo que junto destes idosos decorre a existência de uma rede social de apoio informal garantida por aqueles que lhe são mais próximos como familiares, vizinhos e amigos, o que é proporcionador de um bem estar e consequente qualidade de vida. Estes dados são de certo modo concordantes aos acima descritos, revelados pelo WHOQOL-bref, que concluiu que foi também no domínio das relações sociais que estes idosos percepcionavam de forma mais positiva a qualidade de vida.

Paúl (1997) afirma aliás, que a existência de relações sociais é benéfica em si mesma, porque contribui para um sentido de integração social ou evita isolamento. Contudo, apesar de Figueiredo (2007) referir que o número total de relações sociais (entendida como complexo de factores e interacções interpessoais que caracterizam as trocas sociais entre as pessoas) diminui com a idade, defende igualmente que o número de relações sociais próximas e a quantidade de de suporte emocional são relativamente estáveis até uma idade muito avançada e os relacionamentos mais próximos são os que mais fortemente se associam ao bem estar.

O domínio funcionamento sensorial apresentou dos scores mais elevados, contrariamente ao que seria esperado. Ao avaliar o funcionamento sensorial e o impacto das habilidades sensoriais na vida, seria de esperar pontuações significativamente inferiores, dado que os idosos quando confrontados com questões relativas às queixas de saúde que apresentavam, referiram como umas das mais frequentes as alterações de visão (64,0%) e audição (32,6%). Além do que, sabe-se que a diminuição dos sentidos é uma característica presente num grande número de idosos. As papilas gustativas geralmente diminuem em quantidade ou atrofiam e a produção de saliva é reduzida, afectando o paladar. A visão pode ser acometida por determinadas patologias como vista “cansada”, alterações nas pupilas, cataratas, glaucoma, etc., que podem ocasionar um comprometimento da autonomia do idoso. O sentido da audição pode por sua vez comprometer a comunicação, a realização de actividades e a interacção social (Larousse, 2003; Roach, 2003). Porém, estes idosos apesar de apresentarem determinadas alterações do ponto de vista sensorial, parece que o impacto causado por estas, não interfere de forma tão negativa na sua qualidade de vida, pois os resultados revelam ser satisfatórios.

O domínio autonomia refere-se à independência na velhice, descrevendo até que ponto se é capaz de viver de forma autónoma e tomar as suas próprias decisões. Atendendo que os idosos destes estudo se enquadram na sua maioria em ligeiramente dependentes segundo o Índice de Barthel, sobretudo em actividades de vida diária como o banho, higiene corporal e vestir, compreende-se e justifica-se os scores obtidos neste domínio. Assim, com relação à autonomia e independência, a sua perda representa uma das maiores preocupações deste

grupo etário, o que mais uma vez reforça os achados obtidos. Para os idosos a saúde está relacionada directamente com a independência e autonomia, capacidade para fazer coisas, trabalhar, apesar de muitas vezes ser portador de certas doenças crónicas. Mantendo-se independentes e autónomos, as dificuldades serão menos quer para eles, quer para seus familiares e até para a própria sociedade. Deste modo, grande número de idosos não se sente plenamente satisfeito com relação à possibilidade de fazer as coisas que gostariam, isto porque, apresentam impossibilidade física, financeira ou de outra natureza. Para os idosos é assim muito importante ter independência e autonomia em suas acções, tomar as suas próprias decisões e sobretudo, serem respeitados pelas pessoas em redor (Bulla, Kaefer, 2003; Pires, Silva, 2001).

A inclusão de um domínio inerente às actividades passadas, presentes e futuras, relativa à satisfação sobre as conquistas na vida e o que se anseia, terá toda a pertinência ao avaliar a qualidade de vida de um idoso, pelo facto da velhice ser permeada por momentos de reflexão de análise, especialmente do passado, que quando não satisfatória, pode despoletar por vezes o aparecimento de sentimentos de inadequação e culpa responsáveis por vários comprometimentos essenciais no idoso, e nomeadamente na sua qualidade de vida. Contudo, apesar de alguns experimentarem tais vivências, os resultados demonstraram ser ainda satisfatórios neste domínio. Compreende-se estes resultados, uma vez que ao defrontarem-se com esta temática tão intrínseca ao processo de envelhecimento, certamente surgiu nestes idosos um confronto entre estas três dimensões temporais: passado, presente e futuro. Antes as dificuldades do presente, evoca-se o passado em busca de sentido. E ao futuro, restariam as possibilidades de reparação, mas se o futuro já não é mais tão possível, é arrancado do campo do desejo e desinvestido. Porém, sentir que ainda possui um certo controlo da sua vida gera aos idosos a possibilidade de fazer projecções para o futuro, o que o torna mais esperançoso e feliz, melhorando assim a sua qualidade de vida (Aranha, 2007).

O domínio participação social reporta-se à participação em actividades do quotidiano, sobretudo na comunidade. Os resultados deste estudo demonstraram igualmente resultados satisfatórios com as actividades que realizam e em que participam na comunidade em que estão inseridos. A este propósito, Paúl (1997)

refere que a integração social dos idosos tem uma relação positiva com a moral e/ou bem estar, possibilitando deste modo satisfação da vida, felicidade, competência, satisfação ambiental ou até mesmo saúde mental positiva. O estímulo à participação social com actividades sociais, voluntárias e comunitárias constituem a abertura para o estabelecimento de novos canais de comunicação entre os idosos, as demais gerações e todo o contexto da sociedade que fazem parte, de forma a encarar o idoso como um membro activo contribuinte na sociedade e não um fardo económico, num sentido de desenvolvimento pessoal com vista à integração e reintegração do homem como ser social, dotado de direito à escolha e exercício da liberdade de opção. Algumas oportunidades de contacto e interacção social devem ser encontradas em acções colectivas para este grupo etário em parceria com outros actores sociais, o que está também associada à redução da morbilidade e mortalidade, simultaneamente a melhorias no bem estar psicológico e social. Todavia, a exclusão social tende a ocorrer e pode ser atribuída a uma questão cultural onde algumas sociedades consideram os idosos antiquados, pouco hábeis, diminuindo o seu valor, tornando-os incapazes de desfrutar dos prazeres da vida. O facto dos idosos apresentarem um certo grau de comprometimento na sua autonomia e independência, o que é o caso neste estudo, pode condicionar a participação social e conduzir eventualmente ao isolamento, comprometendo de tal modo a sua qualidade de vida. Independentemente da sua causa, certo é que o convívio com os mais velhos é muitas vezes limitado e reduzido, condicionando a sua participação social e como tal, a sua qualidade de vida, o que leva a uma possibilidade de justificação dos resultados acima descritos se situarem apenas na esfera do satisfatório (Cascaes *et al.*, 2009).

A faceta morte e morrer, diz respeito às preocupações, inquietações e medos sobre a morte e morrer, tendo constituído o domínio com menor pontuação, com um score inferior a 50, o que é sugestivo da menor satisfação da qualidade de vida dos idosos a esse nível. A morte é uma experiência individual que faz parte do desenvolvimento de todo o ser humano, cuja capacidade que cada pessoa tem de fazer face à morte depende de diferentes factores e das capacidades funcionais que preservou. A maior parte dos idosos admitem que pensam na morte, mas não organizam a sua vida em função desse desenlace. Podem desenvolver atitudes positivas ou negativas quanto à mesma. As pessoas que

pensam na morte de maneira mais positiva são habitualmente capazes de falar livre e abertamente deste assunto, sentindo-se preparados para esta fase e não temendo a mesma. Muitas vezes é mais fácil para os idosos ter uma atitude desprendida face à morte, porque já a enfrentaram anteriormente (perda de parentes, amigos, etc.), têm menos energia para se revoltar ou por aderirem a sólidas crenças religiosas. Outros idosos, vêem a morte de uma maneira negativa. Quando falam, exprimem o medo que têm do sofrimento e do desconhecido, interrogam-se sobre questões intrínsecas à mesma. Não têm assim o mesmo desprendimento e são reticentes a morrer ou porque os seus sonhos não se realizaram, têm ainda coisas a tratar ou expectativas frustradas de realizar e certos objectivos. Mas analisar a morte, como um processo sofrido e doloroso leva a pensar não só na pessoa que está chegando à sua finitude, mas simultaneamente nas pessoas que estão ao seu redor, que acabam igualmente por sofrer com essa situação de adoecimento e morte do familiar. Contudo, seja qual for a sua filosofia pessoal e atitude face à morte, facto é que todos os idosos se debatem e defrontam sobre o sentido da morte e estes idosos, revelaram preocupação a este nível, o que muito provavelmente justifica o score obtido (Berger, 1995; Buchele *et al.*, 2009).

A satisfação dos idosos dependentes na quarta idade para com o funcionamento da sua família

As relações com familiares são as que os idosos vivem com maior assiduidade e intensidade. A partir do momento que estes perdem a sua capacidade funcional, tantas vezes derivada do próprio processo de envelhecimento, ficam mais confinados ao seu domicílio, convivendo mais tempo com aqueles que moram e seus cuidadores familiares. Toda esta situação despoleta uma reestruturação familiar, que pode ocasionar alterações na dinâmica e rotina da família. Este processo de adaptação, pode por um lado quando há uma boa relação entre o cuidador familiar e o idoso dependente, conduzir a uma maior intimidade, confiança e respeito. Por outro lado, grandes dificuldades podem ser geradas

quando o histórico familiar é construído a partir de crises e conflitos, tornando-se assim o cuidado inadequado e penoso (Fernandes *et al.*, 2009).

Relativamente à funcionalidade familiar avaliada pelo APGAR familiar, no estudo em questão, nos componentes adaptação, companheirismo, desenvolvimento e afectividade verificou-se que a resposta mais assinalada foi “*sempre*” com as respectivas percentagens: 46,5%; 40,7%; 38,4% e 38,4% e a opção menos assinalada nessas mesmas componentes foi “*nunca*” com percentagens de 2,3%; 3,5%; 4,7% e 3,5% respectivamente. Por outro lado, para a componente capacidade resolutiva, relativa à dedicação à família, ao compromisso de dedicar tempo e prover às necessidades físicas e emocionais dos outros membros da família, verificou-se um maior número de respostas (36,0 %) em “*algumas vezes*”, ao passo que “*sempre*” apresentou a menor percentagem (10,5%) o que é sugestivo de menor satisfação a este nível comparativamente às restantes componentes.

Também, para o estudo levado a cabo por Barham *et al.* (2006), que se dedicou a investigar a funcionalidade familiar de idosos, analisando cada componente, à excepção da componente capacidade resolutiva, verificou-se que os dados se assemelham, dado a resposta “*sempre*” ser a mais assinalada.

Uma vez obtidos os scores das respostas dos idosos, obteve-se uma representação numérica que se relaciona directamente com a condição da funcionalidade familiar. Os dados demonstram que a maioria dos idosos (67,4%) apresentava uma família altamente funcional, o que é sugestivo que há predominância dos idosos cujas famílias revelavam uma maior capacidade de adaptação a novas situações e possíveis mudanças de papéis. Tratam-se muito provavelmente de famílias predominantemente afectuosas, com boa comunicação, coesa, com regras flexíveis, mas com limites e fronteiras claros, que pode propiciar a manutenção de estados de saúde favoráveis, bem como apoio diante das dificuldades da vida ou doenças intercorrentes, promovendo o desenvolvimento integral de seus membros e contribuindo para a satisfação das necessidades materiais e afectivas segundo as exigências de cada etapa da vida e neste caso, da etapa final de vida, a velhice (Bernal *et al.*, 2003; Eisenstein, Lidchi, 2004). Isto é, atendendo ao autor da escala Smilkstein (1978), está-se perante uma situação que permite identificar as percepções individuais dos valores da

família como um recurso psicossocial. Note-se que a percepção do indivíduo da eficácia e da qualidade deste recurso influenciará significativamente o seu estado de saúde.

Por outro lado, 18,6% dos idosos apresentaram famílias com disfunção acentuada e 14,0% com moderada disfunção, ou seja, tratavam-se de famílias com um suporte social deficitário e possível factor stressor, de baixa adaptabilidade à nova situação, que pode ser prejudicial nesta etapa de vida e que pode requerer intervenções apropriadas e urgentes, atendendo também ao que Smilkstein (1978) afirma.

Os resultados obtidos junto desta amostra de idosos corroboram mais uma vez o estudo desenvolvido por Barham *et al.* (2006), com idosos que na maioria apresentavam boa funcionalidade familiar (87,1%), apesar dos resultados do estudo de Barham *et al.* (2006) demonstrarem resultados mais positivos, com percentagens superiores para todas as componentes.

Também Imaginário (2004) com o estudo que desenvolveu junto de idosos dependentes, verificou que 9 dos idosos estudados apresentavam famílias altamente funcionais, ao passo que 3 classificavam-se com moderada disfunção e 2 idosos nas famílias com disfunção acentuada. Ainda Martins (2002) ao dedicar-se ao estudo de doentes com AVC, situação essa igualmente despoletadora de crise na família, constatou que a maioria dos doentes (46,2%) percebe as suas famílias como moderadamente funcionais e altamente funcionais (42,1%), sendo apenas um número reduzido (11,7%) que percepção o seu sistema familiar como disfuncional.

Por outro lado, Fernandes *et al.* (2009), ao avaliar a qualidade de vida e factores relacionados em 117 idosos dependentes no interior da região do Nordeste do Brasil, revelou resultados mais insatisfatórios ao nível da funcionalidade familiar dos idosos. Concluiu quanto à funcionalidade familiar que 73,5% dos idosos relataram haver comprometimento familiar, ao passo que apenas 26,5% apresentava famílias funcionais.

Refira-se que em condições de disfuncionalidade, as famílias possam ter a sua capacidade assistencial prejudicada e assim, não consigam prover adequadamente o atendimento sistemático das necessidades de cuidados aos

seus parentes idosos, podendo dessa forma interferir na qualidade de vida dos mesmos (Fernandes *et al.*, 2009). Battisti e colaboradores (2008), bem como Bretãs e Souza (2007), defendem ainda a este propósito que as pessoas idosas que estão bem integradas em suas famílias e no meio social a que pertencem, têm maior probabilidade de sobrevivência além de concentrar melhor a capacidade de se recuperar das doenças. Deste modo, enfatiza-se que os idosos devem manter as relações sociais com os familiares, pois favorece o seu bem estar psicológico e social.

As características sócio-demográficas e estado de saúde dos familiares cuidadores de idosos dependentes na quarta idade alvo de cuidados em contexto familiar

Atendendo ao que sugere a literatura, existem uma série de condições que fazem presentes na escolha e assunção do papel de cuidador principal, como sendo: género, parentesco, proximidade física e afectiva (Karsh, 2003).

Nesta amostra, como esperado, houve predomínio das mulheres cuidadoras (65,6%), divididas entre filhas, sobrinhas, esposas, noras e neta.

Os achados reforçam o papel social da mulher, historicamente determinado, de cuidadora principal e também que o cuidado a pessoas dependentes fica a cargo das pessoas familiares mais próximas. Uma das razões que justifica tal, deve-se aos modelos de divisão do trabalho familiar, que equipara a prestação de cuidados a um familiar, a mais uma tarefa da esfera doméstica do cuidado que habitualmente a mulher assume, tal como a casa e os filhos (Figueiredo, 2007).

Estas são características frequentemente encontradas em diversos estudos, sejam eles de âmbito nacional ou internacional (Almeida, 2005; Amendola, 2007; Alvarez *et al.*, 2006; Alvarez *et al.*, 2008; Cardoso *et al.*, 2006; Glozman, 2004; Karsh, 2003; Pinto, 2007).

Contudo, há previsão que no futuro esse perfil seja modificado pela inserção cada vez maior da mulher no mercado de trabalho e pelas mudanças na

organização e estrutura familiar, tendo-se já verificado o aumento progressivo da participação do homem em diferentes idades como cuidador (Karsh, 2003).

Retomando a questão do grau parentesco, verificou-se que a prestação de cuidados foi assegurada pelos seguintes familiares: filho(a) (52,0%), sobrinho(a) (23,0%), cônjuge/companheiro (18,0%), genro/nora (5,0%) e neto(a) (2,0%). Estes dados não correspondem na íntegra ao que é defendido pela literatura, pois esta reporta-se que a prestação de cuidados é na maioria assegurada preferencialmente por uma determinada ordem, primeiro pelo cônjuge, sendo a descendência (filhos) a segunda fonte de prestação de cuidados, e depois, seguem-se outros familiares, isto atendendo ao que refere o Modelo Hierárquico Compensatório (Shanas, 1979 *cited in* Martín, 2005) e Figueiredo (2007). Assim, se analisarmos os dados obtidos, apesar de se assistir como cuidadores com o grau de parentesco cônjuge, filhos e outros familiares, verifica-se que o seu predomínio recai sobre os filhos, não obedecendo por assim dizer à ordem mencionada pelos autores acima citados. Figueiredo (2007), refere ainda que na ausência do cônjuge, passará a filha a assumir o cuidado, no entanto no caso de inexistência de uma filha, será o filho que assume, mas habitualmente acaba por transferir essa responsabilidade para a esposa.

Os cuidadores tinham em média idades de 59,4 anos, variando entre os 22 e 94 anos, o que por sua vez ocorre semelhantemente nas pesquisas de: Almeida, 2005; Amendola, 2007; Alvarez *et al.*, 2006; Alvarez *et al.*, 2008; Cardoso *et al.*, 2006; Glozman, 2004; Karsh, 2003; Pinto, 2000. Também a propósito da idade, Cerqueira *et al.* (2004), sugere que os cuidadores informais apresentam idade média entre os 45 e 60 anos. No seu estudo (2004), verificou-se que a maioria dos cuidadores (78,7%), apresentavam idades entre os 18 e 64 anos, sendo que destes últimos (72,1%) têm idade superior a 45 anos. Imaginário (2004) constatou igualmente a predominância dos familiares cuidadores entre os 25-64 anos de idade.

Outra particularidade relativa à idade do cuidador, de acordo Cerqueira *et al.* (2004) é que esta é influenciada em função da idade da pessoa cuidada, ou seja, quanto mais velha for a pessoa dependente, mais velho é o cuidador. Para além de que cada vez mais são chamados os idosos mais jovens e autónomos, que têm a seu cargo o cuidado dos mais idosos, facto observável no estudo em questão,

já que como cuidadores na faixa etária dos 76 aos 85 anos existem 3 idosos (4,9%) e com idade superior a 86, 4 idosos cuidadores (6,6%), tal como acontece no estudo de Caldas (2003) e Dinis (2006).

A maior parte dos cuidadores (91,8%) referiu ser religioso (religião católica), ainda que alguns desses mencionassem não serem praticantes (19,7%), indo estes dados de encontro ao estudo desenvolvido por Amendola (2007), para além do revelado pela maioria da população portuguesa através de dados dos Censos de 2001 (INE, 2002 c)). O assumir alguma religião indica possivelmente que acreditam em algo transcendente, o que denota alguma espiritualidade. Chang *et al.* (1998) revelaram que os cuidadores que utilizavam a religião e crença espiritual para ultrapassar a tarefa de cuidar apresentavam melhor relação com a pessoa cuidada e menores níveis de depressão, melhor auto-estima e auto-cuidado entre cuidadores.

Quanto à escolaridade, evidenciou-se que 21 dos cuidadores tinham formação universitária e pós-graduada, contrariamente aos estudos de Alvarez *et al.* (2006), Amendola (2007), Cardoso *et al.* (2006), em que os cuidadores não apresentavam esse tipo de formação. No entanto, ainda se assiste a um número razoável de cuidadores com baixa escolaridade ou até mesmo nenhuma (3,3%), o que por outro lado já é concordante aos estudos referidos. Note-se que o baixo nível de escolaridade pode contribuir para que ao cuidador seja atribuído este tipo de tarefas equiparadas a uma extensão das tarefas domésticas (Amendola, 2007).

Observou-se ainda que 60,7% dos cuidadores eram casados, 26,2% solteiros, 8,2% divorciados/separados e pequena porção viúvos, 4,9%. Estes dados são semelhantes aos revelados por Alvarez *et al.* (2006); Alvarez *et al.* (2008); Amendola (2007); Cardoso *et al.* (2006); Ferraz *et al.* (1998); Karsh (2003); e Sequeira (2007). Também Figueiredo (2007), confirma estes resultados ao afirmar que os casados representam a grande maioria dos que prestam cuidados a um familiar idoso dependente (aproximadamente 70,0%), seguindo-se os solteiros ou divorciados/ separados com cerca de 11,0% e por fim, conta-se os viúvos com percentagens menos significativas.

Quanto à ocupação dos cuidadores, verificou-se que estes se encontravam aposentados (41,0%), a exercer actividade profissional (41,0%) ou sem ocupação (18,0%). Este perfil é corroborado por outras investigações como Almeida *et al.*

(2005); Alvarez *et al.* (2006); Alvarez *et al.* (2008); Amendola (2007) e Cardoso *et al.* (2006), nas quais também prevaleciam cuidadores que não exerciam qualquer actividade.

Note-se que muito embora, a literatura sugira que não é frequente nos países europeus ser detentor de um emprego assalariado conjuntamente com a tarefa de ser prestador de cuidados, não é contudo a acumulação das duas funções rara (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007).

Além do papel de cuidador do idoso, 25 dos cuidadores inquiridos mencionaram cuidar de outros sujeitos dependentes, tal como no estudo de de Alvarez *et al.* (2006); Alvarez *et al.* (2008) e Cardoso *et al.* (2006).

Quando questionados os cuidadores sobre o seu estado de saúde actual, a maioria (59,0%) referiu considerá-la “regular” e 21,3% “boa”, apesar de alguns afirmarem como sendo “má” (6,6%) e “péssima” (3,3%). Tendo em consideração as pesquisas de Alvarez *et al.* (2006) e Alvarez *et al.* (2008), verifica-se que há concordância com os dados, pois nesses estudos os cuidadores respectivamente 33,9% e 27,0% consideraram o seu estado de saúde como “bom”, 31,3% e 58,0% como “regular” e 4,3% e 15,0% “má”. Também Cardoso *et al.* (2006), revelou dados semelhantes dado que, nessa pesquisa foi possível observar que 42,9% dos cuidadores consideravam a sua saúde “regular” e 32,0% como “bom”. Por outro lado, Figueiredo e Sousa (2008) concluiu que os cuidadores tendem a percepcionar o seu estado de saúde como fraco.

No presente estudo, ao compararem o seu estado de saúde há 5 anos atrás, 62,3% refere estar “igual” e 32,8% “pior”. Por sua vez, as pesquisas de Alvarez *et al.* (2006) e Alvarez *et al.* (2008), demonstraram respectivamente que 37,3 % e quase metade da amostra dos cuidadores afirmaram ter piorado. Tal como no estudo de Cardoso *et al.* (2006), em que se constatou um aumento de cuidadores (50,8%) que percepcionam a sua saúde como pior.

Perante as pessoas da mesma idade, para a maioria dos cuidadores inquiridos mencionou considerar a sua saúde como “igual” (68,9%), apesar de 18,0 % afirmar ser “melhor” e 13,1% “pior”. Já Cardoso *et al.* (2006), verificou que 35,4% considerava a sua saúde “igual”, 43,3% “melhor” e 20,0% “pior”.

Relativamente às condições de saúde dos cuidadores, 50,8% destes mencionaram ter alguma doença diagnosticada, sendo a osteoporose; diabetes mellitus e hipertensão arterial, as patologias mais identificadas, verificando-se muitas vezes situações de comorbilidade. Estes dados vão de encontro aos estudos Alvarez *et al.* (2006); Alvarez *et al.* (2008); Amendola (2007) e Cardoso *et al.* (2006).

Para Ferraz *et al.* (1998), os cuidadores são “vítimas ocultas” das doenças crónicas, uma das principais causas de incapacidade e dependência entre os pacientes. No estudo de Gamisans (2004), encontrou-se que 84,0% de cuidadores referiram algum problema físico e 94,4% com alguma condição psicológica intrínsecos ao cuidado. O mesmo autor (2004) pesquisou vários trabalhos, chegando a concluir que os cuidadores têm grande probabilidade de desenvolver depressão, mudanças no sistema imunológico e pior saúde física e mental. Contudo, note-se que o aparecimento de doenças crónicas não pode ser directamente relacionado ao cuidar, porém a sobrecarga e o estado emocional débil derivado de todo este processo pode afectar a condição de saúde dos cuidadores (Amendola, 2007).

Todos os cuidadores inquiridos referiram efectuar tratamento dos seus problemas de saúde. Para o acompanhamento da sua condição de saúde, utilizam predominantemente serviços públicos (58 cuidadores), tal como na pesquisa de Amendola (2007).

A percepção da qualidade de vida e saúde dos familiares cuidadores de idosos na quarta idade alvo de cuidados em contexto familiar

A prestação de cuidados informal a um idoso funcionalmente dependente trata-se de uma experiência única, física e emocionalmente desgastante, interferindo no seu bem estar e qualidade de vida, nos mais variados domínios. Avaliar a qualidade de vida destes sujeitos é algo que não deve ser descurado, privilegiando a avaliação subjectiva através da sua própria percepção em diversos domínios, para o enriquecimento de informações cuja finalidade seja permitir melhorar interpretar a sua realidade de vida e saúde.

O questionário de avaliação subjectiva WHOQOL-bref conduz à obtenção de um score para cada um dos domínios que o compõem, os quais podem oscilar entre 0 a 100. Isto significa que resultados mais perto de 100: melhor qualidade de vida possível, ao passo que próximo a zero: pior qualidade de vida possível (Canavarro *et al.*, 2005).

Na pesquisa em curso, constatou-se pela análise dos resultados que os diferentes domínios obtiveram sempre valores superiores a 50, sendo o valor mínimo de 61,3 para o geral e o máximo, 73,4 para o físico. Verificou-se ainda que os scores dos vários domínios são: psicológico (65,0); relações sociais (71,4) e meio ambiente (63,8). Tais dados levam a inferir que estes cuidadores apresentam uma qualidade de vida razoável, isto é, satisfatória.

Nesta linha de pensamento existem investigações que vão de encontro ao revelado pela presente pesquisa, nomeadamente a de Cardoso *et al.* (2006), já que desses cuidadores de idosos 63,0% consideraram como regular a sua qualidade de vida. Acrescente-se ainda a de Alvarez *et al.* (2008) ao estudar a percepção subjectiva de saúde e qualidade de vida dos familiares de idosos na região do grande Porto, que se manifestou como sendo entre regular e boa na maioria, dado que 42,0% consideraram ser regular e 45,0% satisfeitos, muito embora 13,0% mencionaram estar insatisfeitos.

Santos (2004), por sua vez com o seu estudo, obteve piores resultados que o estudo em questão, comprovando que os cuidadores informais de idosos apresentavam uma baixa percepção da qualidade de vida e alterações do bem estar, associando-se tais dados ao facto de se tornarem cuidadores, verificando simultaneamente índices preocupantes de sobrecarga física, emocional, social, ansiedade e depressão. Também Figueiredo e Sousa (2008), concluiu que o contexto da prestação familiar de cuidados se repercute negativamente na percepção do estado de saúde e qualidade de vida dos cuidadores, tendo igualmente associada a sobrecarga decorrente da prestação de cuidados.

Por outro lado, Somnerhalder (2001), contraria estes resultados com o seu estudo, ao afirmar que apesar da sobrecarga aliada ao cuidar de um idoso, a percepção da qualidade de vida desses cuidadores foi elevada por aspectos subjectivos como o senso de auto-realização e auto-reconhecimento pela polivalência, sentimento de utilidade e significado existencial. Tal como Mitani *et*

al. (2004) que no seu estudo destacaram o item “sentimento de confiança”, que despoletou um impacto positivo na qualidade de vida física e psicológica dos cuidadores.

Amendola (2003), aplicando o mesmo instrumento WHOQOL-bref, junto de familiares atendidos por uma equipa de assistência domiciliária encontraram resultados semelhantes ao do presente estudo, verificando-se igualmente os maiores scores nos domínios físico (65,04) e relações sociais (61,62), apesar do menor ser no meio ambiente (54,11). O mesmo autor Amendola em 2007, ao ter desenvolvido um estudo relativo à qualidade de vida de cuidadores de pacientes com perdas funcionais e dependentes, obteve do mesmo modo melhores resultados para a dimensão física (71,01) e relações sociais (63,24).

Orso (2008) ao dedicar-se ao estudo do perfil do cuidador informal de idosos dependentes, mais uma vez, reforçou estes dados, sendo que neste caso o domínio físico (68,5) disputou o primeiro lugar com o geral (68,6), seguindo-se o das relações sociais (62,4), psicológico (57,0) e por fim, o meio ambiente (54,4).

Também Moreira (2009) ao estudar a qualidade de vida de cuidadores de idosos verificou igualmente que é no domínio físico que estes melhor percepcionaram a sua qualidade de vida com 66,72, seguindo-se o das relações sociais (60,86), psicológico (57,7), qualidade de vida geral (54,55) e meio ambiente (52,51).

Note-se que a qualidade de vida dos cuidadores do presente estudo é percepcionada de forma mais positiva, aos quatro últimos estudos citados anteriormente (Amendola, 2003, 2004; Moreira, 2009; Orso, 2008), dado obter scores ligeiramente superiores, à excepção do domínio da qualidade de vida geral da pesquisa desenvolvida por Orso (2008).

Pesquisa ainda levado a cabo na Alemanha (Angermeyer *et al.*, 2006), de cuidadores familiares de pacientes com distúrbios obsessivo-compulsivos constatou maiores scores no domínio físico (76,19) e meio ambiente (73,09) e menor nas relações sociais (67,0). Outra investigação, de cuidadores familiares de doentes com Esclerose Lateral Amiotrófica (Coco *et al.*, 2005), foi também no domínio físico, onde se obteve melhores resultados (60,0), seguindo-se o das relações sociais (53,8) e pior, no domínio psicológico (50,0).

Refira-se também que para todos os estudos já mencionados que aplicaram o WHOQOL-bref, evidencia-se que o domínio físico foi aquele que obteve sempre o melhor resultado, o qual se reporta às facetas relacionadas à satisfação com a mobilidade, capacidade para desempenhar actividades no dia-a-dia e capacidade para o trabalho, além de questões relativas à necessidade de tratamento médico diário, influência de dores físicas no quotidiano. Estas questões estão ligadas à auto-satisfação e ao auto-reconhecimento pelo papel desempenhado e algumas delas, quando respondidas negativamente, são de facto incompatíveis com o cuidado, o que pode eventualmente justificar o score mais elevado encontrado neste domínio em relação aos demais (Amendola, 2007).

Apesar de apresentar um resultado sugestivo de qualidade de vida razoável no domínio físico, de facto existem grande número de pesquisas que demonstram o seu impacto negativo causando limitações na vida profissional, na saúde (física e mental) do cuidador, associando-se um grande número de patologias, uso de fármacos, cansaço físico, insónia, sensação de detioração da saúde, influência de dores, entre outros, o que vai de encontro aos dados daqueles cuidadores que se manifestaram menos satisfeitos a esse nível e por sua vez, ao sugerido pelos autores: Alvarez *et al.*, 2006; Carvalho, Neri, 2002; Figueiredo, 2007; Haley *et al.*, 1996; Karsh, 2003.

Contudo, não há uniformidade entre os scores dos domínios nos vários estudos. Tal facto é muito positivo, já que se trata de um instrumento que avalia a qualidade de vida subjectiva. Ainda que influenciada por questões culturais e por recursos pessoais verifica-se que as avaliações subjectivas podem ser favoráveis, a despeito das condições objectivas desfavoráveis (Amendola, 2007).

Se compararmos ainda os resultados obtidos neste estudo com os da população em geral nos estudos psicométricos do instrumento WHOQOL-bref para português de Portugal, desenvolvido por Canavarro *et al.* (2005), verifica-se que estes cuidadores apresentaram índices inferiores aos da população em geral, isto para todos os domínios, excepto para os das relações sociais, apesar de diferença muito pouco significativa. Tais evidências levam a crer que as pessoas que têm a cargo pessoas dependentes como os idosos percebem a sua saúde e qualidade de vida como pior, o que já está comprovado empiricamente (Carvalho, Neri, 2002; Figueiredo, 2007; Figueiredo, Sousa, 2008; Gallagher-Thompson,

Thompson, 1996; Haley *et al.*, 1996; Pinquart, Sorensen, 2003; Visitanier *et al.*, 1990). Muito provavelmente, isto deve-se ao facto de que a tarefa de cuidar de um idoso exerce efeitos muitas vezes com consequências negativas sobre a sua saúde e bem estar físico, psicológico, social, económico, desencadeador da denominada sobrecarga (“burden”) (Figueiredo, 2007).

Refira-se ainda que apesar de no âmbito das relações sociais, os resultados demonstrarem ser satisfatórios e apresentar a segunda pontuação mais elevada, a literatura porém, afirma que cuidar de um idoso dependente demanda muito tempo e dedicação, interfere ao nível das relações familiares e sociais, podendo mesmo comprometê-las e influenciá-las negativamente, sendo geradora de conflitos. Perante a situação de cuidar de um idoso dependente, a dinâmica familiar e social sofre alterações, exigindo reajustamentos e deslocando relações de poder, dependência e intimidade. Tais constatações podem eventualmente justificar os dados dos indivíduos mais descontentes a este nível (Figueiredo, 2007; Stoltz *et al.*, 2004).

Também no domínio psicológico, apesar de ser razoável a qualidade de vida percebida, apresentaram resultados ligeiramente inferiores, o que é sugestivo de uma menor satisfação a esse nível. Tais dados devem-se provavelmente ao facto de que o ser cuidador de um idoso dependente pode experimentar uma série de alterações do foro psicológico, aliado sentimentos de ansiedade, sintomas depressivos, desânimo, revolta, medo, dúvida, despoletadores de stress pessoal e familiar, tal como demonstram os estudos levados a cabo por Carvalho, Neri, 2002; Figueiredo 2007; Haley *et al.*, 1996.

O domínio meio ambiente retrata igualmente uma qualidade de vida moderada. Neste domínio, os resultados mais insatisfatórios situaram-se ao nível das oportunidades de lazer. Mais uma vez refira-se que o cuidar de um idoso é algo que exige muito tempo, podendo interferir frequentemente na redução e até abandono das actividades sociais, experimentando uma perda de liberdade, redução do tempo de lazer e por vezes, conduz até um certo isolamento social, como foi comprovado por Figueiredo (2007) e Stoltz *et al.* (2004).

Muito embora se tenha assistido a uma menor pontuação no domínio qualidade de vida geral, facto é que 54,1% destes cuidadores perceberam a sua qualidade de vida como “boa” e 32,8% como “nem boa nem má”, o que reforça

mais uma vez o descrito sobre estes apresentarem uma qualidade de vida razoável. Ao pronunciarem-se sobre a sua saúde, os dados foram mais dispersos, distribuindo-se sobretudo por: 36,1% “*satisfeito*”, 24,6% “*nem satisfeito nem insatisfeito*” e 21,3% “ *muito satisfeito*”. Apesar dos resultados serem satisfatórios, certo é que a maioria destes cuidadores (50,8%) mencionaram apresentar pelo menos uma patologia associada, além do que frequentemente se descreve que da prestação de cuidados informais (Figueiredo, 2007) podem surgir consequências em termos de mal estar psicológico e morbilidade física, o que leva a justificar a existência de alguns cuidadores insatisfeitos com a sua saúde.

Um grande número de pesquisas nesta área, como foi referido, demonstra a influência negativa sobre a saúde (física, mental), bem estar e qualidade de vida do cuidador nos mais variados níveis, pelo facto de que “*a prestação de cuidados representa custos para quem os realiza, físicos, sociais, financeiros e afectivos*” (Silva *et al.*, 1995, p.12) e, muito provavelmente os cuidadores do presente estudo também devem sofrer todos este tipo de efeitos decorrentes da prestação a um indivíduo dependente. Contudo apesar desse tipo de ocorrências, atendendo às pontuações obtidas, parecem ainda demonstrar um certo grau de satisfação com a sua qualidade de vida nos domínios citados, considerando-a assim razoável.

Face ao exposto, conclui-se que perante o estudo desenvolvido, quer aos demais citados nesta área, entre a população de idosos existem grandes diferenças individuais, em quase todos os tipos de características: físicas, mentais, psicológicas, condições de saúde e sócio-económicas, o que torna as conclusões a respeito da qualidade da vida e do cuidado necessário, destes indivíduos altamente individualizadas. Por sua vez, também ao nível dos cuidadores de idosos, nota-se que a percepção da sua qualidade de vida é relatada como uma resposta altamente individual, o que representa que aquilo que é difícil para um cuidador pode não ser para outro, em circunstâncias idênticas e como tal, interferir na auto-avaliação da sua qualidade de vida.

8 - CONCLUSÃO

Em todo o mundo, as questões que provêm do envelhecimento das populações e da longevidade das pessoas, têm despertado interesses a todos os cidadãos, exigindo o planeamento e adopção de políticas públicas e sociais, as quais muitas vezes de solução difícil aos problemas emergentes. Este aumento do número de idosos, juntamente com a prevalência de doenças crónicas que lhes são associados, implica o acréscimo de idosos com limitações funcionais, o que pressupõe a necessidade de cuidados constantes por parte da sociedade, dos políticos, dos profissionais de saúde e sobretudo da família, a qual precisa de dispor de conhecimentos e habilidades na prevenção e minimização dos efeitos de ordem física e psíquica para a prestação de cuidados harmonizados e adequados no seu domicílio.

Muito embora a literatura actual e a investigação sinalizem e se dediquem a estas áreas intrínsecas ao envelhecimento, nomeadamente sobre as famílias cuidadoras de idosos dependentes em ambiente domiciliário, persiste a carência de mais saberes e conhecimentos nessa área. Nesse sentido, a pesquisa que se realizou para conhecer a dinâmica do funcionamento familiar em famílias cuidadoras com membros idosos na quarta idade, teve toda a pertinência, justamente com a finalidade de contribuir para a melhoria da assistência a esses mesmos sujeitos. E apesar de não podermos generalizar os resultados para a população portuguesa, o equilíbrio entre a compreensão da condição de ser idoso e do seu cuidador foi o desafio desta investigação.

Através de uma metodologia quantitativa e de um estudo descritivo e exploratório, considera-se que a concretização dos objectivos propostos foi conseguida pela aplicação de um conjunto de escalas devidamente seleccionadas e apropriadas que constituíram o instrumento de colheita de dados do respectivo estudo. Uma vez obtidos os dados junto da amostra no domicílio destas famílias, estes para adquirirem significado tiveram de ser tratados estatisticamente, de

modo a fazer a sua análise e interpretação à luz da literatura e da investigação existente. Obviamente que aquando da aplicação desse mesmo instrumento, mais do que tidos em consideração, foram aplicados os princípios éticos fundamentais quando se processa uma investigação científica, como a garantia ao anonimato e confidencialidade, bem como a aplicação do consentimento informado.

Tomando por base os objectivos delineados da investigação, permitiu-se conjugar e validar as diversas informações:

- Identificar as características sócio-demográficas, estado de saúde e capacidade funcional do idoso, dependente cuidado em ambiente familiar na região do distrito do Porto:

Dos 86 idosos que fizeram parte da amostra estudada, 70,9% eram do género feminino e 29,1% do género masculino, com idades compreendidas entre os 80-94 anos, média de 84,7 anos. A maioria (52,3%) tinha o ensino básico como nível de escolaridade máxima, apesar de percentagem significativa (25,6%) apresentar analfabetismo. Quanto ao estado civil, estes idosos eram predominantemente viúvos (51,2%), embora 30,2% fossem casados/união de facto. O estado de saúde de 8,1% dos idosos considerou-se saudável, ao passo que 91,9% apresentava pelo menos uma patologia associada, em regime de polimedicação, onde patologias como a osteoporose e HTA foram as mais identificadas. Note-se que 11,6% dos idosos referia não apresentar qualquer outro tipo de queixas de saúde, enquanto 88,4% apresentavam como queixas mais frequentes: visão, mobilidade, audição, insónia, obstipação, incontinência fecal/urinária. Relativamente ao grau de dependência, a maioria destes idosos atendendo ao Índice de Barthel classificou-se em ligeiramente dependentes, sobretudo em actividades como o banho, higiene corporal e vestir.

- Descrever a percepção da qualidade de vida e de saúde dos idosos dependentes, cuidados em ambiente familiar na região do distrito do Porto:

Atendendo ao instrumento WHOQOL-bref pode-se dizer que a qualidade de vida junto destes idosos nos domínios avaliados é regular. Verificou-se que o domínio das relações sociais foi o que revelou maior satisfação, já que o seu score foi o mais elevado. Por sua vez, os resultados demonstraram também que o domínio físico e o geral foram os mais sugestivos de desagrado, pelos scores obtidos, o que é compreensível dado estes aspectos serem fortemente comprometidos com o avançar da idade.

Foram complementados na avaliação subjectiva da qualidade de vida destes idosos outros domínios, os quais foram obtidos pela aplicação do WHOQOL-old, que revelaram igualmente uma qualidade de vida favorável. Verificou-se mais uma vez que é no campo dos relacionamentos com os outros (domínio intimidade) e ainda, no funcionamento dos sentidos, que estes idosos estavam mais satisfeitos. Pelo contrário, as questões da morte, pelo facto do seu resultado ser significativamente inferior e o mais baixo, o cenário neste âmbito apresentou-se assim como o mais insatisfatório na qualidade de vida destes indivíduos.

- Descrever a percepção da dinâmica e funcionamento da família dos idosos dependentes, cuidados em ambiente familiar na região do distrito do Porto:

A percepção que estes idosos apresentavam quanto ao seu funcionamento familiar atendendo ao APGAR familiar, permitiu concluir que as suas famílias se classificavam na sua maioria em altamente funcionais (67,4%), seguindo-se as famílias com disfunção acentuada com 18,6% e por fim, famílias com moderada disfunção com 14,0%.

- Identificar as características sócio-demográficas e estado de saúde dos familiares cuidadores de idosos, dependentes em ambiente familiar na região do distrito do Porto:

Dos 86 idosos estudados, apenas 61 cuidadores coabitavam com os idosos, já que os restantes idosos pertenciam a famílias unipessoais. Destes cuidadores, 65,6% pertenciam ao género feminino e 34,4% ao género masculino, com idades compreendidas entre 22-94 anos, média de 59,4%, sendo a faixa etária predominante entre os 18-64 anos com 78,4%. Na sua maioria (72,1%) eram católicos praticantes, apesar de 19,7% serem não praticantes. Quanto ao nível de escolaridade máxima, 32,8% apresentava o ensino superior, muito embora 3,3% não soubesse ler e escrever. O estado civil destes cuidadores situava-se sobretudo nos casados (60,7%) e nos solteiros (26,2%). Em termos de ocupação, 41,0% eram reformados, 41,0% encontravam-se no decurso do exercício profissional e 18,0% não exerciam qualquer tipo de actividade. Refira-se ainda que a tarefa de cuidar era assumida sobretudo por filhos(as), sobrinhos(as) e cônjuge/companheiro, com predominância das mulheres (65,6%).

Ao serem confrontados sobre o seu estado de saúde como cuidador(a), a maioria (59,0%) reportou-se à mesma de forma “*regular*”, apesar de um número reduzido 3,3% ter referido sentir “*péssima*”. Comparando a sua saúde com os últimos 5 anos, bem como com as pessoas da sua idade, os cuidadores afirmaram na sua maioria que consideram-na “*igual*”, com respectivamente 62,3% e 68,9%. Actualmente 30 dos cuidadores afirmaram ser saudáveis, já 31 (50,8%) mencionaram ter pelo menos uma patologia associada, sendo que destes últimos todos efectuavam tratamento dos seus problemas de saúde.

- Descrever a percepção da qualidade e vida e saúde dos cuidadores de idosos dependentes, em ambiente familiar na região do distrito do Porto:

A percepção da qualidade de vida dos cuidadores de idosos do presente estudo avaliada pelo WHOQOL-bref permitiu concluir que se trata de uma qualidade de vida satisfatória nos diferentes domínios, dado que as pontuações obtidas por cada um dos scores assim o sugerem, embora apresentem valores aproximados entre si, sendo que foi no domínio físico que estes melhor percepcionavam a sua

qualidade de vida, contrariamente ao domínio geral, que apresentou a pontuação mais baixa.

Tendo em consideração o exposto, mais uma vez pode-se dizer que os objectivos a que se propôs a presente investigação foram cumpridos, dado que se conseguiu conhecer a dinâmica do funcionamento familiar em famílias com membros idosos (dependentes, com idade igual ou superior a 80 anos) na região do distrito do Porto.

O enfermeiro como profissional que presta cuidado ao idoso dependente e à sua família, precisa conhecer os contextos da inserção familiar, as necessidades dos vários elementos das famílias, as condicionantes da qualidade de vida do idoso, bem como prever que a experiência do cuidado pode ter consequências negativas a longo prazo na qualidade de vida desse cuidador, de tal modo a poder adequar as intervenções, colmatando as limitações identificadas e solucionando os problemas quer do próprio idoso, quer da sua família. Face a esta realidade complexa, compreende-se que de facto é uma necessidade urgente conhecer as dinâmicas das famílias de idosos dependentes, como algo essencial ao cuidar em enfermagem destes sujeitos.

Contudo, o próprio idoso, bem como a família como principal prestadora de cuidados, terão de ser incluídos em todo este processo de cuidados. Não devem ser encarados como objectos de intervenção, submetidos ao tratamento, mas sim sujeitos de intervenção que podem actuar sinergicamente com os serviços de saúde. Pensar no idoso e na família, vai muito além de orientar, co-implicar e esperar a sua colaboração nos cuidados. É tomar a família e o idoso, como perspectiva, ou seja no seu contexto domiciliário, considerando-os como aliados. A possibilidade dos enfermeiros terem nos idosos e suas famílias potenciais colaboradores, na manutenção e recuperação da sua saúde e qualidade de vida, com um papel activo na tomada de decisão e na vivência do cuidado, irá ajudar na identificação dos problemas, na definição e implementação de estratégias de intervenção individualizadas preventivas e terapêuticas e na avaliação dos resultados. Daí que, a avaliação do contexto familiar torna-se a base da avaliação primária e como tal, mais uma vez releva-se a importância deste tipo de trabalhos

de investigação. Avaliando e compreendendo os problemas que afectam estes indivíduos nas mais diversas áreas e domínios, influenciadoras da sua qualidade de vida e bem estar, os enfermeiros podem proporcionar intervenções que sejam proactivas e previnam o aumento do stress do idoso, cuidador e da respectiva família.

Deste modo através da implementação deste tipo de estudos, irá conseguir-se obter-se dados que constituem uma mais valia à prestação de cuidados ao idoso e sua família, pelo fornecimento de informações fulcrais sobre as situações de fragilidade dos idosos e familiares, que por sua vez irão permitir adequar intervenções, ajudando-os a fortalecer os seus próprios mundos de cuidado e qualidade de vida e face a tal, irá garantir-se a finalidade deste estudo, que é contribuir para a melhoria da assistência a idosos e seus familiares cuidadores.

Obviamente que não se poderia deixar neste comentário final de citar as limitações deste estudo, tais como: tamanho reduzido da amostra, o carácter transversal do estudo, dificuldade de articulação de dados empíricos sobre o tema alusivo aos instrumentos aplicados.

Por fim, ao reflectir-se sobre a realidade transmitida quer pelos idosos, quer pelos seus respectivos cuidadores e face às conclusões do estudo, aponta-se como sugestões, nomeadamente em termos de investigações futuras, desenvolver estudos de natureza qualitativa sobre as dinâmicas familiares, especialmente face à necessidade de reorganização das famílias em torno das dependências do idoso. Acresce ainda a necessidade de ocorrer uma pesquisa que explore e identifique todos os idosos em contexto familiar de forma a que as organizações de saúde tenham uma visão mais precisa do perfil do idoso e cuidadores da sua região. No domínio da prática de enfermagem, seria desejável que os Centros de Saúde/Unidades de Saúde desenvolvessem programas específicos para os idosos da quarta idade e seus cuidadores, nomeadamente o desenvolvimento de uma base de dados nas Unidades de Saúde sobre as condições do idoso e seus cuidadores, como uma ferramenta que iria contribuir para garantir melhor assistência a este grupo etário e consequentemente seus cuidadores.

Por tudo isto, afigura-se o desenvolvimento deste tipo de trabalhos de investigação que caminhem na direcção da melhoria do planeamento e da prestação de cuidados em enfermagem, com consequentemente ganhos a nível da saúde e qualidade de vida dos vários sujeitos envolvidos, sejam eles idosos e seus cuidadores.

9 - BIBLIOGRAFIA

- .AGOSTINHO, M.; REBELO, L. (1988) – *Família: do conceito aos meios de avaliação*. “Revista Portuguesa de Clínica Geral”. Lisboa. ISSN 0870-7103. Vol. 5, nº32, p.6-17;
- .ALMEIDA, M.L.F. (2009) – *Bem-estar, qualidade de vida e apoio social dos idosos com mais de 75 anos*. In: CARVALHO, J.C. [et al.] (coord.) – *Saúde e qualidade de vida em análise*. Porto: Escola de Enfermagem do Porto- Núcleo de Investigação em saúde e qualidade de vida. p.66-75. ISBN 978-989-96103-09;
- .ALMEIDA, T.L. [et al.] (2005) – *Características dos cuidadores idosos dependentes no contexto da Saúde da família*. Ribeirão Preto: [s.n.]. Dissertação ao grau de Mestre em Saúde da Comunidade à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 104 p.;
- .ALVAREZ, A.M.; GONÇALVES, L.H.T. (2002) – *O cuidado na Enfermagem Gerontogeriatrica: conceito e prática*. In: CANÇADO, F.A. X. [et al.] – *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Cap 91. ISBN 9788527707497;
- .ALVAREZ, A.M. [et al.] (2006) – *Perfil da família cuidadora de idoso doente/ fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC*. “Revista Texto e Contexto”. Florianópolis. ISSN 0104-0707. Vol. 15, nº 4 (Outubro-Dezembro), p.570-577;
- .ALVAREZ, A.M. [et al.] (2008) – *Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande região do Porto, Portugal*. “Revista Escola Enfermagem USP”. São Paulo. ISSN 0080-6234. Vol. 43, nº 3, p.609-614;
- .ALVES, G.A.S. [et al.] (2008)– *Evidências de validade entre a escala de depressão (EDEP) e o inventário de percepção de suporte familiar (IPSF)*. “Revista Psico USF”. Itatiba. ISSN 1413-8271. Vol.13, nº2 (Julho-Dezembro), p.211-220;
- .AMADO, J. [et al.] (2005 a)) – *Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal*. In: FONSECA, A.M.; PAÚL, C. (coordenação) – *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores. p.97-108. ISBN 972-796-185-1;

- .AMADO, J. [et al.] (2005 b)) - *Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses*. In: FONSECA, A.M.; PAÚL, C. (coordenação) - *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores. p.75-95. ISBN 972-796-185-1;
- .AMARAL, M.F.; VICENTE, M.O. (2000) - *Grau de dependência dos idosos inscritos no centro de saúde de Castelo Branco*. "Revista Portuguesa de Saúde Pública".Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol. 18, nº 2 (Jullho-Dezembro), p.23-31;
- .AMENDOLA, F. [et al.] (2003) - *Caracterização do perfil e da qualidade de vida de cuidadores de pacientes atendidos pelo Programa de Assistência Domiciliária do Hospital Universitário da USP*. São Paulo;
- .AMENDOLA, F. (2007) - *Qualidade de vida de cuidadores de pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos em domicílio pelo programa saúde da família do município de São Paulo*. São Paulo: [s.n.]. Dissertação ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem à Universidade de São Paulo.143p.;
- .ANESHENSEL, C.S. [et al.] (1995) - *Profiles in caregiving : The unexpected career*. San Diego: Academic Press. 385 p. ISBN 012-059-540-0;
- .ANGERMEYER, M.C. [et al.] (2006) - *Quality of life of relatives of patients with obsessive-compulsive disorder*. "Comprehensive Psychiatry".USA. ISSN 0010-440X. Nº 47,p.523-527;
- .AQUINO, F.T.M.; CABRAL, B.E.(2002) - *O idoso e a família*. In: CANÇADO, F.A. X. [et al.] - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Cap.128. ISBN 9788527707497;
- .AQUINO,R.R. (2007) - *Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no trabalho (EVENT): evidência de validade*. Itatiba: [s.n.]. Dissertação ao grau de Mestre em Psicologia à Universidade de São Francisco. 143 p.;
- .ARANHA, V.C. (2007) - *Aspectos Psicológicos do Envelhecimento*. In: NETTO, M.P- *Tratado de Gerontologia*. 2ªed..Brasil: Atheneu. Cap.21. ISSN 85-7379-869-6;
- .ARAÚJO, F. [et. al.] (2007) - *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. "Revista Portuguesa de Saúde Pública". Lisboa. ISSN 0870-9025.Vol. 25, nº2 (Julho-Dezembro), p. 59-66;
- .BACH-PETERSON, J. [et al.] (1980) - *Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden*. "The Gerontologist". EUA. ISSN 0016-9013. Vol.20, nº 6, p.649-655;
- .BALTES, M.; CARSTENSEN, L. (1996) - *The process of successful aging*. "Ageing e Society". Inglaterra. ISSN 0144-686X. Nº 16, p.397-422;

- .BALTES, M.;CARSTENSEN, L.(1999) - *Social-psychological theories and their applications to aging: from individual to collective*. In: BENTSON, V.; SCHAE, K.W. (eds.) - *Handbook of Theories of Aging*. Springer: Nova Iorque. p.209-226. ISBN 13-978-0-12-101262-5;
- .BALTES, M.; SILVENBERG, S. (1995) - *A dinâmica da dependência-autonomia no curso da vida*. In: NERI, L.A. - *Psicologia do envelhecimento*. Campinas: Papirus. Cap.3. ISBN 85-308-0353-1;
- .BARHAM, J. [et al.] (2006) - *Quem irá empurrar a minha cadeira de rodas. A escolha do cuidador familiar do idoso*. "Revista Electrónica de Enfermagem". Brasil. ISSN 1518-1944. Vol.8, nº 3, p. 326-335;
- .BARROS, R. D. (2006) - *Geriatría e Gerontologia*. "Revista Electrónica do GRD Clube". Rio de Janeiro. Ano VI, edição 14 (Novembro) (disponível em: www.geocities.com.grdeclub a 10 de Julho de 2008);
- .BATTISTI, I. D.E. [et al.] (2008) - *Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social*. "Revista Texto e Contexto". Florianópolis. ISSN 0104-0707. Vol. 17, nº 2 (Abril-Junho), p.250-257;
- .BECK, C. T. [et al.] (2004) - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed.. São Paulo: Artmed Editora. 486p. ISBN 85-7307-984-3;
- .BERGER, L. (1995) - *Agir de acordo com as suas crenças e valores*. In: BERGER, L.; MAILLOUX-PORIER, D. - *Pessoas idosas - uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta. Cap. 21.ISBN 972-95399-8-7;
- .BERNAL, I.L. [et al.] (2003) - *La familia en la determinación de la salud*. "Revista Cubana de Salud Pública". Cuba. ISSN 0864-3466. Vol. 29, nº1, p.48-51;
- .BOTELHO, A. (2000) - *A funcionalidade dos idosos*. In: FONSECA, A.M.; PAÚL, C. (coordenação) - *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores. p.115-135. ISBN 972-796-185-1.;
- .BRETÂS, A.C.P.; SOUZA, R.F.S. (2007) - *Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem*. "Revista Brasileira de Enfermagem". Brasil. ISBN 0034-7167.Vol. 60, nº 3, p. 37-45;
- .BRIS, H. J. Le (1994) - *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Lisboa: Conselho Económico e Social. 168 p. ISBN 972-95818-9-4;
- .BROWNE, J.P. [et al.] (1994) - *Individual quality of life in the healthy elderly*. "Quality of life research". Inglaterra. ISSN 0962-9343. Nº 3, p. 235-244;

- .BUCHELE F. [et al.] (2009) – *Qualidade de vida na terceira idade: um instrumento na atenção primária em saúde*. “Revista Cogitare Enfermagem”. Brasil. ISSN 1414-8536. Vol. 14, nº 3 (Julho-Setembro), p.428-439;
- .BULLA, L.C.; KAEFER, C.O. (2003) – *Trabalho e aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso aposentado*. “Revista Texto & Contexto”. Florianópolis. ISSN 0104-0707. Vol. 2, nº 1, p.34-46;
- .CALDAS, C.P. (2000) – *A dimensão existencial da pessoa idosa e seu cuidador*. “Textos Envelhecimento”. Rio de Janeiro. ISSN 1517-5928. Vol.3, nº 4 (Janeiro-Julho) (disponível em: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282000000200004&lng=pt&nrm=iso a 5 de Janeiro 2010);
- .CALDAS, C.P. (2003) – *Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família*. “Revista Cadernos de Saúde Pública”. Rio de Janeiro. ISSN 0102-311X. Vol.19, nº 3 (Maio-Junho), p.773-781;
- .CAMOS, L. L. [et al.] (2005) – *Ansiedad en los cuidadores principales de personas mayores*. “Revista Enfermeria Clínica”. Barcelona. ISSN 1130-8621. Vol.15, nº5, p.251-256;
- .CAMPENHOUDT, L.; QUIVY, R. (1998) – *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ªed.. Lisboa: Editora Gradiva. 282 p. ISBN 972-662-275-1 ;
- .CAMPOS, E.P. (2004) – *Suporte social e família*. In: FILHO, J.M. – *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo. p.141-161. ISBN 85-7396-308-5;
- .CANAVARRO, M. C. [et al.] (2005) – *Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – 100; WHOQOL-bref) para português de Portugal: apresentação de um projecto*. In: Unidade de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida – *Livro de Actas do II Congresso Saúde e Qualidade de Vida*. Porto: Escola Superior de Enfermagem São João. 119 p.;
- .CANAVARRO, M. C. [et al.] (2006 a)) – *Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal*. “Revista Psiquiatria Clínica”. Vol. 27, nº 1, p. 41-49;
- .CANAVARRO, M. C. [et al.] (2006 b)) – *Instrumento WHOQOL-bref versão Portuguesa de Portugal*. Portugal: OMS. 4 p.;
- .CAPELO, F. M. (2000) – *A integração do paciente dependente na família: um estudo de caso num centro de saúde da área da Grande Lisboa*. Lisboa: [s.n.].

Monografia de fim de curso de pós-graduação em Relação de Ajuda apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada;

.CARDOSO, F. A. (2000) - *Ancianidade: contribuição para a avaliação da qualidade de vida de uma população urbana*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Saúde Comunitária apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;

.CARDOSO, I.S. [et al.] (2006) - *Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA*. "Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia". Rio de Janeiro. ISSN 1809-9823. Vol.9, nº1 (disponível em: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232006000100005&lng=pt&nrm=iso a 18 de Março de 2009);

.CARPENTER, D. R.; STREUBERT, H. J. (2002) - *Investigação qualitativa em enfermagem avançando o imperativo humanista*. 2ª ed.. Loures: Lusociência. 383p. ISBN 972-83-83-29-0;

.CARPENITO, L.J. (1995) - *Diagnósticos de Enfermagem. Aplicação à prática*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas;

.CARVALHO, M.L.; NERI, A.L. (2002) - *O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais*. In: CANÇADO, F.A. X. [et al.] - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Cap.94. ISBN 9788527707497;

.CARVALHO; SOUZA, R. (2003) - *Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da psicologia*. "Revista Estudos de Psicologia". Brasil. ISSN 1413-294X. Vol. 8, nº 3 (Setembro-Dezembro), p.515-523 (disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/261/26180319.pdf> a 3 de Janeiro de 2010);

.CASASNOVAS, G.L.; MARÍN, D.C. (2001) - *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Espanha: Fundación la Caixa. 339 p. ISBN 84-88099-72-X;

.CASCAES, A.M. [et al.] (2009) - *Qualidade de vida na Terceira Idade: um estudo na atenção primária em saúde*. "Revista Cogitare Enfermagem". Brasil. ISSN 1414-8536. Vol.14, nº 3 (Julho-Setembro), p.428-434;

.CASTELLÓN, A. (2003) - *Calidad de vida en la atención al mayor*. "Revista Multidisciplinar de Gerontología". Espanha. ISSN 1139-0921. Vol.13, nº3, p.188-192;

.CECON P.R. [e tal.] (2006) - *Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global dos idosos*. "Revista Psiquiatria RS". Brasil. ISSN 0101-8108. Vol. 28, nº 1 (Janeiro- Abril), p.27-38;

- .CERQUEIRA, M. [et al.] (2004) – *Envelhecer em família: cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar Editora. 171p. ISBN 972-43-0861-8;
- .CHANG, B.H. [et al.] (1998) – *The role of religion/spiruality in coping with caregiving for disable elders*. "The Gerontologist". EUA. ISSN 0016-9013. Vol.38, nº 4, p.463-470;
- .CHACHAMOVICK, E. (2005) – *Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-old e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-bref em uma amostra de idosos brasileiros*. Porto Alegre: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências Médicas-Psiquiatria apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 154 p.;
- .CHACHAMOVICK, E. [et al.] (2006 a)) – *A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador*. "Revista Estudos de Psicologia". Brasil. 1413-294X. Vol. 11, nº 2 (Maio-Agosto 2006). ISSN 1413-294X (disponível em: www.scielo.com a 18 de Março de 2009);
- .CHACHAMOVICK, E. [et al.] (2006 b)) – *Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module*. "Revista Saúde Pública". Brasil. ISSN 0034-8910. Vol.49, nº 5, p. 785-791;
- .CHAPPEL, N.; LITKENHAUS, R. (1995) – *Informal caregivers to adults in British Columbia. Join report*. Center on Aging, University of Victoria and The Caregivers Association of British Columbia;
- .CLOS, A. C.; SANTOS, I. (1998) – *Pesquisa Quantitativa e Metodologia*. In: CABRAL, I.E. [et al.] - *Pesquisa em Enfermagem : Novas Metodologias Aplicadas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Cap.1;
- .COCO D. [et al.] (2005) – *Individual and health-related quality of life assessment in amyotrophic lateral sclerosis patients and their caregivers*. "Journal Neurological Sciences". ISSN 0022-510X. Nº238, p. 11-17 (disponível em: [http://www.jns-journal.com/article/S0022-510X\(05\)00228-5/abstract](http://www.jns-journal.com/article/S0022-510X(05)00228-5/abstract) a 5 de Maio de 2010);
- .COLLIÉRE, M.F. (1999) – *Promover a vida: da prática das mulheres aos cuidados de enfermagem*. Coimbra: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 385 p. ISBN 972- 757-109-3;
- .COLLIÉRE, M.F. (2003) – *Cuidar. A primeira arte da vida*. Coimbra: Lusodidacta. 448 p. ISBN 9799728383533;

- .CORREIA, A.P. (2004) - *Necessidades de saúde do Idoso na perspectiva do mesmo*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- .CORREIA, M.A.M. (2005)- *Contributos da Bioética na evolução da Ciência e da Enfermagem*. “Cadernos de Bioética”. Coimbra. Ano XVI, n.º 37 (Abril), p.153-158;
- .COSTA, M.A. (2006) - *Cuidar idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. 2ª ed.. Coimbra: Formasau. 301 p. ISBN 972-8485-74-3;
- .COSTA, L.P.; FRANCO, I. (2001) - *Níveis de dependência dos idosos*. “Revista Geriatria”. Lisboa. ISSN 0871-5383. Vol.14, nº 161 (Dezembro), p.21-25;
- .DALGALARRONDO, P.; FLORIANO, P.J. (2007) - *Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família*. “Revista Brasileira de Psiquiatria”. Brasil. ISSN 1516-4446. Vol.56, nº 3 , p.162-170;
- .DINIS, R.P.A.B. (2007) - *A família do idoso internado: o parceiro esquecido?!*. In: GOMES, I. (coordenação) - *Parceria e cuidado de Enfermagem - uma questão de cidadania*. Coimbra: Formasau. Cap. III. ISBN 978-972-8485-86-3;
- .DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2003) - *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde- OMS. 222 p. (disponível em: <http://arquivo.esse.ips.pt/esse/cursos/edespecial/CIFIS.pdf> disponível a 14 de Junho de 2010);
- .DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2006) - *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. ISBN 972-675-155-1. 25 p.;
- .DOMÍNGUEZ- ALCÓN, C. (1997) - *Família, cuidados informales y políticas de vejez*. In : STAAB, A. S. ; HODGES, L.C. - *Enfermería gerontológica*. México : McGraw-Hill. p. 465-475. ISBN 0-397-54973-3;
- .DUARTE, Y.A.O. (2001) - *Família: rede de suporte ou factor estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares*. São Paulo: [s.n.]. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem apresentada à Escola de Enfermagem de São Paulo;
- .EINSENSTEIN, E. ; LIDCHI, V. (2004) - *Adolescentes e famílias no contexto médico*. In: FILHO, J.M. - *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo;
- .ESPINHEIRA, M.A.M. [et al.] (2009) - *Ser idoso activo*. “Revista Ecos de Enfermagem”. Porto. Ano XXXVIII, nº268 (Janeiro/Fevereiro), p. 50-53;

- .ERMIDA, J.G. (1999) – *Processo de envelhecimento*. In : AGREDA, J.J. ; COSTA, M.A., ERMIDA, J.G. – *O idoso : problemas e realidades*. Coimbra : Formasau. p.41-50. ISBN 972-8485-03-;
- .FÉRES-CARNEIRO, T. (1992) – *Família e saúde mental*. “Psicologia: teoria e pesquisa”. Brasil. ISSN 0102-3772. Vol.8, nº1, p.485-493;
- .FERNANDES, A.A. (1997) – *Velhice e sociedade : demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras : Celta Editora. 211 p. ISBN : 972-8027-83-4;
- .FERNANDES, M. (1996) – *Conceito de qualidade de vida para o idoso*. Lisboa: [s.n.]. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada à Faculdade de Ciências Humanas;
- .FERNANDES, M. H. [et al.] (2009) – *Qualidade de vida e factores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste*. “Revista Brasileira Psiquiatria”. Brasil. ISSN 1516-4446. Vol. 58, nº 1, p.39-44;
- .FERNÁNDEZ-BALLESTERROS, R. (1998) – *Quality of life : The differential conditions*. “Psychology in Spain”. Espanha. ISSN 1137-9685. Vol. 2, nº 1, p.57-65;
- .FERRAZ, M.B.[et al.] (1998)- *Cuidadores: “as vítimas ocultas” das doenças crónicas*. “Revista Brasileira de Reumatologia. Brasil. ISSN 0482-5004. Vol.38, nº4, p.189-192;
- .FERREIRA, T.R. [et al.] (2009) – *Saúde e qualidade de vida : contributos teóricos*. In : NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA – *Saúde e qualidade de vida : estado da arte*. Porto : ESEP. ISBN 978-989-96103-1-6. 283p. ;
- .FIGUEIREDO, D. (2007) – *Cuidados familiares ao idoso dependente*. 1ª ed.. Lisboa: Climepsi Editores. 236p. ISBN 978-972-796-276-1;
- .FIGUEIREDO, D.; SOUSA, L. (2008) – *Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência*. “Revista Portuguesa de Saúde Pública”. Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol.26, nº1 (Janeiro/Junho). P.15-24;
- .FIGUEIREDO, L; [et al.] (2003) – *Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa*. “Revista de Saúde Pública”. São Paulo. ISSN 0034-8910. Vol.37, nº3, p.364-371;
- .FLECK, M.P.A. [et al.] (2000) – *Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”*. “Revista de Saúde Pública”. São Paulo. ISSN 0034-890. Vol.34, nº2, p. 178-183;

- .FONSECA, A.M. (2005) – *O envelhecimento bem-sucedido*. In: FONSECA, A.M.; PAÚL, C. (coordenação) – *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores. p.281-311. ISBN 972-796-185-1;
- .FORTIN, M. F. (2000) – *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência. 388 p. ISBN 972-8383- 10-X;
- .FRANCO, I.; COSTA, L.P. (2001) – *Níveis de dependência dos idosos*. “Revista Geriatria”. Lisboa. ISSN 0871-5383. Vol.14, nº 161 (Dezembro), p.21-25;
- .FRATONI, M.M. [et al.] (2004) – *Questionário de Perfil do Familiar Cuidador – QPFC*. Brasil: GESPI;
- .GALLAGER-THOMPSON D.; THOMPSON, L. (1996) – *Practical issues related to maintenance of mental health and positive well-being in family caregivers*. In: CARSTENSEN, L.; EDELSTEIN, B.; DORNBRAND, L. – *The practical handbook of clinical gerontology*. Thousand Oaks: Sage Publications. ISBN 9780803952379;
- .GAMISANS, M.R. [et al.] (2004) – *Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador informal del enfermo de Alzheimer*. “Aten Primaria”. Vol.34, nº4, p. 170-177;
- .GARRET, C. [et al.] (2004) – *Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (QASCI) – reavaliação das propriedades psicométricas*. “Revista Referência”. Coimbra. ISSN 0874-0283. Nº 11 (Março), p. 17-31;
- .GLOZMAN, J.M. (2004) – *Quality of caregivers*. “Neuropsychology review”.USA. ISSN 1040-7308. Vol. 14, nº4, p. 183-196;
- .HALEY, W. [et al.] (1996) – *Appraisal, coping and social support as mediators of well-being in black and white family caregivers of patients with Alzheimer’s disease*. “Journal of Consulting and Clinical Psychology”.EUA. ISBN 0022-006X. Vol.64, nº1, p.121-129;
- .HALL, M.R.P.; [et al.] (1997) – *Cuidados médicos ao doente idoso*. Lisboa: Climepsi. 280 p. ISBN 972-95908-9-3;
- .HECKHAUSEN, J.; SCHLZ, R. (1996) – *A life span model of successful aging*. “American Psychologist”. EUA. ISSN 0003-066X. Vol. 51, nº7, p.702-714;
- .HENDERSON, V. (2007) – *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta. 92 p. ISBN 978-989-8075-00-0;
- .HERMANN, H. (2009) – *Elogio da velhice*. Portugal: Betrand Editora. 166 p. ISBN 9789722909471 (disponível em: <http://www.citador.pt/citacoes.php?Velhice=Velhice&cit=1&op=8&theme=275&fstrec=90> a 29 de Junho de 2010);

- .HESBEEN, W. (2000) – *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência. 201p. ISBN 972-8383-11-8;
- .HORTELÃO, A. (2004) – *Envelhecimento e qualidade de vida: estudos comparativos de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa*. “Revista Servir”. Lisboa. Vol.52, nº3. P.119-131;
- .HILL, A.; HILL, M.M. (2005) – *Investigação por Questionário*. 2ªed. Lisboa: Edições Sílabo. 377 p. ISBN 972-618-273-5;
- .HUNGLER, B. P.; POLIT, D.F. (1995) – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª ed.. Porto Alegre: Artes Médicas. 391p. ISBN 85-7307-101-X;
- .IMAGINÁRIO, C. (2004) – *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau. 242 p. ISBN 972-8485-38-7;
- .INE (2002 a)) – *Destaque do INE- Informação à Comunicação Social: Censos 2001*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística;
- .INE (2002 b)) – *O Envelhecimento em Portugal*. Lisboa: DECP/Serviços de Estudos sobre a População;
- .INE (2002 c)) – *Censos 2001: XIV Recenseamento Geral da População; IV Recenseamento Geral da Habitação: Resultados Definitivos de Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. 648 p. ISSN 0872-6493;
- .INE (2002 d)) – *Censos 2001: Resultados definitivos Norte*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. 485 p. ISSN 0872-6493;
- .INE (2004) - *Destaque do INE- Informação à Comunicação Social: Dia Internacional da Família*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística;
- .INE (2005) – *Dia Internacional do Idoso: Destaque*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística;
- .INE (2009) – *Estimativas Provisórias de População Residente: Portugal, NUTS II, NUTS III e Municípios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. 223 p. ISSN 1645 8389;
- .JAQUES, M. E. M. R. (2005) – *Idosos e dinâmicas de parceria: contributos para uma velhice bem sucedida*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 345p.;
- .JIMINÉZ NAVASCUÉS, L. [et al.] – *Ancianos: calidad de vida y necesidades básicas*. “Revista ROL de Enfermaria”. Barcelona. SIN 0210-5020. Vol. 22, nº 11 (Novembro), p.743-746;

- .KAHN, R.; ROWE, J. (1998) – *Successful Aging*. Nova Iorque: Pantheon Books. 288 p. ISBN 9780440508632;
- .KALACHE, A. (2004) – *La organización mundial de la salud lanza una nueva iniciativa para afrontar las necesidades sanitarias que plantea el rápido envejecimiento*. Geneva (disponível em: <http://www.who.int/mediacentre> a 3 de Janeiro de 2010);
- .KARSH, U.M. (2003) – *Idosos dependentes: famílias e cuidadores*. “Caderno de Saúde Pública”. Brasil. ISSN 0102-311X . Vol. 19, nº 3, p.861-866;
- .KATZ, S [et al.]. (1983) – *Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living*. “Journal of American Geriatric Society”. EUA. ISSN 0002-8614. Nº 31, p.721-727;
- .KINSELLA, G. [et al.] (1998) – *A review of the measurement of caregiver and family burden in palliative care*. “Journal of Palliative Care”.Vol. 14, nº 2 .p.37-45;
- .KRAUSSE (2001) – *Social support*. In: BINSTOCK, R.; GEORGE, L. – *Handbook of aging and social sciences*. 5ª ed. San Diego: Academic Press;
- .LAGE, I. (2005) – *Cuidados familiares a idosos*. In: FONSECA, A.M.; PAÚL, C. (coord.) – *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores. p.203-229. ISBN 972-796-185-1;
- .LAGE, M.I.G.S. (2007) – *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 424p.;
- .LAHAM, C.F. (2003) – *Percepção de perdas e ganhos subjectivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar*. São Paulo: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Fisiopatologia Experimental apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 161 p.;
- .LAKATOS, E. M.; MARCONI, M.A. (1992) - *Metodologia Científica*, S.Paulo: Editora Atlas. 249 p. ISBN 85-224-0641-3;
- .LAROUSSE (2003) – *Larousse da Terceira Idade*. São Paulo: Larousse Brasil. 320p. ISBN 8589030881;
- .LEININGER, M.M. (1981) – *Caring and Essential Human Need*. Thorofare NJ : Author ed. ;

- .LEME, L. E.G. ; SILVA, P.S.C.P. (2000) – *O idoso e a família*. In : NETTO, M. P. *Gerontologia : a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo : Atheneu. ISBN 85-7379-109-8. P. 92-97 ;
- .LEMOS, N.; MEDEIROS, S.L.(2002) – *Suporte social ao idoso dependente*. In: CANÇADO, F.A. X. [et al.] – *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Cap.107. ISBN 9788527707497;
- .LEHR, U. (1999) – *Process of aging. The need for longitudinal, interdisciplinary crossnational research*;
- .LIMA, A.M.M. [et al.] (2008) – *Envelhecimento bem sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras*. “ Interface- Comunicação, Saúde, Educação”. Vol. 12, nº 27. Brasil (Outubro- Dezembro 2008). ISSN 1414-3283 (disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000400010&script=sci_arttext a 13 de Junho de 2010);
- .LONGINO, C.E. (1987) – *The oldest Americans: state profiles for data-based planning*. Coral gables, F.L.: University of Miami, Department of Sociology;
- .LOPES, L.M.P. (2007) – *Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família*. “Revista Portuguesa de Saúde Pública”. Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol.25, nº 1 (Janeiro-Junho), p.39-46;
- .LUCAS, J. C.; PACHECO, A. (1999) – *Avaliação da qualidade de vida e dependência funcional – idosos com 80 e mais anos – nascidos até 31/12/1998*. “Revista Geriatria”. Lisboa ISSN 0871-5386. Vol.12, nº 12 (Dezembro), p.17-20;
- .MARGOSHES, P. (1995) – *For many, old age is the prime of life*. “Monitor on Psychology”.USA. ISSN 1529-4978. p. 36-37;
- .MARQUES, A. R. [et al.] (1991) – *Reacções emocionais à doença grave*. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica;
- .MARTIN, I. (2005) – *O cuidado informal no âmbito social*. In: FONSECA, A.M.; PÁUL, C. (coord.) – *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores. P.179-202. ISBN 972-796-185-1;
- .MARTINS, M.M, F.P. S. (2002) – *Uma crise accidental na família: o doente com AVC*, Coimbra: Formasau. 269 p. ISBN 972- 8485-30-1;
- .MARTINS, M.M.F.P. (2004) – *O adulto doente e a família uma parceria de cuidados*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;

- .MEDINA, C. (1998) – *Das incapacidades e do acidente cerebrovascular*. In: KARSH S.; URSULA, M. - *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: EDUC. Cap. 6. ISBN 85-283-013-0;
- .MINUCHIN, S. (1990) – *Famílias, funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas. 238 p.;
- .MONTEIRO, D.M.R. (2004) – *Espiritualidade e envelhecimento*. In: PY, L. [et al.] – *Tempo de envelhecer: Percursos e dimensões Psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU. P.
- .MOREIRA, P.H.B. (2009) – *Trabalho e qualidade de vida dos cuidadores domiciliares de idosos residentes em Teixeira, Minas Gerais*. Vila Viçosa- Minas Gerais: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Economia Doméstica apresentada à Universidade Federal de Vila Viçosa. 114p.
- .NERI, A.L.. (2000) – *Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário*. In: DIOGO, M.J.; DUARTE, Y.A.O. – *Atendimento Domiciliar: Um Enfoque Gerontológico*. Brasil: Atheneu. Cap.4. ISBN 85-7379-248-5;
- .NERI, A. (2003) – *Qualidade de vida na idade madura*. 5ª ed. São Paulo: Papyrus Editora. ISBN 85-308-0243-8;
- .NOVAES, M.H. (2002) – *Arte, actividade e afectividade. Qualidade de vida na terceira idade*. In: MONTEIRO, D.M.R. – *Depressão e envelhecimento. Saídas Criativas*. Rio de Janeiro: Revinter Editora. Cap. .ISBN 85-7309-665-9;
- .OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE (2002) – *Há 8% de idosos a viver constantemente acamados.*”Jornal de Notícias”. Porto. Nº 318, ano 114, (15 Abril), p.16;
- .OLIVEIRA, M.A. [et al.] (1992) – *Contribuição para uma postura humana em situação que se relaciona com a morte*. “Revista da Escola de Enfermagem”. São Paulo. ISSN 0080-6234. Vol. 26, nº 3 (Dezembro), p. 365-378;
- .OMS (1985) – *As metas de saúde para todos: metas da estratégia regional europeia para todos*. Lisboa: MS. Departamento de Estudos e Planeamento. 227 p.;
- .OMS. DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL (1998) – Grupo WHOQOL – *Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida*. (WHOQOL). Brasil: OMS (disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqoll.html> a 2 de Novembro de 2009);
- .OMS (2001 a)) – *The world health report*. Geneva: OMS;
- .OMS (2001 b)) – *Salud y envejecimiento: un document para el debate: versión preliminar*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales;

- .OMS (2005) – *Envelhecimento activo: uma política de saúde*. Brasília: OMS;
- .OREM , D. E. (1991) – *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson. 432 p. ISBN 0-8016-6064-5;
- .ORSO, Z.R.A (2008) – *Perfil do cuidador informal de idosos dependentes no Município de Veranópolis-RS*. Porto Alegre: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Gerontologia Biomédica apresentada à Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 116p.;
- .PAÚL, M. C. (1997) – *Lá para o fim da vida, idoso, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almeida. 171 p. ISBN 972-40-100007;
- .PAÚL, M.C. (2005) – *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. “Revista Sociologia”. Porto. ISSN 0872-3419. Vol. 15, p. 275- 287;
- .PASCHOAL, S. M. P. (2000) – *Autonomia e independência*. In: NETTO, M. P. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu. P. 313-323. ISBN 85-7379-109-8;
- .PASCHOAL, S.M.P. (2002) – *Qualidade de vida na velhice*. In: CANÇADO, F.A. X. [et al.] – *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Cap.8. ISBN 9788527707497;
- .PEARSON, M. [et al.] (1993) – *Health on borrowed time? Health and social care in the community*. Nº 1, p.45-54;
- .PÉREZ, S. [et al.] (1999) – *Implementacion de servicios sociales: hacia una atención domiciliaría integral*. In: CONTEL, S. [et al.] – *Atención domiciliaría: organization y práctica*. Barcelona: Springer – Verlag Ibérica. p. 47-58. ISBN 84-07-00203-8.;
- .PINQUART, M; SORENSEN, S. (2003) – *Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health, physical health: a meta-analysis*. “Psychology and aging”. EUA. ISSN 0882-7974. Vol. 18, nº22, p.250-267;
- .PINTO, C. F. C. S. (2007) – *Cuidados prestados pelo cuidador informal. Como promover a sua proficiência?*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Oncologia apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- .PIRES, Z.R.S.; SILVA, M.J. (2001) – *Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso*. “Revista Electrónica de Enfermagem”. Brasil. ISSN 1518-194. Vol. 3, nº2 (Julho-Dezembro) (disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista3_2/autonomia.html a 8 de Maio de 2010);
- .POWER, M.; SCHMIDT, S. (2005) – *Manual da WHOQOL-OLD*. Brasil: OMS. 19 p.;

- .QUARESMA, M.L. (1994) - *Cuidados familiares às pessoas muito idosas - Portugal*. Lisboa: Fundação Europeia para a melhoria das condições de vida e do trabalho. 207p.ISBN 972-95818-9-4;
- .REBELO, A.A.M.(1996) - *Prestadores de cuidados informais: a idosos com 80 e mais anos, na freguesia de Moreira da Maia*. "Revista Geriatria". Lisboa. ISSN 0871-53-86. Ano 9, nº 81 (Janeiro), p.22-28;
- .RIBEIRO, J.L.P. (1999) - *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climpsi Ediores. 147p. ISBN 972-8449-44-5;
- .RIBEIRO, M. [et al.] (1995) - *Programa de apoio a idosos*. Lisboa: Fórum-Formação de Recursos Humanos;
- .RIPER, V. (2001) - *Factors influencing family function and the health of family members*. In: HANSON, S.M. - *Family health care nursing: theory, practise and research*. Philadelphia: F.A. Davies. p-122-145;
- .ROACH, S. (2003) - *Introdução à Enfermagem Gerontológica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 207 p. ISBN 85-277-0860-4;
- .ROBINSON, K. (1990) - *The relationships between social skills, social support, self esteem and burden in adult caregivers*. "Journal of Advanced Nursing". EUA. ISSN 0309-2402. Nº 15, p. 788-795;
- .RUSSO, J. [et al.] (1991) - *Burden: a review of measures used among caregivers of individuals with dementia*. "The Gerontologist". EUA. ISSN 0016-9013. Vol.31, nº1, p. 67-75;
- .SAMPAIO, C. M. C. (2006) - *Idosos de Cedofeita: que qualidade de vida?*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 211p.;
- .SANGUESA GIMENÉZ, M.R.; SAURA HERNANDEZ, S. (2000) - *Promoción de la salud en los mayores*. In: SÁNCHEZ MORENO [et al.] - *Enfermeía comunitária, 3; actuation en enfermería comunitária. Los sistemas y programas de salud*. Madrid: McGraw-Hill. p.131-139. ISBN 84-486-0285-4;
- .SANTOS, A.T.V.M.F. (2004) - *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor apresentado à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação;
- .SANTOS, P. A. (2005) - *O familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social*. Lisboa: [s.n.]. Dissertação para obtenção ao grau de Mestre em Saúde Pública à Escola Nacional em Saúde Pública. 120p.;

- .SARACENO, C. (1997) – *Sociologia da família: perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento. 52 p. ISBN 972-33-1235-2;
- .SEQUEIRA, C. (2007) – *Cuidar de idosos dependentes*. 1ª ed.. Coimbra: Quarteto Editora. 310 p. ISBN 978-989-558-092-7;
- .SILVA, A. [et al.] (1995) – *O papel da família no idoso*. “Informar”. Porto. Vol.º3, nº11 (Outubro-Dezembro), p.9-13;
- .SILVA, C.B.D.C.A. (2008) – *Qualidade de vida de idosos pelas equipas de saúde da família em Rio Grande*. Rio Grande: [s.n.]. Dissertação ao grau de Mestre em Enfermagem apresentada à Universidade Federal do Rio Grande. 111 p.;
- .SMILKSTEIN, G. (1978) – *The family APGAR: a proposol for a family function teste and of use by physicians*. “J.Fam. Pract”. Vol.6, p. 1231-12339;
- .SOMMERHALDER, C. (2001) – *Significados associados a tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto da família*. Campinas: [s.n.]. Dissertação apresentada à Faculdade de Educação à Universidade Estadual de Campinas;
- .SOUSA, M.L. (2007) – *Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação com outras variáveis*. Itatiba: [s.n.]. Dissertação ao grau de Mestre em Psicologia à Universidade de São Francisco;
- .SOUSA, S. M. R. (1993) – *Caracterização de idosos dependentes nas freguesias de Lordelo, Matosinhos e Leça da Palmeira*. “Revista Geriatria”. Lisboa. ISSN 0871-5386. Ano 6, nº 56 (Junho), p.23-30;
- .SPIRDUSO, W. (2005) – *Dimensões básicas do envelhecimento*. Babueri, São Paulo: Manole. 490 p. ISBN 8520413412.
- .STOLTZ, P. [e tal.] (2004) – *Support for family carers who care for na elderly person at home – a systematic literature review*. “Scandinavian Journal of Caring Scicience”. Stocholm, Vol. 18, p. 111-119;
- .TESSARI, O. (2002) – *Qualidade de vida na 3ª Idade*. (disponível em: <http://ajudaemocional.tripod.com/id16.html> a 28 de Junho de 2008);
- .TINKER, A. (1997) – *Older People in modern society*. 4ª ed.. New York: Addison Wesley Longman Publishing Company;
- .TRENTINI, C.M. (2004) – *Qualidade de vida em idosos*. Porto Alegre: [s.n.]. Dissertação ao grau de Doutor em Ciências Médicas: Psiquiatria à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul ;
- .VERÍSSIMO, C.M.F. (2001) – *Envelhecer em famílias: qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos dependentes com domicílio. Contributo para uma*

- investigação multidisciplinar*. Coimbra: [s.n.]. Dissertação ao grau de Mestre à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra;
- .VERÍSSIMO, C. (2004) – *Idosos dependentes: importância dos conceitos para a produção multidisciplinar de cuidados*. “Nursing”. Nº 187 (Abril), p.20-24;
- .VISITANIER, P. [et al.] (1990) – *Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving*. “Journal of Gerontology”. Vol.45, nº5, p.181-191;
- .WATSON, J. (2002) – *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar – Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência. 182 p. ISBN 972-8383-33-9 ;
- .WHO (1999a)) – *Ageing. Exploding the myths*. Geneva: World Health Organization;
- .WHO(1999 b)) – *Home care issues at the approach of 21st century from a World Health Organization*. Geneva: World Health Organization;
- .WHO (2002) – *Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department Ageing and Life Course – Active ageing: a policy framework*. Geneva: World Health Organization;
- .XAVIER, M.F. [et al.] (2003) – *Elderly people’s definition of quality of life*. “Revista Brasileira de Psiquiatria”. Brasil. ISSN 1516-4446. Vol. 25, nº 1 (Março) (disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462003000100007 a 8 de Maio de 2010).

ANEXOS

ANEXO A

Instrumento de Colheita de Dados: “Famílias de Idosos da Quarta Idade: Dinâmicas Familiares”

O presente instrumento de colheita de dados reporta-se a um estudo sobre as famílias de idosos dependentes na quarta idade, intitulado: “Famílias de Idosos da Quarta Idade: Dinâmicas Familiares”.

Trata-se de um estudo desenvolvido pela Enfermeira Raquel Gonçalves, no âmbito da Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

É composto por um conjunto de questionários que se dedica em linhas gerais a: Conhecer a dinâmica do funcionamento familiar em famílias com membros idosos (dependentes, com idade igual ou superior a 80 anos), residentes na região do distrito do Porto. É formado por duas partes, uma parte destinado ao idoso dependente e outra parte, destinado ao cuidador principal do respectivo idoso, quando este reside com o idoso.

Venho solicitar a sua colaboração e autorização para participar no referido estudo, respondendo às questões propostas. Informa-se que os participantes no estudo têm total liberdade para recusar participar na pesquisa ou abandoná-la no seu decurso sem qualquer justificação e também, que será mantido o anonimato e confidencialidade do mesmo estudo.

Respondente nº: _____

PARTE I: IDOSO(A) DEPENDENTE

A) QUESTIONÁRIO DO PERFIL DA FAMÍLIA CUIDADORA DE IDOSOS FRAGILIZADOS

Identificação do(a) idoso(a)

I.001. Sexo	1. Masculino	2. Feminino
--------------------	--------------	-------------

I.002. Qual é a idade do(a) idoso(a)?	anos	Data de nascimento ____/____/____
--	------	-----------------------------------

I.003. O(a) idoso(a) tem religião?	1.Sim	2.Não (passe para a questão I.005)	3. Não sei (passe para a questão I.005)
---	-------	---------------------------------------	--

I.004. a) Qual é a religião do(a) idoso(a)?			
I.004. b) É ou era praticante?	1.Sim	2.Não	3. Não sei

I.005. Qual é a escolaridade máxima do (a) idoso(a)?	Nenhuma	1º- 4º ano	5º-6º ano	7º-9º ano	10º- 12º ano	Estudos Universitários	Formação pós-graduada	Outra. Especifique: _____
---	---------	------------	-----------	-----------	--------------	------------------------	-----------------------	---------------------------

I.006. Qual o estado conjugal actual do(a) idoso(a)?	Solteiro(a) (passe à I.008)	1º casamento/ morando junto Há quanto tempo? _____	Divorciado/separado Há quanto tempo? (passe à I.008)	Viúvo(a) Há quanto tempo? _____ (passe à I.008)	2º casamento/ morando junto Há quanto tempo? _____	Outro. Especifique: _____
---	------------------------------------	--	--	---	--	---------------------------

I.007. Em caso de o(a) idoso(a) estar vivendo com o(a) cônjuge ou companheiro(a), qual é a sua idade?	anos
--	------

I.008. Quantos filhos adultos o(a) idoso(a) tem e idades respectivas:	1. ____ filhas. Idades: _____	2. ____ filhos. Idades: _____	3. Nenhum
--	-------------------------------	-------------------------------	-----------

Condição de Saúde / Doença do(a) idoso(a) em cuidados

I.009. Quais são os diagnósticos médicos confirmados do(a) idoso(a)?	1. Hipertensão arterial ☐	2. Cardiopatia ☐	3. Sequela de AVC ☐	4. Cancro ☐	5. Diabetes Mellitus ☐	6. Osteoporose ☐	7. Doença de Parkinson ☐	8. Outras ☐
---	--	---	--	------------------------------------	---	---	---	------------------------------------

I.010. a) O(a) idoso(a) tem outros problemas ou queixas de saúde?	1. Sim	2. Não
I.010. b) Especifique.		

I.011. Quais são as medicações que o(a) idoso(a) usa actualmente? Especifique cada uma assinalando, se com ou sem receita médica.	MEDICAMENTOS/ REMÉDIOS	Receita Médica	
		Sim	Não

Fonte: Adaptado de Fratoni *et al.* , 2004

B) ÍNDICE DE BARTHEL

Assinale a opção que lhe parece mais adequada relativa ao seu grau de dependência:

ÍTEM	AVD	
I.012. Alimentação	Independente (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	
	Dependente	
I.013 Vestir	Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	
	Necessita de ajuda (pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	
	Dependente	
I.014 Banho	Independente (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	
	Dependente	
I.015 Higiene Corporal	Independente (lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	
	Dependente	
I.016 Uso da casa de banho	Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	
	Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	
	Dependente	
I.017 Controlo intestinal	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de ajuda para enemas ou microlax, fá-lo sozinho)	
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajudas para enemas e microlax)	
	Incontinente fecal	
I.018 Controlo vesical	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector, fá-lo sozinho)	
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou colector)	
	Incontinente ou algaliado	
I.019 Subir escadas	Independente (sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	
	Dependente	
I.020 Transferência cadeira-cama	Independente (não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	
	Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima e supervisão)	
	Necessita de grande ajuda (é capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	
	Dependente	
I.021 Deambulação	Independente (caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas, ...)	
	Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	
	Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros)	
	Dependente	

Fonte: Sequeira, 2007, p. 142, 143

C) WHOQOL- BREF

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas. Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que precisa?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor, leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela e coloque um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

	Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
I.022. Como avaliaria a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
I. 023. Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

	Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
I.024. Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa fazer?	1	2	3	4	5
I.025. Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
I.026. Até que ponto gosta da sua vida?	1	2	3	4	5
I.027. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
I.028. Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
I.029. Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
I.030. Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
I.031. Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
I.032. É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
I.033. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
I.034. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5

I.035. Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
I.036. Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio (a)]?	1	2	3	4	5

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
I.037. Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
I.038. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
I.039. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
I.040. Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
I.041. Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
I.042. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
I.043. Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
I.044. Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
I.045. Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
I.046. Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequente mente	Sempre
I.047. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Fonte: Canavarro *et al.*, 2006

D) WHOQOL-OLD

Pede-se que se pense na sua vida nas duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Preocupa-se com o que o futuro poderá trazer?	1	2	3	4	5

Deve assinalar com um círculo o número que melhor reflecte o que você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Assinalava o número 4, se se preocupou com o futuro bastante ou o número 1, se não se tivesse preocupado nada com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e assinale o número na escala que melhor se adequa.

As seguintes questões perguntam sobre os sentimentos que tem tido nas duas últimas semanas.

	Nada	Muito pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
I.048. Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto) afectam a sua vida diária?	1	2	3	4	5
I.049. Até que ponto a perda dos sentidos afecta a sua capacidade de participar em actividades?	1	2	3	4	5
I.050. Tem liberdade para tomar as suas próprias decisões?	1	2	3	4	5
I.051. Até que ponto controla o seu futuro?	1	2	3	4	5
I.052. Sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	1	2	3	4	5
I.053. Preocupa-lhe a maneira como irá morrer?	1	2	3	4	5
I.054. Tem medo de não poder controlar a sua morte?	1	2	3	4	5
I.055. Tem medo de morrer?	1	2	3	4	5
I.056. Teme sofrer dor antes de morrer?	1	2	3	4	5

As seguintes questões referem-se a se sentiu apto nas duas últimas semanas a realizar determinadas coisas.

	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
I.057. Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos afecta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?	1	2	3	4	5
I.058. Até que ponto consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	1	2	3	4	5
I.059. Até que ponto está satisfeito(a) com as oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	1	2	3	4	5
I.060. Acha que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	1	2	3	4	5
I.061. Até que ponto sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas referem-se à sua satisfação sobre vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
I.062. Está satisfeito(a) com o que alcançou na sua vida?	1	2	3	4	5
I.063. Está satisfeito(a) com a maneira como usa o seu tempo?	1	2	3	4	5
I.064. Está satisfeito (a) com o seu nível de actividade?	1	2	3	4	5
I.065. Está satisfeito(a) com as oportunidades que tem para participar em actividades da comunidade?	1	2	3	4	5

	Muito infeliz	Infeliz	Nem infeliz nem feliz	Feliz	Muito feliz
I.066. Está feliz com as coisas que pode esperar daqui para a frente?	1	2	3	4	5

	Muito mau	Mau	Nem mau nem bom	Bom	Muito bom
I.067. Como avalia o funcionamento dos seus sentidos?	1	2	3	4	5

As seguintes questões referem-se ao seu relacionamento íntimo. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou a uma pessoa próxima com a qual pode partilhar (dividir) a sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
I.068. Até que ponto tem um sentimento de companheirismo na sua vida?	1	2	3	4	5
I.069. Até que ponto sente amor na sua vida?	1	2	3	4	5
I.070. Até que ponto tem oportunidades para amar?	1	2	3	4	5
I.071. Até que ponto tem oportunidades para ser amado?	1	2	3	4	5

Fonte: Adaptado de Power, Schmidt, 2005

D) APGAR DE FAMÍLIA

Assinale a opção que lhe parece mais adequada:

Questões	Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Raramente	Nunca
I.072. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa					
I.073. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema					
I.074. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida					
I.075. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos (ex. irritação, pesar e amor)					
I.076. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família					

Fonte: Martins, 2002, p. 286

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

PARTE II – CUIDADOR PRINCIPAL QUE RESIDA COM O(A) IDOSO(A)

A) QUESTIONÁRIO DO PERFIL DA FAMÍLIA CUIDADORA DE IDOSOS FRAGILIZADOS

Identificação

F.001. Sexo	1. Masculino		2. Feminino							
F.002. Qual é actualmente o seu estado conjugal?	Casado/morando junto Há quanto tempo? _____	Viúvo(a) Há quanto tempo, a sua ultima viuvez? _____	Divorciado(a)/separado(a) Há quanto tempo nesta ultima separação? _____	Solteiro/a						
F.003. Qual é a sua idade?	_____ anos		Data de nascimento ____/____/____							
F.004. Tem religião?	1.Sim		2.Não (passe para a questão F.006)							
F.005. a) Qual é a sua religião?										
F.005. b) É praticante?	1.Sim		2.Não							
F.006. Qual é sua escolaridade máxima?	Nenhuma	1º- 4º ano	5º-6º ano	7º-9º ano	10º-12º ano	Estudos Universitários	Formação pós-graduada	Outra. Especifique: _____		
F.007. Trabalha fora como ocupação remunerada actualmente?	1. Sim		2. Não (passe para a questão F.012)		3. Aposentado/pensionista (passe para a questão F.012)					
F.008. Qual a sua profissão/ocupação?										
F.009. Onde trabalha?										
F.010. Quantas horas semanais trabalha?										
F.011. Qual é o turno de trabalho?	1. Diurno		2. Nocturno		3. Outros. Especifique _____					
F.012. Quantos filhos(as) tem?	1. ____ filhos		2. ____ filhas.		3. Nenhum					
F.013. Quantos filhos/netos ou outros dependentes tem além do(a) idoso(a) que cuida?										
F.014. Qual é o seu parentesco com o(a) idoso(a) que cuida?	1.Cônjuge/ companheiro(a) ☐ 2.Filha ☐ 3.Filho ☐ 4 .Neta ☐ 5.Neto ☐ 6.Irmã ☐ 7.Irmão ☐ 8.Outro ☐ Especifique: _____									
F.015. De quem é a casa onde mora juntamente com o(a) idoso(a) cuidado(a)?	1.Cuidador ☐ 2.Idoso cuidado ☐ 3.Outros familiares ☐ 4.Alugada ☐ 5.Usufruto do idoso ☐ 6.Outros ☐ Especifique: _____									
Estado de Saúde do familiar cuidador								☐		
F.016. Em geral você, como cuidador(a), diria que a sua saúde está:	1.Óptima		2.Boa		3.Regular		4. Má		5.Péssima	
F.017. Em comparação com os 5 últimos anos, diria que a sua saúde hoje está:	1. Melhor				2. Igual				3. Pior	
F.018. Em comparação com as outras pessoas de sua idade, diria que a sua saúde está:	1. Melhor				2. Igual				3. Pior	
F.019. a) Actualmente está com algum problema de saúde?	1. Sim		2. Não							
F.019. b) Quais e há quanto tempo?										
F.020. Faz tratamento dos seus problemas de saúde?	1. Não . Porquê? _____					2. Sim				
F.021. Onde costuma fazer os tratamentos de seus problemas de saúde?	1. Centro ou posto de saúde/hospital público (SUS) ☐ 2. Plano de saúde ☐ Especifique: ____ 3. Serviços particulares ☐ Especifique: _____ 4. Outros ☐ Especifique: _____									

Fonte: Adaptado de Fratoni *et al.*, 2004

B) WHOQOL- BREF

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas. Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que precisa?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio das outras nas duas últimas semanas.

Por favor, leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela e coloque um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

	Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
F.022. Como avaliaria a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
F. 023. Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

	Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
F.024. Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa fazer?	1	2	3	4	5
F.025. Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
F.026. Até que ponto gosta da sua vida?	1	2	3	4	5
F.027. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
F.028. Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
F.029. Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
F.030. Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F.031. Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
F.032. É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
F.033. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
F.034. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5

F.035. Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
F.036. Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio (a)]?	1	2	3	4	5

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
F.037. Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
F.038. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
F.039. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
F.040. Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
F.041. Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
F.042. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
F.043. Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
F.044. Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
F.045. Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
F.046. Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequente mente	Sempre
F.047. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Fonte: Canavarro *et al.*, 2006

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO B

DECLARAÇÃO

Eu, _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser participar no estudo intitulado: **“Famílias de Idosos da Quarta Idade: Dinâmicas Familiares”**, desenvolvido pela Enfermeira Raquel Gonçalves, aluna do Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, sobre a orientação da Professora Maria Manuela Martins.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

Fui informado (a) do objetivo do estudo, que em linhas gerais é: Conhecer a dinâmica do funcionamento familiar em famílias com membros idosos (dependentes, com idade igual ou superior a 80 anos), residentes na região do distrito do Porto.

A minha colaboração se fará pelo fornecimento de informações em resposta à aplicação de instrumentos a ser feita pela Enfermeira acima referenciada.

Fui informado (a) de que tenho total liberdade para recusar participar na pesquisa ou abandoná-la no seu decurso sem qualquer justificação e também, que será mantido o anonimato e confidencialidade do estudo.

Local de Pesquisa: _____, ____ de _____ de _____

Assinatura dos participantes: _____

ou impressão digital:

Assinatura da pesquisadora local: _____

Nota: O presente documento, assinado em duas vias: ficará uma via na posse do pesquisador e outra na posse dos próprios participantes da pesquisa

