

Mónica Oliveira Medeiros Botelho

“IDOSO QUE CUIDA DE IDOSA”



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

Orientadora - Prof. Doutora Maria Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa.

Professora Coordenadora com Agregação do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

*“Sei que o meu trabalho é pequeno como a gota
no oceano, mas sem ele o oceano seria menor.”*

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

À família, em especial ao Bruno e à Patrícia, que compreendeu as minhas ausências e os meus desalentos mas que também partilhou as minhas conquistas.

À Prof. Doutora Arminda Costa pela oportunidade da sua orientação e pelas suas palavras de sabedoria.

Aos idosos que permitiram a realização deste estudo.

Aos meus amigos de mestrado, em particular ao Ricardo, que durante esta caminhada me acompanharam.

A todos os que directa ou indirectamente colaboraram neste estudo, desde a sua concepção até à sua realização, o meu muito obrigado!

RESUMO

No contexto da sociedade de hoje, onde nos encontramos numa época verdadeiramente pautada por profundas transformações estruturais, o fenómeno do envelhecimento constitui um dos maiores desafios não só a nível da saúde mas também a nível social e político. A associação da fragilização provocada pelo envelhecimento com a longevidade origina vulnerabilidade a diferentes patologias, acarretando dependência e consequente necessidade de prestadores de cuidados.

Sousa e Figueiredo (2004) estimam que a participação dos homens na prestação de cuidados informais a idosos dependentes seja de 25%. No entanto Russel (2007) afirma que, nas últimas duas décadas na literatura sobre o cuidador, o homem tem sido mencionado ocasionalmente, onde as experiências destes têm sido negligenciadas ou marginalizadas ou pelo menos menosprezadas relativamente à mulher cuidadora.

Este estudo qualitativo insere-se no paradigma emergente e tem características fenomenológicas, sendo também exploratório-descritivo. O mesmo surgiu da pergunta de partida: **"Que necessidades tem o cuidador idoso, masculino, que cuida de uma idosa dependente?"** Tendo por base a metodologia utilizada, a colheita de dados foi efectuada através de uma entrevista semi-estruturada a cinco cuidadores idosos masculinos.

O mesmo está dividido em duas partes: "Da máscara da dádiva ao rosto que acolhe" e "Caminhando pelas mãos que dão: o estudo empírico".

Na primeira parte apresentamos dois capítulos, em que no primeiro abordamos o que rodeia o envelhecimento, a perspectiva histórica, os aspectos demográficos bem como os seus conceitos. No segundo descortinamos o que circunda os cuidadores, não só os informais como também os profissionais, e as orientações e regulamentação profissional em relação aos cuidados aos idosos.

No primeiro capítulo da segunda parte, fez-se uma análise da problemática inerente aos cuidadores informais bem como da metodologia utilizada. No segundo, caracterizou-se o cuidador informal idoso, descreveu-se as motivações para cuidar da sua esposa, as consequências que daí advieram, os apoios recebidos e as necessidades expressas durante esse processo de cuidar.

Como conclusões podemos tecer que:

- O cuidador deste estudo, do sexo masculino, é definido como um idoso jovem que cuida da sua esposa há cerca de 8 anos, com escolaridade básica e sofrendo de múltiplas patologias crónicas.
- A natureza subjectiva da experiência do cuidado engloba motivações positivas e negativas.
- Os apoios que os cuidadores recebem são de natureza informal e formal. A sua existência proporciona-lhes algum “alívio” no desempenho do seu papel.
- Os discursos dos idosos cuidadores, face às vulnerabilidades do seu envelhecimento e da ocupação diária com os cuidados à idosa, revelam diversas consequências. Na dualidade das consequências positivas e das negativas sobressai uma “doação de si mesmo”.
- As necessidades sentidas pelos cuidadores são diversas, desde a esfera psico-fisiológica à sócio-relacional e espiritual, passando pela (in)formação e plano económico.

Da nossa análise e concordando com Cuesta (1997) quando esta refere que os resultados da investigação qualitativa contribuem para aumentar os nossos conhecimentos sobre significados, experiências e processos, permitindo-nos melhor compreender o mundo que nos rodeia, passamos a compreender melhor quais as necessidades destes idosos.

Por outro lado, achamos que este estudo trouxe contributos aos participantes, uma vez que tiveram oportunidade de falar abertamente sobre a sua situação.

Pensamos também trazer contributos para todos os profissionais de enfermagem que tenham oportunidade de ler este trabalho, uma vez que ao conhecerem as necessidades dos cuidadores informais idosos poderão proporcionar apoio personalizado num momento difícil da vida destes.

SUMMARY

Within the scope of today's society, where we find ourselves in a time truly moved by deep structural changes, the aging phenomenon is one of the biggest challenges, not only in what health is concerned but also at a political and social level. The combination of fragility caused by aging, with longevity, makes a person vulnerable to all sorts of pathologies, causing dependence and consequently the need for caretakers.

Sousa and Figueiredo (2004) estimate that, the percentage of men rendering informal care to dependent elderlies is around 25%. However, Russel states that, in the last two decades, in literature about the caretaker, men caretakers have been mentioned only occasionally, and their experiences have been neglected or marginalized or used solely in contrast with the woman caretaker.

This is a qualitative study set in the growing paradigm and with phenomenon characteristics, being also exploratory and descriptive. This study arose from the following question: **"What are the needs of the elderly caretaker, male, that looks after an elderly dependent woman?"** The gathering of information was made through a semi-structured interview made to five elderly men caretakers.

It's divided into two parts: From the mask of giving to the face that receives and Walking by the hands that give: the empirical study.

In the first part, two chapters are presented, the first one focuses on what surrounds aging, the historical perspective, the demographical characteristics as well as its concepts. In the second one, the focus is set on caretakers' work environment, not only informal ones but also professionals, and guidelines and professional regulations concerning taking care of elderlies.

Regarding the second part, and in the first chapter, an analysis has been made of the problematic concerning the informal caretakers as well as the methodology used. In the second chapter, a description was made of the informal elderly caretaker, what drives him to look after his wife and its consequences, the support received and the needs that exist during this care taking process.

As a result:

- We can define the caretaker as an young elderly man that looks after his wife, for nearly eight years, with basic education and suffering from multiple chronic pathologies.
- The subjective nature of the taking care experience has positive as well as negative motivations.
- The support that caretakers receive is both of an informal and formal nature. This gives them some kind of “relieve” in the performance of their role.
- Due to vulnerabilities of their aging and the daily task of looking after the elderly women the speeches of the elderly caretakers reveal several consequences. In the duality of positive and negative consequences one can see a “giving of oneself”.
- The needs felt by the caretakers are several, going from the psychological and physiological to the socio-relational as well as spiritual sphere, and to the information, education and monetary level.

Cuesta says that the result of a qualitative investigation increases our knowledge about meanings, experiences and processes, allowing us to better understand the world that surrounds us.

From our analysis we realize that, on one hand, we have benefited from this study, because now we can better understand the needs of the elderlies. On the other hand, we believe that it has brought also benefits to partakers, because they've had the opportunity to speak freely about their situation.

We think that it can also bring benefits to all nursing professionals that might have the opportunity to read this paper, because by knowing the needs of the informal elderlies caretakers, they can give them a better support in a tough moment of their lives.

RÉSUMÉ

Dans le contexte de la société d'aujourd'hui, où nous nous trouvons dans une époque marquée par de profondes transformations structurelles, le phénomène du vieillissement représente un des plus grands défis non seulement au niveau de la santé mais aussi au niveau socio-politique. L'association de la fragilisation, provoquée par le vieillissement, et de la longévité rend les personnes vulnérables à différentes pathologies, entraînant dépendance et le besoin conséquent de prestataires de soins.

Sousa et Figueiredo (2004) considèrent que la participation des hommes dans la prestation de soins informels aux personnes âgées dépendantes est de 25%. Cependant Russel (2007) affirme que, dans la littérature des vingt dernières années concernant le soignant, l'homme a été mentionné occasionnellement, quand leurs expériences ont été de négligence ou marginalisées, ou quand elles ont servi de contraste avec la femme soignante.

Cette étude qualitative s'insère dans le paradigme émergent et a des caractéristiques phénoménologiques, et est également exploratoire et descriptive. Ce dernier trouve son origine dans la question: «**Quels sont les besoins du soignant âgé, de sexe masculin, qui soigne une personne âgée dépendante?**». Basée sur la méthodologie utilisée, le relevé des données a été effectué au moyen d'un entretien semi structuré, à cinq soignants âgés et du sexe masculin.

Cette même étude est divisée en deux parties: «Da máscara da dádiva ao rosto que acolhe» et «Caminhando pelas mãos que dão»: l'étude empirique.

Dans la première partie nous présentons deux chapitres. Le premier est consacré au vieillissement, la perspective historique, les aspects démographiques ainsi que ses concepts. Dans le second chapitre, nous révélons le monde des soignants, non seulement les informels mais aussi les professionnels, ainsi que les orientations et la réglementation professionnelle concernant les soignants des personnes âgées.

Quant à la deuxième partie, et dans le premier chapitre, on a réalisé une analyse de la problématique inhérente aux soignants informels ainsi que la méthodologie utilisée. Dans le second chapitre, on a caractérisé le soignant informel âgé, ses motivations pour soigner son épouse, les conséquences qui en adviennent, les aides reçues et les besoins exprimés durant le processus de soin.

Nous pouvons conclure que:

- Le soignant de cette étude, du sexe masculin, est défini comme une personne âgée jeune qui s'occupe de son épouse depuis à peu près 8 ans, sans études et souffrant de diverses pathologies chroniques.
- La nature subjective de l'expérience du soin présente des motivations positives et négatives.
- Les aides reçues par les soignants sont de nature informelle et formelle. Le fait d'exister leur proportionne un certain «soulagement» dans le rôle qu'ils jouent.
- Les discours des soignants âgés, face aux vulnérabilités de leur vieillissement et de leur occupation quotidienne au niveau des soins donnés à la personne âgée, révèlent diverses conséquences. Dans la dualité des conséquences positives et négatives, ressort un «don de soi-même»
- Les besoins ressentis par les soignants sont divers, depuis la sphère psychophysiologique à la sphère socio-relationnelle et spirituelle, en passant par l'(in)formation et le plan économique.

De notre analyse et en accord avec Cuesta (1997) quand elle mentionne que les résultats de l'enquête qualitative contribuent à l'augmentation de nos connaissances sur les significations, expériences et processus, nous permettant ainsi de mieux comprendre notre environnement, nous passons à mieux comprendre quels sont les besoins de ces personnes âgées.

D'autre part, nous pensons qu'elle a eu un effet positif auprès des participants, puisqu'ils ont eu l'opportunité de parler librement sur leur situation.

Nous pensons apporter des contributions à tous les professionnels infirmiers qui ont lu ce travail, car en connaissant les besoins des soignants âgés informels, ils peuvent, ainsi, apporter une aide personnalisée dans un moment difficile dans la vie de ces derniers.

ABREVIATURAS, SIGLAS E SINAIS CONVENCIONAIS

A.C. - Antes de Cristo.

C – Cuidador.

DR - Diário da República.

E - Entrevistador.

Ed. – Edição.

Edit. – Editore(s).

Et al. – E outros (abreviatura da expressão latina “et alii”).

INE - Instituto Nacional de Estatística.

INS - Inquérito Nacional de Saúde.

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Km² - Quilómetro quadrado.

LUSA - Agência Portuguesa de Notícias.

Nº - Número.

OMS - Organização Mundial de Saúde.

ONU - Organização das Nações Unidas.

P. - Página.

PD - Ponta Delgada.

RAA - Região Autónoma dos Açores.

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

SREA - Serviço Regional de Estatística dos Açores.

S l. – Sem local de edição (abreviatura da expressão latina “sine loco”).

S n. – Sem nome de editor (abreviatura da expressão latina “sine nomine”).

Vol. – Volume.

≥ - Maior ou igual.

% - Percentagem.

SUMÁRIO

	p.
<u>INTRODUÇÃO</u>	17

PARTE I – DA MÁSCARA DA DÁDIVA AO ROSTO QUE ACOLHE

CAPÍTULO I – <u>DO ENVELHECER AO SER IDOSO</u>	21
1.1 – PERSPECTIVA HISTÓRICA SOBRE O ENVELHECIMENTO	21
1.2 – CONSIDERAÇÕES DEMOGRÁFICAS SOBRE O ENVELHECIMENTO	25
1.2.1 – <u>No mundo</u>	26
1.2.2 – <u>Em Portugal: Continente e Região Autónoma dos Açores</u>	27
1.3 – O(S) CONCEITO(S) DE ENVELHECIMENTO	37
 CAPÍTULO II – <u>DO SER IDOSO AO NECESSITAR DE CUIDADOS</u>	41
2.1 – CUIDADOS E CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS	41
2.1.1 – <u>Emergência do papel de cuidador</u>	41
2.1.2 – <u>Papéis e motivações dos cuidadores</u>	42
2.1.3 – <u>A sobrecarga dos cuidadores</u>	45
2.2 – OS CUIDADORES PROFISSIONAIS	49
2.2.1 – <u>A equipe multiprofissional e o papel do enfermeiro gerontogeriátrico</u>	49
2.2.2 – <u>O cuidador idoso como centro de cuidados</u>	52
2.3 – ORIENTAÇÕES E REGULAMENTAÇÃO PROFISSIONAL EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS AOS IDOSOS	63

PARTE II – CAMINHANDO PELAS MÃOS QUE DÃO: O ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO I – <u>TEMÁTICA EM ESTUDO E METODOLOGIA</u>	67
1.1 – DA PROBLEMÁTICA ÀS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	67
1.2 – OBJECTIVOS	71
1.3 – TIPO DE ESTUDO E PARADIGMA	72
1.3.1 – <u>Participantes e contexto do estudo</u>	74
1.4 – TÉCNICA DE COLHEITA DE DADOS	76
1.5 – TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	79
1.6 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	83
1.7 – LIMITAÇÕES E DIFICULDADES DO ESTUDO	84

CAPÍTULO II – <u>O CUIDADOR INFORMAL IDOSO</u>	86
2.1. – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	86
2.2 – AS MOTIVAÇÕES PARA CUIDAR	90
2.3 – APOIOS RECEBIDOS	93
2.4 – CONSEQUÊNCIAS ASSOCIADAS AO SEU DESEMPENHO.....	98
2.5 – NECESSIDADES	104
2.6 – SÍNTESE FINAL DE DADOS	116
 <u>CONCLUSÃO E SUGESTÕES DO ESTUDO</u>	 119
 <u>BIBLIOGRAFIA</u>	 122
 ANEXOS	 138
ANEXO I – Guião da entrevista.....	139
ANEXO II – Pedido de autorização para consulta dos registos de enfermagem relativos às visitas domiciliárias da Equipa de Enfermagem do Centro de Saúde de PD	144
ANEXO III – Autorização cedida para consulta dos registos de enfermagem relativos às visitas domiciliárias da Equipa de Enfermagem do Centro de Saúde de PD	146
ANEXO IV – Consentimento informado.....	148
ANEXO V – Transcrição de uma entrevista.....	151
ANEXO VI – Matriz de codificação global	160
ANEXO VII – Matriz de codificação por unidade de análise	164

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

	p.
Diagrama nº 1 - Motivações extrínsecas dos cuidadores	91
Diagrama nº 2 - Motivações intrínsecas dos cuidadores	92
Diagrama nº 3 - Apoio informal que os cuidadores recebem.....	93
Diagrama nº 4 - Apoio formal que os cuidadores recebem.....	96
Diagrama nº 5 - Consequências negativas.....	99
Diagrama nº 6 - Consequências positivas	103
Diagrama nº 7 - Necessidades psico-fisiológicas	105
Diagrama nº 8 – Necessidade de (in)formação	108
Diagrama nº 9 – Necessidades sócio-relacionais e espirituais	110
Diagrama nº 10 – Necessidade de recursos económicos.....	112
Diagrama nº 11 – Necessidade de apoio formal.....	113

ÍNDICE DE FIGURAS

p.

Figura nº 1 - Taxa média de crescimento anual da população total e da população com 60 anos ou mais, no mundo, 1950-2050	26
Figura nº 2 - Alguns indicadores demográficos que ilustram o duplo envelhecimento demográfico, Portugal, 1991-2001	28
Figura nº 3 - Esperança média de vida à nascença (anos), por sexos, Portugal, 1987 - 2006.....	29
Figura nº 4 - Índice de envelhecimento segundo o sexo, Portugal, 1960-2000	29
Figura nº 5 - Evolução da proporção da população jovem e idosa, Portugal, 1960 - 2001.....	30
Figura nº 6 - Pirâmides etárias, Portugal, 1987-2006	31
Figura nº 7 - Evolução das famílias clássicas segundo a sua composição, Portugal, 1991 - 2001	32
Figura nº 8 - Taxa média anual de crescimento, população total e idosa, Portugal, 1960 - 2050.....	33
Figura nº 9 - Ilha de São Miguel	36
Figura nº 10 - Concelho de Ponta Delgada	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	p.
Gráfico nº 1 - Idade dos cuidadores (anos)	87
Gráfico nº 2 - Parentesco dos cuidadores	87
Gráfico nº 3 - Escolaridade dos cuidadores.....	88
Gráfico nº 4 - Principais problemas de saúde dos cuidadores.....	89
Gráfico nº 5 - Decurso da actividade de cuidador (anos).....	90

ÍNDICE DE QUADROS

	p.
Quadro nº 1 - Número e percentagem de população idosa, por Ilha, na RAA	34
Quadro nº 2 - Número da população idosa por grupos etários, por Ilha, da RAA	35
Quadro nº 3 - Número da população idosa residente, por grupos etários, do Concelho de Ponta Delgada	36

INTRODUÇÃO

O Homem, enquanto ser que interage com o meio, desde cedo, se viu confrontado com múltiplos estímulos que, em jeito de ferro em brasa, o obrigaram a interrogar sobre si e para si. Uma das interrogações que o acompanha desde os seus primórdios, e que de certa forma moveu todo este estudo que aqui se apresenta, advém do quadro natural do envelhecimento, tão bem representado pelo Enigma da Esfinge e com um elevado peso simbólico na sociedade actual: Que criatura pela manhã tem quatro pés, ao meio-dia tem dois, e à tarde tem três? O decifrar desse enigma, por Édipo, foi através da resposta: O Homem, uma vez que engatinha em bebé, anda sobre dois pés na idade adulta e usa um apoio quando é velho.

É indiscutível que, ao longo da sua história, o Homem sempre se relacionou com o envelhecimento de forma ambígua; ora acarinhando-o, ora desprezando-o, ficando essa forma de estar perante o outro mais velho ao sabor de paradigmas filosóficos, correntes económicas e cenários político-culturais.

Porém, sente-se que o século XXI irá trazer novos desafios, com os quais o Homem nunca teve que lidar, que brotam de profundas alterações sociais, económicas, científicas e tecnológicas. Kofi Annan (2002),¹ enquanto Secretário-Geral das Nações Unidas, assume esta preocupação ao materializá-la da seguinte forma: “Estamos no meio de uma revolução silenciosa. É uma revolução que ultrapassa o âmbito da demografia e tem importantes repercussões económicas, sociais, culturais, psicológicas e espirituais. É uma revolução que atinge mais profundamente os países em desenvolvimento, não só porque a maioria dos idosos vive nestes países, mas também porque o ritmo do envelhecimento é já aí - e continuará a ser - muito mais rápido.”.

Este permanente envelhecimento da população levanta desafios sociais, económicos e tem maior impacto nas políticas de saúde. É um fenómeno que necessita de constantes reflexões cuidadas, visto que todo o envelhecimento demográfico, as alterações de natureza epidemiológica e os comportamentos sócio-familiares determinam nas sociedades actuais novas necessidades ao nível da saúde.

O aumento da longevidade e o envelhecimento da população acarretam uma sobrecarga do sistema de saúde e de protecção social, criando, assim, uma crescente

¹ Dados consultados a 22 de Junho de 2006, em www.onuportugal.pt

pressão a nível governamental no sentido de transferir a responsabilidade da prestação de cuidados para o núcleo familiar. Sendo assim, surgem os cuidadores informais, geralmente um familiar, que, e em consonância com as políticas de saúde e sociais, tem como prioridade a manutenção do idoso no domicílio.

Karsch (2003) refere que as políticas de protecção do idoso se apresentam restritas na oferta de serviços e programas de saúde pública bem como na amplitude da sua intervenção e que o estado se apresenta como um parceiro pontual, com responsabilidades diminutas, atribuindo à família a maior responsabilidade nos cuidados prestados ao idoso dependente. Navaie-Waliser et al. (2002) defendem a necessidade do desenvolvimento de serviços e programas acessíveis e inovadores que possibilitem proporcionar apoio aos cuidadores aquando do desempenho do seu papel. Já em 1989, a OMS, citada por Pacheco e Santos (2004), se referia à necessidade de se desenvolverem estudos e pesquisas de forma a subsidiarem a tomada de decisão e à de dirigirem as acções e prioridades ao nível de políticas públicas relativas ao idoso.

Tradicionalmente o papel de cuidador é associado à mulher, no entanto, e não raras as vezes, o homem (marido) é cuidador, sendo também ele idoso, e assume esse papel imposto pelas circunstâncias e não por sua própria escolha. Não obstante, assume essa missão como sua, sendo o cuidar da esposa a tarefa fundamental do seu quotidiano. A continuidade do desempenho desse papel acarreta consequências, sentimentos e necessidades que interferem no seu bem-estar e, por vezes, passam despercebidas.

A multidisciplinaridade do nosso papel, no cuidado ao idoso, passa sobretudo por actuar, de acordo com Costa (2002), em diferentes áreas: promoção da saúde, cuidados profilácticos e investigação. No que concerne à presente investigação, como enfermeiros, elegemos um tema que, não sendo inédito nos domínios de investigação em enfermagem, prima pela preocupação com o fenómeno do envelhecimento, bem como com as novas perspectivas que emergem, fruto das alterações demográficas e familiares, e com as dimensões do cuidar dos idosos.

Sendo profissionais de saúde, envolvidos num sistema de saúde, surge em nós um sentimento de compromisso que urge assumi-lo, para que se consiga dar resposta aos desafios relacionados com o envelhecimento. No desempenho do exercício profissional, sentimos muitas vezes que não há um espaço para a reflexão cuidada, disponível e formal sobre o cuidado a idosos e o que isso representa para aqueles que

lhes prestam cuidados. Desta forma, a nossa formação individual, pessoal e profissional (participando em encontros e formações) e a frequência deste Mestrado constituíram o substrato para formalizar as nossas inquietações e motivações.

O cuidador informal tem sido abordado por diversos investigadores nas diferentes áreas do conhecimento, reflectindo a sua importância nos nossos dias. Todavia, almejou-se estudar uma condição que, apesar de no nosso contexto sócio-cultural ainda assumir contornos pouco frequentes, é uma realidade com a qual os profissionais de saúde têm que lidar. Acreditamos que, num futuro próximo, esta realidade que nos propusemos estudar (o homem idoso enquanto cuidador informal) será cada vez mais assídua no nosso quotidiano profissional, carecendo, por isso, de se debater sobre ela de forma antecipada.

Ser homem idoso e cuidar da esposa é uma experiência nova que se traduz em diferentes necessidades. O nosso estudo, intitulado “Idoso que cuida de idosa”, surge no âmbito do XIII Mestrado em Ciências de Enfermagem (Turma B) do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (Porto) e decorreu, por protocolo com a Universidade dos Açores, na Escola Superior de Enfermagem de PD.

Ao escolhermos o tema do nosso estudo, com a pergunta de partida: **"Que necessidades tem o cuidador idoso, masculino, que cuida de uma idosa dependente?"**, quisemos enfatizar uma preocupação que progressivamente nos vai acompanhando, devido ao aumento significativo do número dos grandes idosos, por outro lado, devido ao maior número de mulheres idosas, comparativamente com os idosos do sexo masculino. Sendo tradicional o homem desempenhar outras funções que não as relacionadas com o cuidar, como se adequam os idosos que, por razões de natureza diversificada, se vêem confrontados com a necessidade de cuidar da sua companheira?

De forma a compreendermos a problemática do idoso que cuida de outro idoso, na sua individualidade, definimos como objectivos:

- caracterizar os idosos, sujeitos do nosso estudo;
- conhecer as suas motivações para ser cuidador;
- analisar o seu papel de cuidador;
- identificar as consequências de ser cuidador;
- analisar necessidades e sua relação com os apoios recebidos.

Dado o carácter da pergunta de partida e os objectivos definidos, fizemos um estudo exploratório-descritivo, no âmbito do paradigma qualitativo. Polit e Hungler (1995) referem que a pesquisa exploratória procura explorar as dimensões de fenómenos relativos à profissão, o modo pelo qual eles se manifestam bem como os factores com os quais eles se relacionam. Os mesmos autores também apontam as necessidades dos idosos como um dos fenómenos de enfermagem a descrever mediante esta metodologia.

Benjumea (1998), estudando a contribuição dos estudos qualitativos para a prática clínica de enfermagem, refere que estes permitem descobrir diferentes tipos de trabalho e de processos de cuidados relativos aos doentes, nomeadamente os estudos relativos a cuidadores informais quando estes revelam processos de cuidar, onde se identificam aspectos críticos em que os cuidadores necessitam de apoio e de preparação para possíveis necessidades.

Este trabalho é constituído por duas partes, sendo a primeira intitulada – “Da máscara da dádiva ao rosto que acolhe” – e está dividida em dois capítulos. No primeiro, percorremos a história do envelhecimento bem como tecemos algumas considerações sobre os aspectos demográficos com ele relacionados. No segundo, tecemos algumas considerações sobre os cuidadores informais e formais de idosos.

A segunda parte, com o título – “Caminhando pelas mãos que dão: o estudo empírico” – é composta pelos procedimentos metodológicos que suportaram o estudo. Atendendo à metodologia utilizada, apresentamos uma descrição fundamentada dos diferentes passos que a constituem. Fazemos a apresentação e discussão dos dados, respondendo aos objectivos definidos para o estudo.

Apresentamos também a conclusão e sugestões do estudo, que se poderão constituir pontos de partida para outros estudos. Terminamos com a bibliografia utilizada.

Foi um longo percurso no qual evoluímos com a esperança e certeza de estar a contribuir para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem e, em simultâneo, com a firme convicção de que fomos aprendendo com cada um dos passos que demos, com cada uma das decisões que tomamos e muitas vezes com o modo como fomos refazendo e reconstruindo os passos que tinham sido dados.

PARTE I – DA MÁSCARA DA DÁDIVA AO ROSTO QUE ACOLHE

Na investigação qualitativa, e de acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), a revisão de literatura faculta os antecedentes para a compreensão do conhecimento actual sobre um tópico e clarifica a importância do novo estudo. As revisões, para além de servirem como função integradora, facilitam a sistematização de conhecimentos. Para Creswell (1994), a literatura oferece um pano de fundo ao problema bem como, no final, serve para comparar e contrastar os resultados (categorias) emergentes do estudo.

Construímos um referencial teórico que serviu de suporte à nossa investigação. Assim sendo, impõe-se apresentar o envelhecimento e o que o rodeia, terminando com o que circunda os cuidadores, informais e formais.

CAPÍTULO I - DO ENVELHECER AO SER IDOSO

1.1 - PERSPECTIVA HISTÓRICA SOBRE O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um facto inegável. De acordo com a Direcção-Geral de Saúde (1997:78), este fenómeno “(...) revela-se como uma tendência positiva, que está intimamente ligada à maior eficácia das medidas preventivas em saúde, ao progresso da ciência no combate à doença, a uma melhor intervenção no meio ambiente e sobretudo, à consciencialização progressiva de que somos os principais agentes da nossa própria saúde.”.

Por entendermos que aquilo que somos, bem como aquilo que vamos ser como indivíduos e sociedade, é, em certa parte, fruto daquilo que fomos, achamos que ao estudarmos o fenómeno do envelhecimento, nas suas diferentes vertentes, não podemos deixar de abordar as atitudes e os valores que as sociedades, ao longo dos tempos, assumiram face ao mesmo bem como as respostas, ao nível do conhecimento, que estas têm procurado. Estamos de acordo com Costa (1999), quando esta refere que há quarenta/cinquenta anos o envelhecimento era considerado um fenómeno natural, em que não eram muitas as pessoas que envelheciam, onde a sociedade de então tinha uma imagem face a essa população diferente da de hoje em dia.

Neste sentido, este subcapítulo tem como objectivo abordar, de forma geral, o modo como as sociedades encararam o envelhecimento com o virar de cada marco histórico. Agreda (1999:25) afirma, a propósito das atitudes que a sociedade adopta face

à velhice no correr da História, que “Cada sociedade no seu contexto e momento histórico tem dado um papel à velhice, positiva ou negativamente, o qual depende do modelo do homem ideal que impera em cada momento, de forma a que os idosos às vezes têm sido rejeitados e outras vezes valorizados.”.

Durante o período da pré-história, período onde o ambiente físico era extremamente hostil ao ser humano, a expectativa em se viver muito tempo era reduzida, sendo prioritário sobreviver ao ambiente agreste. Agreda (1999:26) aponta que “Na actualidade pode-se observar em culturas sem escrita, que o papel do idoso era o de ser o depositário da sabedoria e transmissor da mesma, sendo ao mesmo tempo a memória do seu povo.”.

No Antigo Egipto, o idoso possuía um estatuto resguardado, situação esta que se encontrava relacionada com a forma como a estrutura familiar se assumia no seio da sociedade. Agreda (1999:26) refere que este “(...) tinha reservado um estatuto social honorável sendo a instituição importante para a comunidade o “Conselho dos Idosos.””. Segundo Leme, in Netto (1999:14), no ano de 1550 a.C. surge o papiro de Ebers, “(...) referido como um dos primeiros a tentar explicar as manifestações do envelhecimento, considerado como consequência da debilidade do coração, teoria que posteriormente foi assumida pelos gregos.”.

Com o nascer da filosofia na Antiga Grécia, surgem as reflexões e o consequente estudo sobre os processos fisiológicos da vida. Culturalmente os valores associados à juventude eram os mais apreciados. Segundo Leme, in Netto (1999), os gregos odiavam o envelhecimento, uma vez que representava o declínio da juventude e vigor, grandemente valorizados pela cultura helênica. Por isso, é na Antiga Grécia que se verifica um estudo sistemático sobre o envelhecimento e como diminuir as limitações humanas a ele inerentes.

Segundo Agreda (1999:27), foram formuladas “(...) as primeiras indicações sobre o cuidado que exige a velhice e os meios capazes de atrasar a deterioração que acompanha o envelhecimento, sem dúvida, precursores de uma missão essencial na área do cuidado dos idosos: a promoção da saúde e a prevenção mediante a educação sanitária.”. No entanto, o papel social do idoso não era destituído de qualquer importância, como nota Agreda (1999:27), aos idosos outorga-se-lhes “(...) a virtude da sabedoria pelo que permanecem em contacto com os jovens para educar e guiar seus passos, pela sua experiência são consultados e ouvidos como apreciáveis conselheiros.”.

Com o declínio da cultura grega, uma outra civilização emergiu, que posteriormente se assumiu como herdeira do legado grego: o Império Romano. Na Antiga Roma, manteve-se o mesmo pensamento grego em relação ao idoso, no entanto, o seu estatuto social ganhou outro relevo. O idoso, devido à sua experiência, era um cidadão cuja opinião era tida em conta, como afirma Leme, in Netto (1999:17), “(...) os idosos parecem ter recebido o respeito, ao menos nominal. A mais importante instituição de poder, o Senado, deriva o seu nome do senex (idoso) valorizando a experiência destes cidadãos.”.

Com o desmembrar do Império Romano, surge o período da Idade Média, definida por muitos por Idade das Trevas. Verificou-se, em muitos campos, um retrocesso no conhecimento, iniciado pelos gregos e pelos romanos, predominando o pensamento que brotava da doutrina cristã. Por tal, a velhice era vista como algo depreciativo, e o estatuto de idoso começou a mudar. A esse respeito, Agreda (1999:30) lembra-nos que “(...) os autores cristãos utilizam a velhice como imagem representativa do pecado, tendo uma visão pessimista da velhice sendo esta um mal que vêm do castigo divino pelos pecados do homem, só no paraíso ninguém se faz velho nem morre.”.

Ao período medieval seguiu-se o Renascimento. Com este período, o Homem voltou a querer redescobrir o mundo, bem como todas as suas dimensões na óptica, já dantes conhecida, da cultura pagã grego-romana. Agreda (1999:32) recorda que, nesta altura da história, “O desprezo pela velhice manifesta-se nas artes e nas letras. Os pintores italianos ignoram a velhice, os flamengos e os alemães desprezam-na, especialmente a mulher velha, a qual é representada como enrugada e decrépita, e é comparada com a imagem da bruxa a qual a Inquisição também tanto desprezou.”. Todavia, como afirma Leme, in Netto (1999), o envelhecimento não deixou de ser objecto de estudo, uma vez que alguns autores referem um progressivo aumento na expectativa de vida e, simultaneamente, um maior interesse com referência aos problemas do envelhecimento.

Durante o Renascimento há a ressalvar o fenómeno de proliferação de livros que se dedicam ao estudo do envelhecimento, resultantes da implementação da imprensa bem como fruto do espírito de estudo que então explodiu. Leme, in Netto (1999), refere-se ao livro “Gerontocomia”, escrito por Gabriele Zerbi (1468-1505), como um manual de higiene para idosos, sendo o primeiro livro impresso destinado em exclusivo à Geriatria. O mesmo autor também faz referência a uma razoável quantidade de livros, o que, de certa forma, comprova o aumento do estudo desta parte do conhecimento.

Tendo como ponto de partida a Revolução Industrial, muitas foram as portas que se abriram para a população em geral, permitindo a esta acesso a serviços que no passado apenas estavam ao alcance dos mais ricos. De entre esses serviços, podemos apontar os cuidados de saúde, o que permitiu um aumento da qualidade de vida às populações em geral, bem como um alargamento da esperança de vida das pessoas comparativamente a épocas históricas anteriores.

Na análise deste percurso histórico, chegamos à segunda metade do século XIX, no qual se começou a verificar um aumento da população idosa como resultado de todas as conquistas verificadas na medicina e na melhoria das condições de vida das pessoas. É neste período de transição de século que a ciência geriátrica, como campo de estudo, começa a ganhar terreno. Juntamente com Nascher, e ainda no início do século XX, segundo Morris, in Phipps, Sands e Marek (2003:81), Rybrikov em “(...) 1927 referia-se ao processo de envelhecimento como o estudo da *gerontologia*.”.

O século XX foi um século que se assumiu como o corolário de um rol de acontecimentos que se desenrolaram ao longo dos tempos, sendo atravessado por duas guerras mundiais, que transformaram as sociedades atingidas pelas mesmas no plano político, económico, social e tecnológico. A título de exemplo, no pós II Guerra Mundial, com o regresso dos soldados, com o fortalecimento da economia e com a prevalência geral de um sentido de optimismo, houve um aumento da natalidade nos Estados Unidos da América, o chamado “baby boom”. A geração decorrente dessa explosão demográfica vai atingir o seu auge de envelhecimento no século XXI, com todas as consequências sócio-políticas que daí advêm. Segundo Morgan (2003), entre 1990 e 2030, a maior parte dos nascidos no “baby boom” terão entre 60 e 75 anos.

Todas as transformações do século XX tiveram um efeito catalisador no Homem, fazendo com que se encarasse como até então nunca o tinha feito: a mulher emancipou-se e entrou no mundo do trabalho, surgindo alterações no seu papel social e profissional; o conceito de controlo de natalidade entrou no vocabulário quotidiano, havendo cada vez menos filhos; a sociedade industrializou-se, conferindo um outro conceito e estatuto ao acto de consumir; a tecnologia entrou no *modus vivendi* do cidadão e os valores associados a uma cultura da juventude emergem. De acordo com Correia (2007), neste século, o idoso deixou de ter reconhecimento pela sua experiência passando a ser visto como inútil e improdutivo.

Com este cenário social como pano de fundo, muitas são as considerações que

podemos tecer sobre a realidade do idoso. Para Martins (2006), nos últimos anos tanto a velhice como o envelhecimento da população têm sido equacionados entre nós como uma patologia. Fenómeno esse explicado pelo contexto da cultura ocidental, onde é dominante um modelo de desenvolvimento que assenta fundamentalmente nos mitos do crescimento económico e do produtivismo, de onde resulta uma visão redutora do Homem e da sociedade, que se encontra dividida no mercado de trabalho entre membros activos e inactivos.

Actualmente ainda permanecem alguns estereótipos associados ao envelhecimento: o idoso é considerado como ser obsoleto, improfícuo, isolado, física e psicologicamente débil e dependente de outrem. Em suma, construiu-se um teatro social onde ser-se idoso começa a ser uma peça não muito bem “encaixada” neste mosaico. Não querendo perpetuar esta visão redutora, estamos de acordo com Paúl (1997:7) quando esta diz que “Não vamos esperar que o chamado “Grey Power” se manifeste ruidosamente para lhe darmos atenção.”.

É nossa convicção e a de numerosos estudiosos sobre a modernidade e o envelhecimento que o aumento progressivo, quantitativamente considerável e de consequências imprevisíveis para o mundo desenvolvido num curto prazo, conduzirá a sociedade e seus dirigentes à implementação de medidas de reduzam a desigualdade actualmente verificada entre os que têm muito, os que não têm nada e a multidão de idosos que têm pouco. É que, tal como refere António Barreto na sua obra recente sobre o Retrato Social de Portugal, o maior problema dos idosos portugueses é que são velhos e pobres, o que constitui um binómio explosivo.

1.2 - CONSIDERAÇÕES DEMOGRÁFICAS SOBRE O ENVELHECIMENTO

De acordo com Costa (1999), o envelhecimento está associado à transição demográfica.² Esta, como facto actual, relaciona-se com dois factores: a progressiva diminuição das taxas de natalidade e das taxas de mortalidade (e consequente aumento da esperança de vida). Agree e Feedman, in Gallo et al. (2001), para além destes dois factores, apontam a migração e seus fluxos como contributo para o envelhecimento da população.

² Fernandes (1997) define transição demográfica como o fenómeno que representa a mudança de um regime demográfico com altas taxas de mortalidade e de natalidade para um outro em que as mesmas se voltam a equilibrar, mas a níveis muito baixos.

A OMS (2002) alerta para o facto de que os vários Países do mundo terão maiores exigências económicas e sociais devido ao envelhecimento. A previsão do custo global médio dos cuidados de saúde relacionados apenas com o envelhecimento entre o ano 2000 e 2050 é de um aumento de 41%, o que representará um aumento de 36% nos países em desenvolvimento e 48% nos países desenvolvidos.

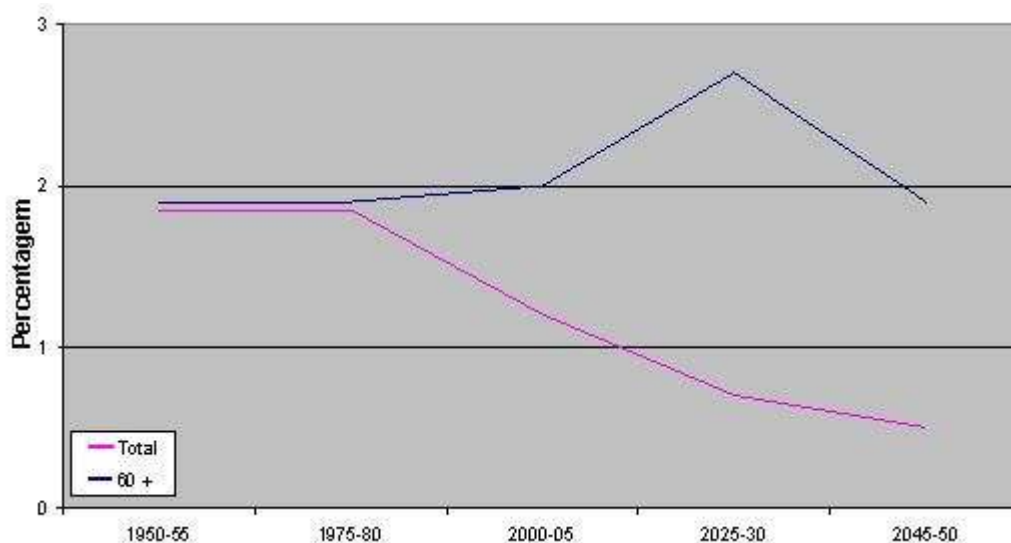
1.2.1 – No mundo

Ao reflectirmos sobre as questões do envelhecimento, atendendo ao fenómeno da globalização a que se assiste nos últimos anos, importa olhar o fenómeno mundial do envelhecimento para, posteriormente, compreendermos melhor o fenómeno em Portugal.

De acordo com a ONU (2002), 54% das pessoas idosas do planeta vivem na Ásia, seguindo-se a Europa com 24% da população idosa. O número de pessoas com 60 ou mais anos em 2002 foi estimado em 629 milhões e deverá aumentar até 2050 para 2000 milhões.

Também é feita referência ao aumento anual da população de idosos em 2%, ou seja, a um ritmo notavelmente mais rápido do que o do conjunto da população. Essa previsão, da taxa anual de crescimento das pessoas com 60 anos ou mais anos, em 2025-2030, aumenta para os 2,8%, o que virá configurar um envelhecimento mais rápido.

Figura nº 1 – Taxa média de crescimento anual da população total e da população com 60 anos ou mais, no mundo, 1950-2050.



Fonte: Adaptado de ONU (2002)

Na figura nº 1, podemos observar o grupo dos idosos, cujas projecções apontam para o expoente máximo da população com 60 ou mais anos no período entre 2025 e 2030 e o seu progressivo declínio a partir desta data.

Até aos dias de hoje, nunca se registou situação análoga face ao envelhecimento. A ONU (2002) refere que não é só o aumento das percentagens de pessoas idosas (com 60 anos ou mais), mas também a concomitante queda das percentagens dos jovens (com menos de 15 anos) e que, pela primeira vez na história da humanidade, até 2050, o número dos idosos no mundo excederá o de jovens. Conjugando estes dois dados, é significativo considerar o peso relativo das pessoas idosas na sociedade em geral.

A mesma fonte (2002) refere que a esperança média de vida ao nascer teve um aumento de 20 anos, tendo passado de 46 anos em 1950 para 66 anos em 2002. Em 2002, o país que tinha a população mais jovem era o Líbano, com uma idade mediana de 15 anos, e o que tinha a população mais idosa era o Japão, com 41 anos. A idade mediana do mundo era de 26 anos. Prevê-se que, em 2050, essa idade mediana aumente para 36 anos e que o país que então terá a população mais jovem será o Níger (com uma idade mediana de 20 anos) e que aquele que terá a população mais idosa será a Espanha (com uma idade mediana de 55 anos).

Ainda para a ONU (2002) e para a OMS (2002), a própria população idosa está a envelhecer, pois o grupo etário com mais rápido crescimento é o das pessoas com mais de 80 anos. Os dados da ONU (2002) apontam que esse grupo, actualmente, está a aumentar a uma taxa anual de 3,8%, constituindo 12% do número total de idosos e que, até meados do século, um quinto das pessoas idosas terá 80 anos ou mais.

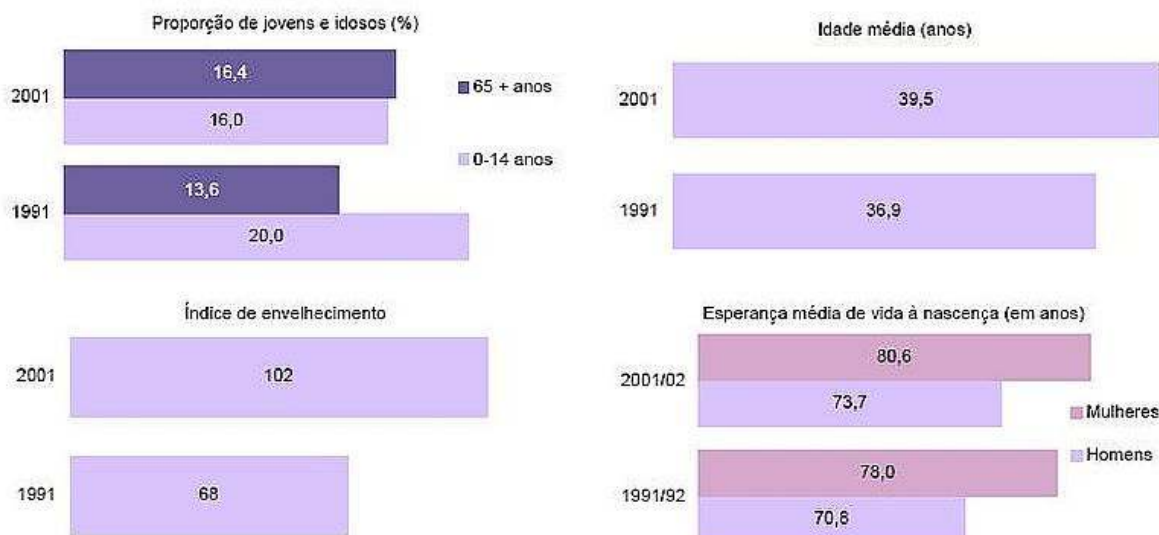
1.2.2 – Em Portugal: Continente e Região Autónoma dos Açores

No Censos de 2001, o envelhecimento demográfico (definido como o aumento da importância relativa de idosos na população total) na última década (1991-2001) foi transversal a todo o País, com dois aspectos importantes que marcaram essa década: a continuação do envelhecimento demográfico a um ritmo bastante elevado e o reforço da importância da componente migratória como contributo para o acréscimo populacional.

Na figura nº 2, constata-se o duplo envelhecimento de Portugal, apresentado por Carrilho e Gonçalves (2004), que se basearam nos dados do Censos de 1991 e de 2001 e nas Estimativas de População Residente do INE. Nessa figura, surgem alguns dos

diversos indicadores demográficos contribuintes para o duplo envelhecimento no nosso País.

Figura nº 2 – Alguns indicadores demográficos que ilustram o duplo envelhecimento demográfico, Portugal, 1991-2001.



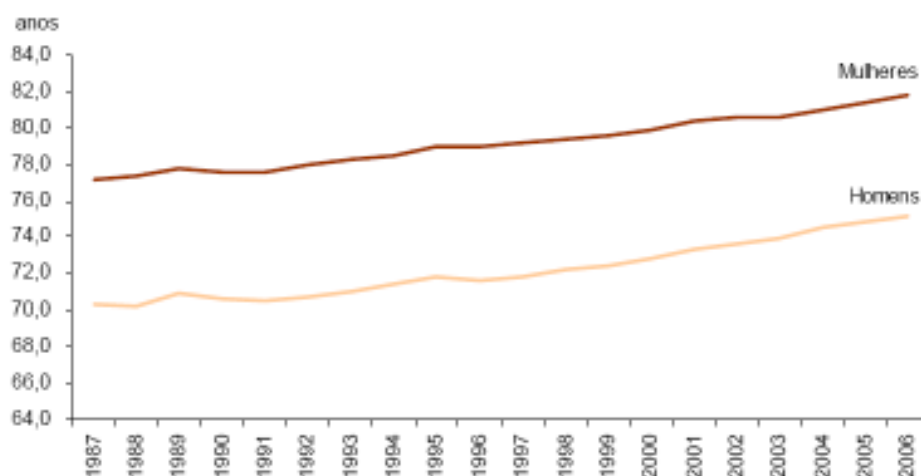
Fonte: Carrilho e Gonçalves (2004)

Pela análise destes indicadores, podemos constatar o aumento da idade média e da esperança média de vida à nascença bem como o aumento significativo do índice de envelhecimento. É também visível a diminuição da diferença entre a proporção de jovens e de idosos.

Segundo o INE (2007), nos últimos 20 anos (1987-2006), o simultâneo decréscimo da taxa de natalidade e de mortalidade têm contribuído para o aumento da longevidade da população portuguesa. Para Neves (2007), Portugal é o País com a mais baixa taxa de natalidade da União Europeia. Esta taxa diminuiu de 28 para 10% entre 1935 e 2006, o que significa que a renovação de gerações não está a ser feita, o que só seria possível com 2,1 crianças por mulher, em vez do que actualmente se verifica: 1,36 crianças por mulher.

Novamente segundo o INE (2007), a esperança média de vida à nascença em 1987/1988 era de cerca de 73,8 anos (70,3 anos para os homens e 77,3 para as mulheres). Valor este que aumentou em 2005/2006 para 78,5 anos (75,2 anos para os homens e 81,8 para as mulheres). Na figura seguinte, podemos constatar esse crescente aumento.

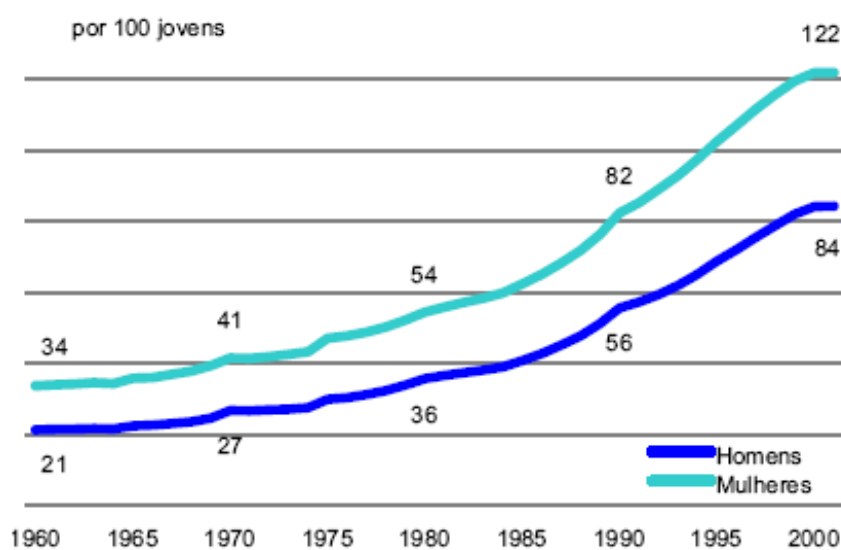
Figura nº 3 – Esperança média de vida à nascença (anos), por sexos, Portugal, 1987-2006.



Fonte: INE (2007)

Ainda o INE (2007), fazendo as Projeções de População Residente em Portugal para 2000-2050, refere que haverá um aumento da esperança de vida para valores próximos dos 79 anos para os homens e dos 85 anos para as mulheres e um aumento do índice de dependência de idosos para valores próximos dos 58 idosos por cada 100 pessoas em idade activa (mais do dobro dos actuais 26) ou do índice de envelhecimento para 242 idosos por cada 100 jovens (também mais do dobro dos actuais 112).

Figura nº 4 – Índice de envelhecimento segundo o sexo, Portugal, 1960-2000.



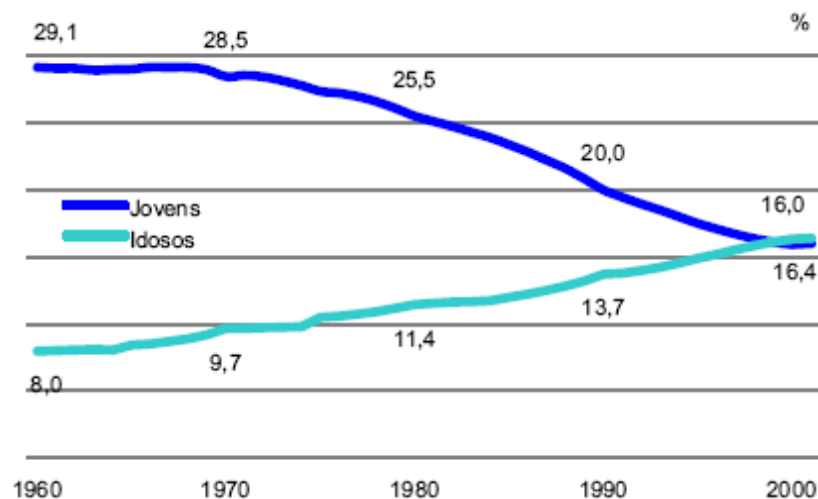
Fonte: INE (2002)

Na figura nº 4, podemos verificar o contínuo aumento do índice de envelhecimento, desde o ano de 1960 até ao ano 2000.

Na Revista Medicina e Saúde (2004), é referido que no nosso País, pela primeira vez na história, são mais os idosos (quarenta e dois mil) do que os jovens e que os idosos com 75 e mais anos são quase tantos como os do grupo etário dos 65 a 74 anos. Segundo o INE (2002 a), no Censos de 2001 pode-se constatar que a proporção de jovens diminuiu de 20 para 16% e a dos idosos aumentou de 13.6 para 16.4%.

A figura nº 5 apresenta-nos a evolução da proporção da população jovem e idosa do País entre 1960 e 2000, sendo uma explicitação do que acabamos de dizer anteriormente.

Figura nº 5 – Evolução da proporção da população jovem e idosa, Portugal, 1960-2001.

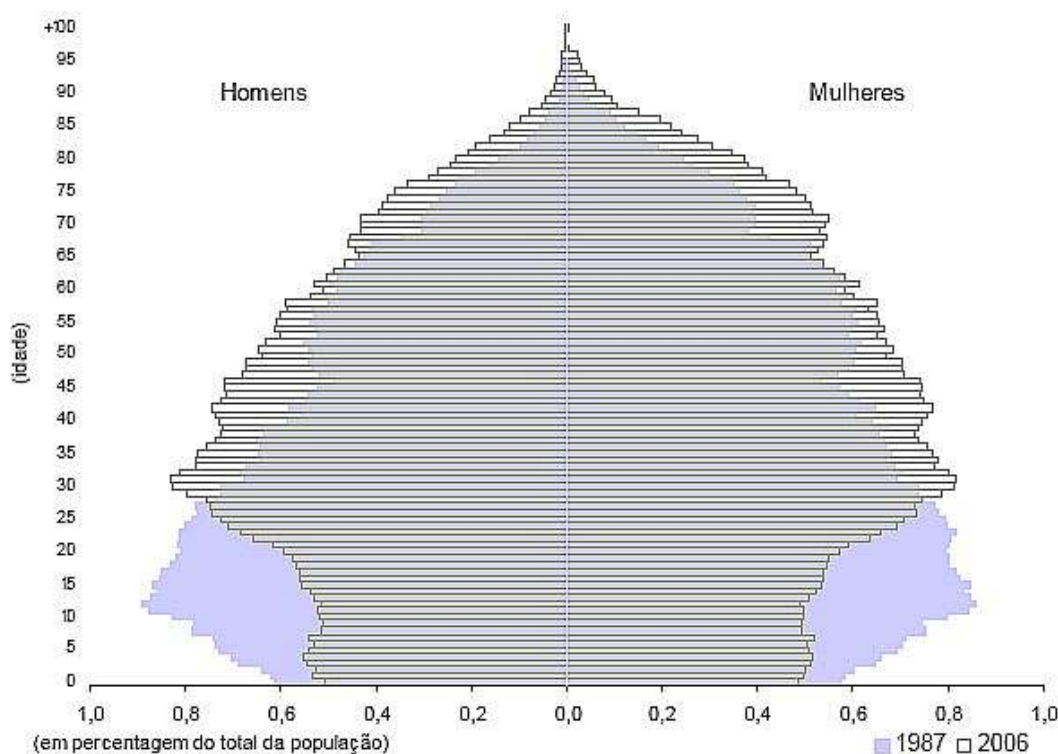


Fonte: INE (2002)

Nesta figura, é visível o decréscimo dos jovens bem como o aumento dos idosos. Também se constata, no ano 2000, que o número de idosos ultrapassou o dos jovens.

Novamente segundo o INE (2007), no período compreendido entre 1997 e 2006, o continuado decréscimo da natalidade e o aumento da longevidade reflectem-se na alteração da estrutura etária da população, observável pela sobreposição das pirâmides etárias da população residente no nosso País.

Figura nº 6 – Pirâmides etárias, Portugal, 1987-2006.



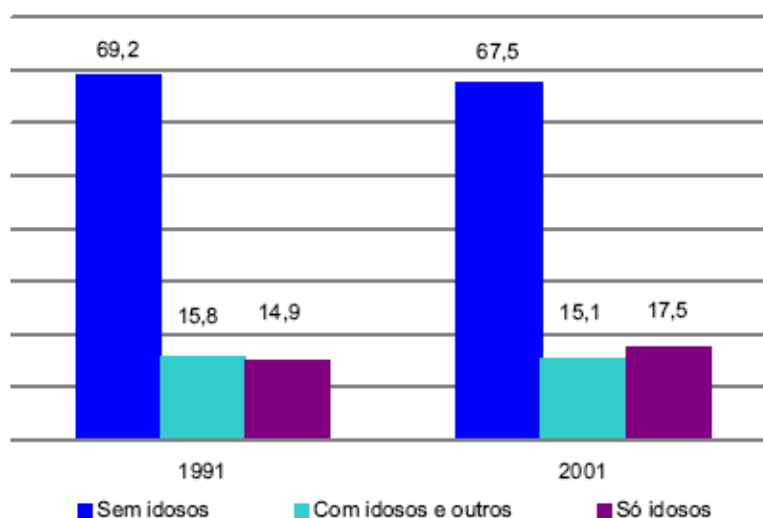
Fonte: INE (2007)

Verifica-se na figura nº 6 um estreitamento da base da pirâmide (em consequência do declínio da natalidade, observa-se uma cada vez menor proporção de jovens, de 22% para 15%) e, simultaneamente, um alargamento do topo da pirâmide (em resultado do aumento da percentagem da população idosa, com 65 e mais anos de idade com um aumento de 13% para 17%).

Ainda segundo o INE (2007), e fazendo referência ao intervalo de tempo entre 1997 e 2006, realça o aumento da população idosa (com 65 ou mais anos de idade) na percentagem da população total, com particular evidência para o aumento da população mais idosa (com 80 ou mais anos de idade), dado que a proporção deste grupo duplicou, passando de 2%, em 1997, para 4%, em 2006.

Um outro facto a salientar, em dados desta natureza e de interesse para o nosso estudo, segundo o INE (2002), é o aumento de cerca de 36% das famílias constituídas apenas por idosos, no período intercensitário 1991-2001, como podemos observar na figura nº 7.

Figura nº 7 – Evolução das famílias clássicas³ segundo a sua composição, Portugal, 1991-2001.



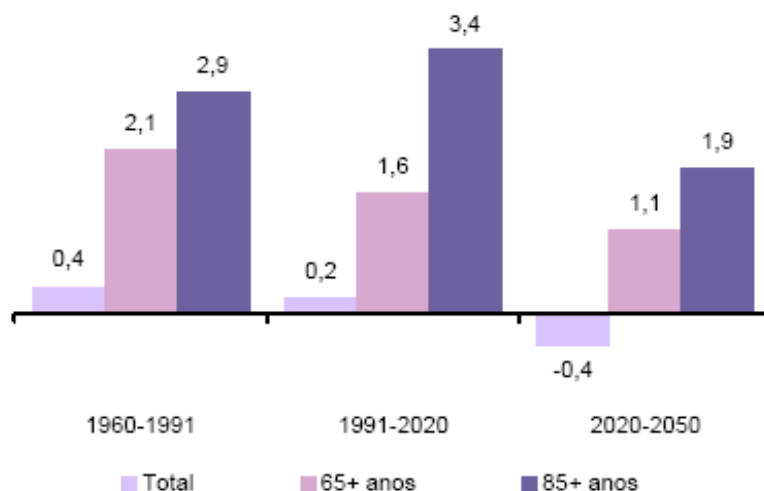
Fonte: INE (2002)

É também apontado pelo INE (1999), como um facto inquestionável, que os agregados com idosos e particularmente aqueles que são constituídos por idosos sós ou casais de idosos apresentam uma maior vulnerabilidade às situações de pobreza. Este tem sido um dado muito propalado na comunicação social e é facilmente observável na realidade quotidiana de qualquer cidadão.

De acordo com a ONU (2002), a percentagem de idosos ao longo do século XX continuou a aumentar, prevendo-se que esta tendência se mantenha durante uma boa parte do século XXI. Os dados apresentados na figura nº 8, segundo Carrilho e Gonçalves (2004), apontam para um ritmo bastante superior do crescimento da população idosa e da muito idosa relativamente ao crescimento da população total, quer no período retrospectivo quer no período de projecção.

³ O INE (2002 b) define a família clássica como o conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento, ocupando uma parte ou a totalidade, e que têm relações de parentesco de “direito” ou de “facto” entre si.

Figura nº 8 – Taxa média anual de crescimento, população total e idosa, Portugal, 1960-2050.



Fonte: Carrilho e Gonçalves (2004)

No período compreendido entre 1960 e 1991, podemos verificar o aumento da população idosa (com 65 ou mais anos) de 2,1% anualmente e o da população muito idosa (com 85 ou mais anos) com um aumento ainda maior, de 2,9%. No período dos trinta anos subsequentes, de 1991 a 2020, a população com 65 ou mais anos cresce a um ritmo de 1,6% média anual e a população com 85 ou mais anos evolui fortemente, com uma média anual de 3,4%. No período entre 2020-2050, projecta-se o contínuo crescimento da população idosa, essencialmente da população mais idosa. São valores mais fracos que os observados no período anterior, no entanto, reflectem a tendência esperada dado o grau de envelhecimento atingido.

Como de resto acontece na globalidade do país, nos Açores o envelhecimento da população é uma das questões actuais da realidade açoriana, que começa a ser alvo de reflexão.

A RAA é constituída por nove ilhas dispersas por uma grande área geográfica e com grande diversidade inter-ilhas, não só em termos físicos como demográficos, onde a maior Ilha (São Miguel) é também aquela que possui uma maior densidade populacional. Sendo assim, a distribuição geográfica dos idosos não é simétrica em todo o Arquipélago e os índices de envelhecimento diferem de Ilha para Ilha.

Segundo Moniz (2003), e dado que não foi possível sistematizar de modo diferente os dados, em 1998, na RAA, havia 55790 de jovens com menos de 15 anos e 29240 de idosos com mais de 65 anos. No Censos de 2001, segundo dados do SREA

(2003), verificou-se que, na RAA, a relação era de 51767 (21,41%) de jovens com menos de 15 anos para 31369 (12,95%) de idosos com mais de 65 anos.

De acordo com a tendência explicitada no parágrafo anterior, nas próximas décadas na população da RAA continuará a verificar-se o aumento do número de idosos, em virtude da diminuição do peso relativo dos jovens resultante do efeito associado da diminuição das taxas de natalidade/fecundidade e do aumento da esperança de vida.

No entanto, e uma vez que os Açores são compostos por várias Ilhas, o envelhecimento não se faz de igual forma em todas as ilhas, verificando-se que, nas Ilhas com menor peso demográfico (Graciosa, Pico, Corvo e Flores) há uma maior percentagem de população idosa. Para que se consiga obter uma visão mais abrangente do fenómeno do envelhecimento na RAA, elaboramos um quadro (nº 1), tendo por base o Censos de 2001, no qual discriminamos o número de idosos por Ilha, com as respectivas percentagens.

Quadro nº 1: Número e percentagem de população idosa, por Ilha, na RAA.

Ilha	População Residente	População Residente ≥ 65 anos	Percentagem
Santa Maria	5578	701	12,57%
São Miguel	131609	14319	10,88%
Terceira	55833	7695	13,78%
Faial	15063	2255	14,97%
Pico	14806	2839	19,17%
São Jorge	9674	1700	17,57%
Graciosa	4780	1014	21,21%
Flores	3995	715	17,90%
Corvo	425	81	19,06%
Total	241763	31319	12,95%

A média da população residente do grupo etário de 65 e mais anos, nas nove Ilhas da RAA, é de 16,35%. Fazendo uma análise por Ilha, verificamos assimetrias consideráveis que variam entre um máximo de 21,21%, na Graciosa, e um mínimo de 10,88%, em São Miguel. No conjunto das nove Ilhas, cinco têm uma percentagem de população idosa superior à média da RAA e quatro apresentam uma percentagem inferior.

Atendendo a que actualmente o fenómeno dos idosos muito idosos é uma questão a ter presente quando se reflecte em dados demográficos desta natureza, optamos por aprofundar esses dados, novamente baseados no Censos de 2001, fornecidos pelo SREA (2003), tendo presente as diferentes faixas etárias dos idosos (quadro nº 2).

Quadro nº 2: Número da população idosa por grupos etários, por Ilha, da RAA.

Ilha	≥ 65 anos	≥ 70 anos	≥ 75 anos	≥ 80 anos	≥ 85 anos	Total
Santa Maria	253	178	141	79	50	701
São Miguel	4662	3743	3151	1646	1117	14319
Terceira	2356	2109	1546	1007	677	7695
Faial	609	592	484	334	236	2255
Pico	871	728	572	388	280	2839
São Jorge	554	485	304	199	158	1700
Graciosa	320	277	211	124	82	1014
Flores	189	191	165	104	66	715
Corvo	17	21	19	18	6	81
Total	9831	8324	6593	3899	2672	31319

Embora estes explicitem de modo claro a realidade açoriana, entendemos ser necessário dar a conhecer a realidade do Concelho de PD. Com uma área total de 231,90 Km² é limitado a Leste pelos municípios da Ribeira Grande e de Lagoa e tem costa no Oceano Atlântico a Norte, Sul e Oeste. É subdividido em 24 freguesias.⁴ Inserido na Ilha de São Miguel, podemos “localizar” o Concelho de PD, identificado com a cor verde.

⁴ Dados consultados a 22 de Junho de 2006, em http://pt.wikipedia.org/wiki/Ponta_Delgada

Figura nº 9 – Ilha de São Miguel.⁵

Este Concelho em 2001, e segundo os dados do SREA (2003), baseados no Censos de 2001, tinha uma população residente de 65854 habitantes, tendo uma densidade populacional de 284 habitantes/Km² e com uma população de idade igual e superior a 65 anos de 7110 habitantes, o que corresponde a 10,8% da população (quadro nº 3).

Quadro nº 3: Número da população idosa residente, por grupos etários, do Concelho de Ponta Delgada.

Concelho	População residente	≥ 65 anos	≥ 70 anos	≥ 75 anos	≥ 80 anos	≥ 85 anos	Total
Ponta Delgada	65854	2282	1835	1611	802	580	7110 (10,8%)

Apesar de neste Concelho, e relativamente à média da RAA, a percentagem da população idosa ser inferior, verificamos que os idosos mais idosos já representam um peso significativo na população idosa. Este facto torna-se significativo quando nos apercebemos que os efeitos do envelhecimento se fazem sentir de diferentes formas em função da idade da própria população idosa, influenciando a capacidade dos idosos cuidarem de outros idosos.

A reflexão realizada sobre a realidade açoriana leva-nos a concluir que, à semelhança da realidade continental, o envelhecimento da população tenderá a impor-se como um dado incontornável, o que reforça a ideia, já anteriormente expressa, de que

⁵ Dados consultados a 23 de Janeiro de 2008, em http://images.google.com.br/imgres?imgurl=http://codigopostal.ciberforma.pt/images/ilha_sao_miguel.jpg&imgrefurl=http://codigopostal.ciberforma.pt/ilha_sao_miguel.asp&h=238&w=424&sz=65&hl=pt-PT&start=33&tbid=QK014q2oOqFDRM:&tbnh=71&tbnw=126&prev=/images%3Fq%3Dilha%2Bde%2Bs%25C3%25A3o%2Bmiguel%26start%3D20%26gbv%3D2%26ndsp%3D20%26svnum%3D10%26hl%3Dpt-PT%26sa%3DN

pensar o envelhecimento hoje é contribuir para a qualidade de vida das pessoas, função que atravessa o munus profissional de diferentes grupos, mas que, particularmente para os enfermeiros é e deve ser significativa.

Na reflexão que iremos continuar, damos corpo a noções que consideramos fundamentais para a compreensão do que é envelhecer e dos conceitos de cuidar ligados ao envelhecimento, dado ser este o objecto de estudo da presente investigação.

1.3 – O(S) CONCEITO(S) DE ENVELHECIMENTO

Todos sabemos que o envelhecimento é um processo irreversível do ciclo vital que atravessa o dia-a-dia da nossa vida. Todos nós, como seres humanos em todas as nossas dimensões, diariamente envelhecemos. Sentimo-nos mais velhos a cada ano que passa, testemunhamos os nossos entes queridos a envelhecer e cuidamos de pessoas que se encontram em processos de envelhecimento.

Porém, julgamos que ao estudar essa temática, indissociável à existência humana, não o podemos fazer sem atender às múltiplas facetas do envelhecimento, razão pela qual sentimos necessidade em apurar a nossa reflexão junto de outros teóricos que estudaram o envelhecimento.

De acordo com Busse, citado por Neri, in Duarte e Diogo (2000:35-36), o envelhecimento pode ser primário - “(...) diz respeito às mudanças que são intrínsecas ao processo de envelhecimento, são irreversíveis, progressivas e universais, como o embranquecimento dos cabelos, o aparecimento de rugas, as perdas de massa óssea e muscular, o declínio em equilíbrio, força e rapidez e as perdas cognitivas.” -, e secundário - “(...) diz respeito às mudanças causadas por doenças que são dependentes da idade, na medida em que o tempo vivido significa aumento da probabilidade de exposição a fatores de risco. Os efeitos deletérios dessas mudanças são cumulativos, o que faz com que os organismos apresentem crescente vulnerabilidade com o passar da idade.”. Neri, in Duarte e Diogo (2000:36), refere que ainda há o envelhecimento terciário, o qual, de acordo Birren e Schroots (1995), “(...) diz respeito ao declínio terminal, caracterizado por um grande aumento das perdas num período relativamente curto, ao cabo do qual sobrevém a morte.”.

O envelhecimento, tal como outras fases do desenvolvimento, tem características próprias resultantes de fenómenos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Cada vez

mais este é considerado um fenómeno multidimensional. Schroots e Birren (1980), citados por Paúl (1997), referem que o envelhecimento tem três componentes: o biológico, resultante da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer; o social, relativo aos papéis sociais apropriados às expectativas que a sociedade tem para essa faixa etária e o psicológico, definido pela auto-regulação da pessoa no campo de forças, pelo tomar decisões e opções. Desta forma, o envelhecimento, apesar de ser universal, é também individual.

A idade cronológica por si só não é suficiente para definir quando se é ou não idoso porque nem todas as pessoas envelhecem da mesma maneira. Contudo, e apesar da arbitrariedade dessa medida, a sua utilização para agrupar pessoas com características comuns não oferece controvérsia. Segundo Costa (1998:50), “Os estudiosos da demografia (incluindo as Nações Unidas) utilizam os 60 ou 65 como fronteira para facilidade de análise estandardizada e por esta ser uma idade legalmente convencionada para reformas, pensões da segurança social, etc.”. Segundo a mesma autora, a OMS “(...) convencionou que idoso é todo o indivíduo com 65 e mais anos, independentemente do sexo e estado de saúde (...)”.

Para a ONU, as pessoas idosas podem ser divididas em três categorias: os pré-idosos (entre 55 e 64 anos); os idosos jovens (entre 65 e 79 anos) ou entre 60 e 69 para quem vive na Ásia e na região do Pacífico e os idosos de idade avançada (com mais de 80 anos).⁶

Para Birren e Cuningham (1985), citados por Fontaine (2000), cada pessoa não tem uma mas sim três idades diferentes: a biológica, a social e a psicológica. A idade biológica encontra-se ligada ao envelhecimento orgânico, em que se verifica um decréscimo funcional dos órgãos bem como da eficácia da sua auto-regulação. A idade social tem a ver com o papel social das pessoas, os seus estatutos e hábitos relativamente aos outros membros da sociedade, idade esta fortemente determinada pela cultura e história do meio em que a pessoa está inserida. Sendo assim, é aquela que sentimos que temos e a que os outros vêem em nós. A idade psicológica diz respeito ao comportamento da pessoa relativamente às mudanças do ambiente. Nesta se inclui a memória, a inteligência e as motivações, capacidades estas que com boa manutenção permitirão uma melhor auto-estima e conservação de um elevado nível de autonomia e controlo.

⁶ Dados consultados a 16 de Outubro de 2006, em <http://gerontologia.cidae.net/pt>

O envelhecimento e a doença crónica, segundo Phipps, in Phipps, Sands e Marek (2003), são, em grande medida, influenciados um pelo outro. Para os mesmos autores, as pessoas com mais de 65 anos são as mais sujeitas a graves incapacidades crónicas, uma vez que estas aumentam na proporção directa da idade. Segundo a OMS em 1998, citada pela OMS (2002), são várias as doenças crónicas que afectam as pessoas idosas, em todo o mundo: problemas cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes, cancro, doenças musculoesqueléticas e mentais, entre outras.

Hoje em dia podemos falar em transição epidemiológica que, de acordo com Pacheco e Santos (2004), se refere ao fenómeno responsável pela mudança de perfil de doença, em que, de forma progressiva, as doenças crónicas-não transmissíveis, típicas das faixas etárias mais avançadas, ocupam o lugar das doenças infecto-parasitárias. Com esse novo perfil de doença, os idosos ficam cada vez mais com mais idade, mais dependentes e com menor qualidade de vida. Para Paúl e Fonseca (2001), a doença crónica é um dos factores principais pelo desfasamento entre a curva da mortalidade e da morbilidade, originando um afastamento entre a esperança de vida e a qualidade de vida.

Barreto, in Brito (2002), faz referência que não só vai aumentar a esperança de vida mas também a perda de autonomia progressiva, e que dois terços dos idosos serão afectados por doenças crónicas, em muitos casos causando total dependência. Paschoal, in Netto (2000), refere que, na segunda metade do século XXI, o número de pessoas idosas dependentes aumentará para o dobro.

A dependência, como fenómeno complexo, é referenciada por Sanchez (2000:[12]) como o “(...) maior problema da pessoa que envelhece.” e é definida por Lage (2005) como um estado da pessoa que conduz à necessidade de ajuda na satisfação das actividades essenciais da vida diária, fazendo referência à autonomia física, psicológica e social. Baltes e Silveberg (1995), referenciadas por Sanchez (2000), apontam que a dependência é o produto de mudanças ocorridas durante a vida, sendo esta discriminada em três níveis: a estruturada, que resulta da circunstância cultural em que é atribuído valor ao homem em função do que e do quanto produz; a física, decorrente da incapacidade funcional e a comportamental, que é socialmente induzida, uma vez que provém do julgamento e acções de outra pessoa.

Para Caldas (2003), a dependência traduz-se no somatório da incapacidade com a necessidade. De acordo com José, Wall e Correia (2002), a dependência dos idosos pode ser baixa, média ou elevada. Na primeira categoria, os idosos ainda possuem

alguma autonomia, necessitando apenas de supervisão ou vigilância. Na segunda, necessitam já de ajuda efectiva nas actividades de vida diárias. Na última categoria, os idosos carecem de ajuda extensiva e intensiva diariamente.

No decurso das últimas décadas com as profundas alterações sócio-económicas e tecnológicas bem como os avanços da medicina, a esperança média de vida aumentou consideravelmente. O envelhecimento a que temos vindo a assistir e que se projecta para os próximos anos está a proporcionar o aparecimento de uma nova realidade: os idosos dependentes estão a ser cuidados por outros idosos. Desta forma, a sociedade de hoje confronta-se com uma situação contraditória: por um lado, o aumento efectivo do número de idosos e, por outro lado, as atitudes estereotipadas face ao envelhecimento, o que retarda uma efectiva implementação de medidas que visam minorar situações de dependência.

CAPÍTULO II – DO SER IDOSO AO NECESSITAR DE CUIDADOS

2.1 – CUIDADOS E CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS

Cuidar de alguém foi sempre, desde os primórdios da humanidade, uma constante preocupação do Homem. Collière (1989:235-236) define cuidar como “(...) um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.”. A mesma (1989:25) defende que “(...) a prática de cuidados é, sem dúvida, a mais velha prática da história do mundo.”.

2.1.1 – Emergência do papel de cuidador

A função de cuidar tanto das crianças como dos idosos, desde sempre, foi considerada um papel intrínseco à família. De acordo com Lage, in Paúl e Fonseca (2005), o desenvolvimento da ciência médica foi o responsável pela transferência do lugar de cuidar, da casa para o hospital. No entanto, e em grande parte fruto do envelhecimento populacional, no decorrer dos últimos 20 anos surgiram crises nos sistemas de saúde e de protecção social que devolveram à família o papel de cuidar dos idosos.

Na nossa opinião, embora seja evidente a utilidade da importância da quantificação dos dados, achamos que a problemática dos idosos não pode ser analisada meramente sob o aspecto demográfico. A análise também deverá contemplar o contexto sócio-económico que envolve este importante grupo etário da população.

Hoje em dia, a diminuição da natalidade; o menor tamanho das famílias, em que a família nuclear ocupa o lugar da família alargada; os novos padrões de conjugalidade (as famílias monoparentais, os divórcios, as uniões de facto); a actividade económica, essencialmente a feminina exterior ao lar, onde a mulher outrora era a cuidadora mor da família; o fenómeno migratório para as grandes cidades, que, despovoando o interior, e que no caso da RAA é o despovoamento das Ilhas mais pequenas, perpetraram o fenómeno social do isolamento dos idosos no seu mundo, fazendo com que eles apenas possam contar com o cônjuge e uma certa fragilidade entre as gerações reflecte-se num menor número de pessoas disponíveis para prestar cuidados aos idosos. Todavia, e não raras as vezes, é à família, normalmente recaindo sobre um elemento, que cabe o papel de assegurar a prestação de cuidados informais.

Bernardo (1994) refere que essa situação é comum a Portugal e a outros Países e que a satisfação das necessidades aos elementos mais frágeis é feita com dificuldades de diversa ordem, com maior ou menor eficácia. Marote et al. (2005) alvitram que os cuidadores informais facultam 80 a 85% dos cuidados aos idosos dependentes. Karsch (2003) aponta que à família que cuida de um dependente em casa cabe a maior responsabilidade e que o Estado ostenta responsabilidades reduzidas e se apresenta como um parceiro pontual.

Sabemos que essa diversidade de pluripatologia crónica que afecta o idoso origina efeitos invalidantes por diminuição progressiva da capacidade de realização de actividades de vida diária com o consequente aumento da dependência, perda de autonomia e sofrimento, fazendo com que haja aumento das despesas bem como das necessidades de cuidados. Concordamos com Palma (1999:28) quando esta refere que “A qualidade de vida do idoso dependente, está relacionada com o bem estar daqueles que têm a responsabilidade de satisfazer as suas necessidades.”.

Os cuidadores informais são aqueles que prestam cuidados sem formação específica. São, de acordo com Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004), os familiares, amigos ou vizinhos que prestam cuidados regulares, não remunerados e sem vínculo formal ou estatutário. Para Martín, in Paúl e Fonseca (2005), são considerados, pela maioria dos investigadores, cuidadores principais aqueles que realizam mais de metade das tarefas da pessoa dependente que cuidam.

Tendo por base os pressupostos teóricos aqui expostos, as reflexões subjacentes a tais considerações, bem como a nossa experiência profissional, cremos que estamos perante um cenário poderoso a ser explorado, quer pelas implicações sociais e económicas quer individuais que a condição de cuidador aflora. Certo é que sempre existiram cuidadores informais, mas nunca existiram cuidadores informais inseridos num contexto sócio-cultural que se avizinha neste século XXI, tendo como cenário as alterações demográficas que se projectam.

2.1.2 – Papéis e motivações dos cuidadores

A sociedade divide-se em dois géneros: o masculino e o feminino. De acordo com Lillo Crespo (2002), o conceito de género refere-se a funções e relações das mulheres e dos homens que se baseiam em factores sociais, económicos, políticos e culturais e não em factores biológicos, e a cada género são atribuídas características (atributos, crenças, comportamentos...) que se baseiam nas assunções da cultura onde estes estão

inseridos. Os conceitos de masculinidade, na opinião de Ribeiro, Paúl e Nogueira (2007), são constantemente construídos, criados e negociados nas conversas do dia-a-dia e interações sociais.

Secularmente é à mulher que é atribuído o papel de cuidadora. Lage (2007:41) refere que há na nossa sociedade “(...) a noção de que a mulher nasceu para cuidar.”. Já Collière (1989) dizia que à mulher cabia a função de tratar não só das crianças mas também dos doentes e dos moribundos, aplicando saberes transmitidos de geração em geração. Para Delicado Useros et al. (2000) essa tradição cultural não está a promover uma divisão de trabalho justa nem equitativa entre os sexos.

A Comissão das Comunidades Europeias (1999), numa das suas comunicações, refere que a desigualdade na prestação de cuidados no domicílio entre homens e mulheres é evidente; ou seja, esta mesma prestação de cuidados é assegurada essencialmente por mulheres, entre a faixa etária dos 45 aos 65 anos. Barreto, in Brito (2002:15), faz referência que os cuidadores de idosos são “(...) geralmente uma mulher da família (esposa, filha, irmã...), cujo esforço e solicitude são essenciais para manter o doente em vida e com o máximo de bem-estar que se pode esperar.”.

O cuidado informal, segundo García Calvente (2000), possui algumas características que o definem: a sua não renumeração, sendo frequentemente visto como algo sem valor; o seu desenvolvimento ocorrer no âmbito das relações privadas, prestado no domicílio e esse carácter doméstico o tornar invisível ao público e o cuidado de pessoas da família que necessitam de ajuda ser encarado, na nossa sociedade, como “tarefas domésticas” e, como tal, associado a um papel de género.

Todavia, o homem tem vindo a assumir o papel de cuidador. Sousa e Figueiredo (2004) estimam que em Portugal os homens cuidadores são na percentagem dos 25%, sendo o seu alvo de cuidados as esposas. Ducharme et al. (2006) apresentam-nos alguns dados estatísticos assim como alguns estudos em que os cuidadores são homens, sendo estes idosos a cuidarem de idosas. Kramer, in Kramer e Thompson (2002), estima a existência, na população idosa com 75 ou mais anos, de mais maridos do que esposas cuidadoras. Também Russel (2007) refere estudos (Kaye e Applegate, 1990; Olson, 1994 e Kramer, 2002) onde é estimado que cerca de 30% dos cuidadores são homens e que, nas últimas duas décadas na literatura sobre o cuidador, o homem tem sido mencionado ocasionalmente, que as experiências destes têm sido negligenciadas ou marginalizadas ou pelo menos menosprezadas relativamente à mulher

cuidadora. Para Lage (2007), referindo o estudo de Neno (2004), há a crença que os homens cuidadores, em situações idênticas à das mulheres, recebem mais ajuda e suporte.

O envelhecimento da população tem conduzido a outra realidade: a existência de cuidadores informais também eles idosos. Karsch (2003), fazendo referência a um estudo de 102 cuidadores (1998), refere que 39,3% dos cuidadores, com idades entre 60 e 80 anos, eram cuidadores de 62,5% de dependentes com a mesma idade. Também Rebelo (1996), no seu estudo, refere que 20% dos cuidadores são idosos. Para Kaye, in Kosberg e Kaye (1997), e Navaie-Waliser et al. (2002) esses cuidadores idosos são considerados de risco.

Neri (1999), citado por Azeredo (2003), refere que os domínios das tarefas desempenhadas pelos cuidadores de um idoso fragilizado são: proporcionar apoio nas actividades de vida diária (arrumar e limpar a casa, preparar refeições, fazer compras, etc.); lidar com dificuldades funcionais relacionadas com actividades físicas e com o autocuidado (caminhar, alimentar, tomar banho, pentear, etc.); atender a necessidades de suporte emocional (fazer companhia, actuar como confidente, conversar sobre questões pessoais ou emocionais, ajudar a manter ou reatar laços afectivos antigos) e lidar com pressões psicológicas que emergem da prestação de cuidados. Lage (2007), referindo-se ao estudo de Daley (1995), afirma que o papel do cuidador cônjuge idoso é assumido de uma forma mais fácil, como continuação das responsabilidades tradicionais do casamento.

A motivação para cuidar de alguém, no parecer de Cohen e Eisdorfer, citados por Lurdes e Storani, in Netto (1999:155), assenta em quatro principais razões: "(...) amor, sentimento este que não requer explicação científica; gratidão, na qual se considera as experiências passadas e tudo o que foi anteriormente oferecido pelo indivíduo agora necessitado; moralidade, seguindo basicamente as expectativas de uma sociedade; e, por fim, uma vontade própria em prover cuidados a alguém."

Karsch (2003) refere que a literatura internacional aponta que a decisão do assumir dos cuidados pessoais ao idoso incapacitado decorre de uma dinâmica que parece obedecer a regras circunspectas em quatro factores: parentesco, com maior frequência os cônjuges; género, predominantemente a mulher; proximidade física (por viverem juntos) e afectiva (conjugal, pais e filhos). Kaye e Applegate, in Thompson (1994), sobre os cuidadores idosos masculinos, apontam a motivação para cuidar a

obrigação *versus* o amor pela pessoa que cuidam.

2.1.3 – A sobrecarga dos cuidadores

Várias poderão ser as áreas de impacto a que o cuidador está sujeito. De acordo com Glajchen (2004), os cuidadores poderão sofrer a nível físico (alterações no sono e fadiga); psicológico (ansiedade, *stress* e depressão); social (cuidadores idosos necessitando de assistência devido às limitações inerentes à idade, custos económicos associados) e espiritual. Também Brito (2002:35) refere vários estudos (Fadden et al., 1987; Cook et al., 1996 e Goodman et al., 1997) que “(...) têm vindo a sugerir que as pessoas que prestam cuidados a familiares durante longos períodos, como acontece na maior parte dos casos de familiares idosos dependentes, frequentemente sofrem alterações adversas em várias e importantes áreas da sua vida: alterações na vida familiar e social, problemas económicos e laborais, cansaço e desgaste prolongados, a nível físico e psíquico.”.

Para Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2005) e Weuve, Boult e Morishita (2000), a sobrecarga pode ser reconhecida como objectiva, abrangendo acontecimentos ocasionados pelo facto de ser cuidador (como, por exemplo, restrição de tempo, gastos financeiros e maior esforço) e os efeitos no bem-estar físico, psicológico, social e económico do mesmo, e como subjectiva, quando se refere aos sentimentos e respostas emocionais sobre as actividades realizadas no processo de cuidar. Rubio, Berg-Weger e Tebb (1999), referindo-se ao estudo de Montgomery, Gonyea e Hooyman (1985), mencionam que há uma relação entre esses dois tipos de sobrecarga, em que a objectiva está mais relacionada com as características do cuidador e a subjectiva com as tarefas do cuidar.

Neri e Pavarini, in Duarte e Diogo (2000), apontam cinco elementos inerentes à prestação de cuidados a idosos dependentes: encargo físico e financeiro; o fardo do cuidador poder ser agravado por ter falta de preparação e informação e escassez de apoio social e emocional; o papel de cuidador concorrer com o desempenho profissional e familiar que antes desempenhava; dificuldade em gerir sentimentos pessoais e conflitos familiares resultantes de cuidar de um pai ou cônjuge idosos e, por último, o facto da actividade de cuidador familiar ser solitária, no sentido deste a realizar sozinho e no sentido de encontrar pouco apoio social entre pessoas que também são ou já foram cuidadoras.

No dizer de Paúl (1997), a relação que o cuidador mantinha com o idoso cuidado

antes da situação de doença, a inversão de papéis, que geralmente acontece, e a responsabilidade pelo cuidado não partilhada com outros, aumentam a probabilidade de conflitos.

De acordo com Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2005), é rara a partilha na prestação de cuidados ao idoso. Kaye e Applegate, in Thompson (1994), no seu estudo sobre homens cuidadores informais, apontam que a actividade de cuidador provoca isolamento e que estes têm apoios mínimos quer da restante família quer dos recursos da comunidade. Phipps, in Phipps, Sands e Marek (2003), fazendo referência a diversos estudos, afirmam que os sentimentos de fardo e isolamento social podem ser diminuídos, caso o prestador de cuidados tenha a percepção do apoio social. Anderson (1992) apresenta como necessidade do cuidador o reconhecimento pelo desempenho da sua difícil tarefa, não necessariamente uma recompensa, mas o manifestar em agradecimento, perguntarem como se sente e quais as suas necessidades.

Aos prestadores de cuidados em Portugal, e de acordo com Bris (1994:92), é frequente o “Excesso de cansaço, fadiga geral, dores nas costas, esgotamento físico e mental, diminuição das forças e das resistências, nervosismo, irritabilidade, ansiedade, insónias, estado depressivo (...)”. Para o mesmo (1994:104), são vários os sentimentos que o cuidar de idosos poderá originar: culpabilização, pela “(...) ideia de não fazer o suficiente, nem o suficientemente bem, o facto de perder a cabeça, de ter palavras ou gestos violentos, a sensação de ter abandonado o idoso para se permitir liberdades, prazeres, como ir ao cinema (...)”; ternura, compaixão, tristeza ou impotência, pelo “(...) facto de se assistir, dia a dia, à lenta degradação ou ao sofrimento da pessoa de quem se cuida (...)”; angústia da morte, da sua e da do outro e o *efeito de espelho*, no qual o “(...) cônjuge que presta cuidados vê ali o seu próprio reflexo (...)”.

Gavião, in Duarte e Diogo (2000), sublinha que é importante que o cuidador, como figura fundamental, mantenha o seu equilíbrio emocional de forma a poder lidar com as manifestações de angústia da pessoa que cuida sem ser “contagiado” por elas. Selmes e Selmes (2000:54) referem que “A angústia de “não fazer as coisas bem”, a ansiedade de enfrentar situações imprevisíveis, o isolamento progressivo, explicam o aparecimento da agressividade contra os outros, de tensão com as pessoas que poderiam ajudar.”.

É importante referir que, para Vilaça et al. (2005), o cuidador nem sempre demonstra ou se apercebe que necessita de ajuda e orientação no seu autocuidado, uma vez que cada pessoa tem uma diferente forma de reagir face à doença do seu familiar.

Segundo Bocchi (2004), constata-se que por vezes os cuidadores têm resistência em solicitar ou aceitar ajuda, atitude esta que, citando Anderson, Linto e Stewart-Wynne (1995), parece estar relacionada com diversas causas: medo de que essa atitude pudesse representar sinal de fracasso; medo e ansiedade em deixar o doente em casa, sem supervisão, susceptível de piorar o seu estado ou mesmo morrer e tentativa de suavizar os sentimentos de culpa pelas suas acções ou negligências através de superprotecção e excesso de cuidados.

Aoun et al. (2005) descrevem que os cuidadores acreditam que as suas necessidades e interesses estão em segundo plano relativamente às do doente que cuidam. O'Dowd (2007) refere que há uma linha ténue entre o papel e as necessidades do cuidador e da pessoa cuidada. Aoun et al. (2005), baseando-se no estudo de Ramirez, Addington-Hall e Richards (1998), apontam as razões para os cuidadores não revelarem as suas necessidades aos profissionais: não quererem dar prioridade às suas necessidades em relação às do doente, não quererem ser julgados de forma inadequada, como cuidadores, e acreditarem que essa incumbência e o *stress* são inevitáveis e não podem melhorar.

Não é tarefa fácil ser cuidador de idosos, muito mais quando também se é idoso, e isso acarreta problemas de diversa ordem uma vez que os dois (idoso e cuidador) pertencem ao mesmo grupo etário. Esse facto faz o cuidador interrogar-se sobre quem continuará a cuidar do idoso, caso ele morra primeiro ou se ficar doente ou dependente e incapaz de continuar a cuidar. Selmes e Selmes (2000:54) referem “Se o cuidador principal adoece, tudo se agravará.”.

Bris (1994:69) explica que “(...) a situação dos casais idosos se caracteriza, repetidamente, pelo apoio recíproco que se opera no âmbito de um frágil equilíbrio e de uma lenta degradação dos dois, cada um apoiando o outro em função do que cada um pode ainda suportar (...)”. Barreto, in Brito (2002:16), refere que “(...) a patologia dos que prestam cuidados acaba por se reflectir sobre os que dele dependem, os próprios idosos.”.

Do estudo de Navaie-Waliser et al. (2002) podemos salientar que os cuidadores considerados vulneráveis, os idosos, relativamente aos não vulneráveis, têm maiores dificuldades e necessidades desconhecidas na prestação de cuidados e relatam, desde que são cuidadores, agravamento da sua saúde física. De acordo com Bris (1994), são várias as consequências para a saúde da pessoa cuidadora de idosos, sobretudo se

estes forem os cônjuges, porque estão mais expostos a problemas de saúde, são mais frágeis (possuem menos resistência) e, quando envolvidos numa prestação de cuidados para além das suas forças (especialmente físicas), são expostos a elevados riscos no que respeita à sua própria saúde. Para além disto, é muito frequente a impossibilidade de repousar tanto quanto o seu estado necessita e de preservar a própria saúde.

Diogo, Ceolim e Cintra (2004) intitulam esses idosos cuidadores de “vítimas ocultas”, uma vez que convivem com o isolamento, solidão e sobrecarga de funções e que, para além de estarem disponíveis vinte e quatro horas por dia, se defrontam com o seu próprio envelhecimento e comprometimento físico para além das responsabilidades financeiras e legais.

Para Ribeiro e Paúl (2006), a sobrecarga do homem enquanto cuidador, de uma maneira geral, é tida como menor, uma vez que este é associado a uma menor exigência de participação nas responsabilidades do cuidar. No entanto, estes autores referem estudos em que essa assumpção é desmistificada, onde são evidenciadas acentuadas consequências negativas para os homens cuidadores. Os mesmos autores expõem a necessidade de se equacionar o facto de os homens cuidadores referirem menos queixas físicas, não como sinónimo de um menor ou ausente impacto do cuidar, mas como dificuldades ocultas, onde estas não são admitidas e/ou expressas. Lage (2007), referindo-se aos estudos de Thompson (2000) e de Calasanti (2003), considera que o facto de os homens terem a capacidade de separar os aspectos emocionais dos instrumentais/financeiros do cuidado lhes confere um amortecedor face ao *stress* originado pelo papel de cuidador.

Para os cuidadores informais, a institucionalização do idoso que cuida é tida como o último recurso. Para Bris (1994:85), a recusa ao internamento resulta de “(...) duas fontes concomitantes e interactivas: o obscurecimento, pela imagem negativa ligada aos lares, e a perda de estima, tanto aos seus próprios olhos, como aos das pessoas que os rodeiam: o *internamento* gera, mesmo a longo prazo, vergonha e culpabilização e é vivido como um abandono e um fracasso.”. Também Neri e Pavarini, in Duarte e Diogo (2000), referem que a institucionalização dos idosos que se tornam dependentes é uma alternativa no mínimo polémica por causa dos significados de abandono, maus-tratos e de desamparo que, de forma justa ou injusta, acompanha a existência de vários tipos de instituições. Uma das conclusões do estudo de Imaginário (2004) foi o facto de os cuidadores acharem que é seu dever cuidar do idoso dependente e que este é melhor cuidado no domicílio.

Também poderemos salientar algumas consequências positivas que o cuidar acarreta. Paúl (1997) aponta algumas razões para que a prestação de cuidados se torne positiva: a solidariedade, a intimidade e a felicidade de tornar mais doce o fim da vida a uma pessoa que nos é querida. Os resultados do estudo de Ducharme et al. (2006) apontam para os ganhos pessoais obtidos pelo facto de os cuidadores masculinos assumirem esse papel. Os mesmos autores fazem referência a outros estudos em que o ganho inerente ao papel de cuidador masculino também é visível, em que os cuidadores se sentem úteis, orgulhosos, com elevação da auto-estima e consideram o trabalho como uma fonte de satisfação e um trabalho de amor.

Também Brito (2002) aponta a satisfação e o sentido de recompensa referido pelos prestadores de cuidados, quando os aspectos do cuidado beneficiavam a pessoa dependente por eles cuidada. No dizer de Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004), na prestação de cuidados o ter consciência que se dá o melhor é tido como impacto positivo e que, desde que queiram, os cuidadores podem obter satisfação.

2.2 – OS CUIDADORES PROFISSIONAIS

Como já foi exposto, o envelhecimento, como fenómeno humano que se liga simbioticamente a todas as dimensões e expressões humanas, não pode ser de forma alguma olvidado pela sociedade. Este tem-se tornado uma preocupação que já ganhou destaque em diversas agendas (económicas, políticas, académicas, entre outras). Enquanto utilizadores assíduos dos serviços de saúde, devido à complexidade dos problemas com que frequentemente são confrontados, os idosos impõem desafios aos profissionais de saúde exigindo uma abordagem holística.

2.2.1 – A equipe multiprofissional e o papel do enfermeiro gerontogeriatrico

De acordo com Costa (2002:44), com o aumento da esperança de vida prognostica-se “(...) o crescimento numérico de pessoas frágeis e/ou fragilizadas.”, levantando-se a necessidade e o desafio por parte de diversas profissões assistenciais em centrar os seus esforços na melhoria da qualidade de vida dos idosos, de modo a que estes permaneçam no seu ambiente familiar com dignidade, tornando este tempo saudável e produtivo.

Zarit (1997), citado por Cerqueira e Oliveira (2002), refere que o profissional para trabalhar com idosos deverá estar familiarizado com as alterações comuns do envelhecimento, seus diagnósticos, avaliações e possibilidades de tratamento;

conhecimento dos serviços de saúde disponíveis para o idoso e possuir habilidades clínicas que permitam não só orientar o comportamento do idoso bem como permitir ao cuidador identificar sentimentos e comportamentos relativos ao idoso, compreendê-los e/ou modificá-los, de forma a obter uma melhoria na qualidade de vida, na relação com o idoso, familiares e pessoas com quem convive.

Concordamos com Adam (1994) quando esta refere que cada profissão tem a sua própria definição de saúde e a concepção do seu contributo para esta, podendo muitas funções ser desempenhadas por uma ou outra, no entanto, cada disciplina possui objectivos particulares que justificam a sua presença na equipa multidisciplinar. De acordo com o REPE (1996:6), a enfermagem é a “(...) profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem ou recuperem a saúde (...)”. O cuidar é a essência da enfermagem e como foco central da prática temos de o centrar na pessoa como ser existencial e relacional.

Gameiro (2003:10) refere-se à natureza multifocal da prática profissional, em que esta se centra na “(...) pessoa enquanto indivíduo e socialmente enquadrada, enquanto corpo anatómico e funcional, enquanto experiência existencial e consequência sociocultural.”. De acordo com Hesbeen (2000), ao considerarmos a pessoa como um todo, mais do que a soma das partes, estamos a cuidar e não a tratar. Costa, in Neves e Pacheco (2004), evidencia que no processo de cuidados o doente e o cuidador deverão ser tidos em conta como “pessoas” - numa perspectiva holística e humanística - com características físicas, cognitivas, sociais, afectivas e espirituais, às quais correspondem necessidades específicas.

A evolução da enfermagem gerontológica foi um acontecimento que decorreu de forma lenta e gradual, no entanto, e segundo Eliopoulos (2005), esta especialidade, nas últimas décadas do século XX, apresentou um crescimento notável. Para Agreda (1999:36-37), “A Enfermagem Gerontológica apresenta-se hoje como um serviço à Comunidade especializando-se nos cuidados às pessoas que envelhecem (...)”, com o objectivo de assegurar que o processo de envelhecimento, “(...) independentemente da idade e saúde (...)” da pessoa decorra nas melhores condições de saúde e autonomia. Assim, e de acordo com o mesmo autor, a enfermagem gerontológica deve considerar como destinatários dos cuidados:

- as pessoas idosas sãs: que são indivíduos independentes e capazes de satisfazerem as suas necessidades, dentro das suas limitações, impostas pelo factor idade. Os cuidados visam a promoção de hábitos de vida saudáveis e a prevenção de consequências negativas do envelhecimento;
- as pessoas idosas frágeis ou de risco: que são os idosos com alto risco de perder a sua autonomia, sofrer complicações, ingressos em instituições ou morrer (resultante da sua idade avançada ou da perda de saúde ou ainda de factores sociais). Os cuidados visam a avaliação do grau de risco, a prevenção de complicações e a manutenção do melhor nível de independência;
- os doentes geriátricos: cujos cuidados visam compensar as dificuldades, prevenir as complicações, recuperar o máximo das capacidades, melhorar a qualidade de vida e assegurar uma morte digna, se necessário.

Novamente Agreda (1999), ao referir-se ao papel que os enfermeiros gerontológicas deverão ter na sociedade e particularmente junto das pessoas idosas frágeis ou de risco, salienta:

- ensinar e ajudar os idosos a tomarem consciência do seu potencial com vista a desenvolverem o maior grau de funcionamento e independência;
- mostrar à sociedade como a velhice é uma etapa de crescimento pessoal que deverá ser preparada ao longo da vida;
- conseguir aumentar a qualidade de vida dos idosos; ter em conta que o avanço do conhecimento traz mais oportunidades para que uma pessoa possa viver os últimos anos de vida em plenitude;
- ajudar a ultrapassar as dificuldades da velhice;
- procurar alternativas de intervir na sociedade através de testemunhos, dando a conhecer os serviços existentes e as normas da prática em enfermagem gerontológica.

Contextualizando melhor o papel dos enfermeiros junto das pessoas idosas, considera que:

- os enfermeiros têm que ser criativos na sua prestação de cuidados quer ao idoso saudável ou doente;
- deverão ampliar a sua intervenção a todos os níveis de assistência, na comunidade e nas instituições;
- necessitam trabalhar com outros técnicos e disciplinas nesta mesma assistência aos idosos, num mundo de interdisciplinaridade;

- urge que participem na elaboração do plano de assistência aos idosos em todos os níveis de decisão.

Comungando plenamente com a visão do autor atrás mencionado, sentimos que no quotidiano laboral existe um hiato, por vezes doloroso de se gerir, entre o que se encontra descrito nos livros com a prática real. Resultante desse hiato, surge um sentimento de frustração, pois, muitas vezes, as circunstâncias da realidade não se coadunam com os ideais propalados pelas instituições promotoras das boas práticas de enfermagem. Neste sentido, e procurando evitar que esse sentimento de frustração comprometa os cuidados de enfermagem a prestar a quem de direito, e com o objectivo de que os mesmos cheguem aos legítimos destinatários, identificamo-nos com a preocupação de Costa (1999) relativamente ao desafio dos cuidados de enfermagem aos idosos.

Para Costa (1999), esse desafio como “cuidados holísticos” tem de começar a ser operacionalizado e deixar de ser um objectivo abandonado que raramente sai dos livros. Deverão ser cuidados entendidos como gestão de processos de saúde, apresentando-se como globalizadores da acção de cuidar pelas características de quem é cuidado. De acordo com a mesma (1999:20), o papel do enfermeiro, enquanto agente operacional dos cuidados aos idosos, deverá caracterizar-se por:

- “papel relacionado com o estabelecimento de relações interpessoais, visando a manutenção da saúde individual, familiar e comunitária;
- esforço para manter o equilíbrio homeostático, mediante intervenções específicas tendentes ao equilíbrio da pessoa e ambiente;
- utilização de técnicas específicas que favoreçam o regresso à saúde;
- intervenções visando o alívio da dor física, psicológica e social;
- manutenção da dignidade e do bem-estar;
- função pedagógica na informação à pessoa idosa.”.

Profissionais e cuidadores têm assim um papel relevante no atendimento das pessoas idosas. Atendendo à expressão numérica do fenómeno do envelhecimento a verificar-se na sociedade actual, é por demais importante a transversalidade desta análise e a sua continuidade centrada na pessoa do cuidador.

2.2.2 – O cuidador idoso como centro de cuidados

Para cuidar o cuidador, temos de o conhecer e, para Paúl (1997), não só temos

de o conhecer como temos de intervir junto deste, antecipando-nos às suas necessidades e apoiando o esforço deste, de forma a evitar descompensações prejudiciais não só a ele como também ao idoso cuidado. De acordo com Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2005), as medidas adequadas às necessidades dos cuidadores informais estão limitadas, uma vez que, em Portugal, não há dados epidemiológicos sobre os mesmos.

Várias ciências do conhecimento humano abordam o conceito de necessidade. Importa explicitar este conceito na perspectiva de enfermagem. De acordo com Oliveira e Pereira (2006), a necessidade, como juízo de valor, é algo de sentido pelo indivíduo como uma condição não satisfeita que se repercute no seu desempenho. Não existem necessidades absolutas, mas sim necessidades relativas aos indivíduos, aos contextos e são formadas a partir de crenças, pressupostos e valores.

Para Adam (1994), a necessidade é fundamental quando se constitui como necessidade para qualquer ser humano, doente ou saudável. É específica quando se constitui como uma exigência não universal, podendo abranger muitos indivíduos. A perspectiva de Phaneuf (2001) é interessante, na medida em que a mesma defende que a necessidade envolve tudo o que, quer a pessoa sã ou doente, carece em determinado momento, podendo ou não ser expressa pelo indivíduo.

Virgínia Henderson, como mentora da implementação do conceito necessidade nas estruturas do saber em enfermagem, de acordo com Esteves et al. (2002), afirmava que necessidade é algo de que se necessita e não uma falha de qualquer coisa, sendo este conceito algo de positivo, comum a todos os seres humanos. São constituídas por uma dimensão bio-fisiológica, psicológica, sociológica e cultural, variando de indivíduo para indivíduo, constituindo um todo que é o homem. O todo que constitui o ser humano é negado quando se considera uma só necessidade. Bolander, in Bolander (1998), citando Yura e Walsh, enfatiza o facto de o papel principal do enfermeiro ser o de satisfazer as necessidades humanas através do processo de enfermagem, onde os seus alvos de acção são as necessidades humanas do utente individual e as necessidades humanas da família e da comunidade.

García Calvente (2000), baseado em Twigg e Atkin (1994), refere que para analisar as necessidades dos cuidadores podemos utilizar dois modelos teóricos: o cuidador como recurso e o cuidador como utente/cliente. O cuidador como recurso é tido em conta pelo sistema formal, uma vez que presta cuidados à pessoa dependente; no

entanto, o seu bem-estar é tido em conta de forma marginal ou é totalmente ignorado. No modelo do cuidador como utente/cliente, os profissionais têm como foco de atenção não só o dependente como o cuidador. Neste modelo, o bem-estar do cuidador é tido em conta e há o reconhecimento da possibilidade de existência de conflitos de interesses, uma vez que o bem-estar do cuidador nem sempre coincide com o bem-estar da pessoa dependente que ele cuida.

Nolan et al., citados por Brito (2002), especificam a intervenção junto do cuidador e a melhoria dos cuidados, defendendo a necessidade da existência de uma avaliação individual, baseada numa abordagem multidimensional, que tenha em conta a natureza dinâmica e contextual da situação da prestação de cuidados, pois, só assim, será possível determinar qual a intervenção adequada a cada cuidador nas suas circunstâncias particulares.

Dentro do contexto das intervenções de enfermagem junto do cuidador idoso, atendendo à abrangência e pertinência das intervenções terapêuticas preconizadas por Brodaty (1999), achamos que estas fazem todo o sentido. O autor defende que as intervenções devem assentar em três grandes pilares: apoio psicológico, educação/informação e sistemas sociais de apoio.

Como já foi mencionado anteriormente, o cuidar acarreta em si consequências para a saúde deste mesmo cuidador, consequências estas que vão desde o plano físico até ao plano social, passando pelo psicológico e até espiritual. Morris, in Phipps, Sands e Marek (2003:91), afirma que “Particularmente preocupantes são as sequelas negativas na saúde dos prestadores de cuidados, nomeadamente a depressão: é que, face às exigências do trabalho, os prestadores de cuidados podem ignorar a sua saúde e a sua sintomatologia.”. A mesma autora defende que a depressão continua a ser o principal problema de saúde mental dos idosos e que mesmo sendo tratável não o é porque, muitas vezes, não é identificado ou é mal diagnosticado. Caldas (2003) refere que a família deve ser preparada para lidar com os diversos sentimentos que acompanham o cuidar, entre outros, culpa, frustração, raiva e depressão.

Dentro das consequências associadas ao cuidar, existe um fenómeno: o *stress*. Escuredo Rodríguez, Díaz Álvarez e Pascual Cortés (2001), no seu estudo sobre cuidadores de dependentes, referem que o *stress* é o principal problema que estes apresentam (84,4%). O *stress* no cuidar é uma realidade resultante de experiências e gestão de sentimentos que vão surgindo ao longo do fenómeno de ser cuidador. Paúl

(1997) entende o *stress* não como um acontecimento mas como um processo que necessita de ser examinado no contexto individual, familiar e social.

Segundo Pearlin et al. (1990), são quatro os domínios que estão envolvidos no *stress* do cuidador, em que cada um comporta múltiplos componentes:

- a preparação e contexto do *stress*;
- os “stressores”;
- os mediadores, sendo os principais:
 - o *coping*;
 - o apoio social;
 - os resultados e manifestações de *stress*.

Os mesmos autores definem “stressores” como condições, experiências e actividades problemáticas que ameaçam, contrariam os esforços, cansam e aniquilam os sonhos das pessoas, e distinguem dois tipos, os primários e os secundários. Enquanto que os primários se relacionam com as necessidades da pessoa dependente, sua natureza e magnitude, os secundários surgem como consequência dos anteriores e manifestam-se noutras dimensões da vida do cuidador, na vida pessoal, profissional e familiar. Para Ribeiro e Rodrigues (2004:5), “O coping é uma variável intermediária entre um acontecimento e os resultados ou consequências a termo desses acontecimentos.”.

Se o *stress* em si no cuidador informal ganha proporções que não podemos deixar de analisar, a nosso ver, no cuidador idoso o mesmo ganha dimensões que não poderão ser negligenciadas. Smeltzer e Bare (1994), a propósito do *stress* no idoso, afirmam que a pessoa idosa terá menos recursos e escolhas para lidar com o mesmo. Cabete (2005:8) refere que “(...) quanto mais velhos, maior é o tempo que levamos a reagir ao stress interno e externo e mais tempo demoramos a repor o nosso equilíbrio.” Existindo essa dificuldade em gerir o *stress*, o cuidador idoso fica mais exposto às consequências do cuidar. Concordamos com Azeredo (2003) quando esta refere que os profissionais devem estar atentos aos agentes “stressores” susceptíveis do comprometimento da prestação de cuidados.

Desta forma, o apoio psicológico é uma importante intervenção terapêutica, com o fito de promover e manter a saúde mental do cuidador idoso, oferecendo-lhe estruturas psico-emocionais para cuidar do outro e de si. Dentro das intervenções de apoio psicológico ao cuidador, Brodaty (1999) elenca um número de práticas a ter em vista para conseguir amparar o cuidador. O autor enfatiza a importância da partilha de experiências

e sentimentos por intermédio de debates/discussão, dinâmicas de grupo onde os seus elementos sejam cuidadores, suporte recíproco entre os mesmos, fazendo com que os cuidadores prestem apoio prático e emocional uns aos outros.

Para Bris (1994), os cuidadores de idosos necessitam de falar das suas dificuldades e preocupações, de se queixarem, de serem escutados e compreendidos e, também, de receberem elogios e agradecimentos. Uma outra necessidade apontada foi a frequência num grupo de apoio, frequência esta que contribui para a existência de resultados positivos. Brodaty (1999) alude que por intermédio desse apoio procura-se que o cuidador idoso tenha um espaço onde fale dos seus sentimentos, permitindo “unburdening”.⁷ Como defende o mesmo autor, com estas medidas procura-se despoletar no cuidador um sentimento de sentir-se parte de um grupo, levando-o a mudar a percepção de pensar que estava sozinho no mundo a passar por isso, para a identificação com o papel de cuidador.

Souza et al. (2005), referindo-se ao grupo de apoio, mencionam que este proporciona aos cuidadores alívios emocionais, diminuição do *stress*, estimulação do autocuidado e ressalta a importância da consciência do cuidador no que se refere ao diagnóstico das suas necessidades e limites. De acordo com Kaye e Applegate (1990), quanto mais idosas são as pessoas cuidadas, mais fácil se tornou ao cuidador masculino partilhar as suas experiências.

De acordo com Fennel (1997), citado por Brito (2002), as intervenções relacionadas com o apoio psicológico passarão, em grande medida, pela modelação das cognições do prestador de cuidados, através da descoberta de novas maneiras de pensar e de estratégias de *coping*. Pearlin et al. (1990), fazendo referência a Pearlin e Aneshensel (1986), expõem três possibilidades de *coping*, como resposta aos problemas da vida:

- gestão da situação que deu origem ao *stress*;
- gestão do significado da situação quando a ameaça é reduzida;
- gestão dos sintomas de *stress* resultantes da situação.

Apesar de se verificar uma diminuição de certas funções cognitivas com o processo de envelhecimento, estas não põem em causa a capacidade do cuidador idoso em encontrar novas formas de estar e de ser.

⁷ Tradução livre: Aliviar/desabafar.

Acreditando que o apoio psicológico se assume como um dos pilares na abordagem do cuidador, pela estimulação da definição de estratégias de *coping*, é de todo pertinente enquadrar essa mesma intervenção terapêutica no universo do cuidador. Um dos passos primordiais, para que o cuidador idoso consiga viver bem a sua missão de cuidar do outro, é entendermos, ou melhor, dissecarmos o processo de adaptação desse mesmo idoso, essência estruturante do *coping*.

Berger e Mailloux-Poirier (1995:166) defendem que “A capacidade de adaptação das pessoas de idade parece ser mesmo melhor do que a dos adultos mais jovens. Os idosos, que são mais vulneráveis, têm que modificar os seus mecanismos de defesa para se adaptar.”. As utilizações que os idosos fazem dos mecanismos de defesa e de adaptação permitem-lhes reduzir a ansiedade, o medo, a frustração e manter a auto-estima. Para essa capacidade de adaptação recursos como a criatividade são extremamente importantes para se levar a cabo esse processo.

Com uma avaliação cuidada e criteriosa do cuidador idoso, atendendo ao meio ambiente onde este se encontra, o enfermeiro pode funcionar como um agente valioso na adaptação deste às situações quotidianas de cuidar de outro idoso. Berger e Mailloux-Poirier (1995:196) afirmam que “A enfermeira tem, pois, uma parte de responsabilidade na manutenção do funcionamento cognitivo normal dos idosos. Partindo de uma avaliação precisa dos clientes e de um diagnóstico de enfermagem adequado, pode planear intervenções preventivas e de manutenção que de facto correspondam às necessidades.”. No entanto, para que se consiga conservar as actividades cognitivas do cuidador idoso, o meio ambiente, onde este se encontra, tem de ser alvo da atenção do enfermeiro.

Ao enfermeiro, como membro de uma equipa multidisciplinar, cabe a responsabilidade de desenvolver ao máximo estratégias que visem o fomento da saúde mental do idoso cuidador, aproveitando a posição privilegiada que tem junto deste, de onde brota um conhecimento único. No entanto, todas essas estratégias a implementar têm de ser alicerçadas num princípio inerente ao acto de cuidar: a relação de ajuda. Berger e Mailloux-Poirier (1995) referem que o enfermeiro que pretenda humanizar os cuidados que presta deve assegurar a sua presença junto do utente, conhecer os elementos de uma relação terapêutica e adoptar atitudes que facilitem a relação entre ele e o utente.

Virvan, in Bolander (1998:520), define relação terapêutica como “(...) uma relação

de ajuda. Os enfermeiros são as pessoas que ajudam e os utentes as pessoas que procuram ajuda. Uma relação terapêutica é pessoal, centrada no utente e é dirigida para a realização de determinados objectivos mútuos.”. Lazure (1994) reforça essa definição, referindo que o enfermeiro para ajudar o utente de uma forma adequada deve, em primeiro lugar, saber e acreditar que este, independentemente da natureza do seu problema, é o único detentor dos recursos básicos para o resolver.

Para Berger e Mailloux-Poirier (1995), o enfermeiro, ao iniciar uma relação terapêutica, deve ter em conta as atitudes fundamentais inerentes a esta: capacidade de escuta, empatia, respeito, congruência e clarificação. Para as mesmas (1995:29), “A capacidade de escuta representa a rede do fundo da relação de ajuda e situa-se no coração do exercício de enfermagem.”. Consiste em estar atento ao outro e permite que o utente compreenda as suas dificuldades, encontrando em si próprio os recursos necessários. Phaneuf (2005:17) refere que “Escutar uma pessoa, é confirmá-la na sua existência, mostrar-lhe que ela é importante para nós, devolver-lhe poder.”.

Ainda para Berger e Mailloux-Poirier (1995), a empatia é a capacidade de sentir as emoções do outro, sem se deixar envolver e, simultaneamente, compreender a dinâmica do seu comportamento. A empatia permite compreender a linguagem verbal e não verbal do utente e o conteúdo subjectivo contido na mensagem objectiva. Tem como intuito compreender aquilo que o outro está a sentir, para depois ajudá-lo a evoluir.

Respeitar um utente é um acto gratuito, uma atitude adquirida de imediato, na qual o enfermeiro considera o cliente como um ser único, aceitando incondicionalmente os seus valores. A congruência é a capacidade que o enfermeiro tem para ser ele próprio, isto é, ser espontâneo durante a relação terapêutica e exprimir abertamente aquilo que está a viver, aquilo que sente, sempre que tal contribua para a evolução da relação.

Por fim, a clarificação é a capacidade do enfermeiro manter uma comunicação clara, concreta e eficaz, com o fim de ajudar o utente a formular e delimitar o seu problema. Para além destas características Lazure (1994), refere a capacidade de confrontação, como forma de proporcionar ao cliente novas perspectivas que o possam motivar a mudar de comportamento.

Novamente para Lazure (1994), todos os seres humanos podem sentir necessidades de crescimento, que poderão ser ultrapassadas através de uma relação de

ajuda utente/enfermeiro. Phaneuf (2005:325) também alerta que nem sempre o enfermeiro está em contexto de relação de ajuda, uma vez que esse encontro, que necessita de tempo e de presença de espírito de que nem sempre dispõe, exige concentração, interioridade e empatia e que esta relação deve ser reservada para “(...) momentos de sofrimento particulares, momentos em que é importante compreender o problema humano, em que é essencial encorajar a pessoa, favorecer uma decisão, clarificar uma escolha.”.

Sendo assim, o enfermeiro deve cuidar o cuidador, prestando-lhe cuidados adequados e ajudando-o a encontrar os recursos pessoais para ultrapassar os seus problemas actuais, através de uma relação terapêutica eficaz, ou seja, deve fornecer apoio psicológico, tendo por base a relação de ajuda, que corresponde à primeira vertente mencionada por Brodaty (1999).

O ser cuidador informal pressupõe conhecimentos como forma de poder prestar cuidados adequados à pessoa que cuida. Brito (2002) afirma que as dificuldades mais frequentes percebidas pelo cuidador são a falta de informação em geral e o sentimento de incompetência para a realização de diversos procedimentos relacionados com os cuidados diários ao familiar idoso, podendo afectar, de forma significativa, o seu desempenho de cuidar.

Segundo Davies e Higginson (2004), os cuidadores frequentemente relatam necessidade de ajuda no cuidar da pessoa doente e *coping* relativamente à ansiedade e depressão. Mendonça, Martinez e Rodrigues (2000), fazendo referência a um estudo feito na Escócia, de Ward e Cavanagh (1997), apontam que as necessidades do cuidador informal eram a aquisição de mais informações relativas ao diagnóstico do doente, à forma de desenvolverem o seu trabalho e à obtenção de ajuda posterior, bem como maior diálogo com os profissionais e valorização da sua opinião.

Na opinião de Caldas (2003), os cuidadores devem ser tidos como agentes de saúde e receber orientações direccionadas à prestação de cuidados ao idoso, onde se incluem medidas preventivas, para evitar a dependência precoce, e específicas, sobre os cuidados ao idoso dependente. Neste sentido, surge a segunda intervenção terapêutica preconizada por Brodaty (1999), a educação/informação. Lima (1999) refere que a educação pode ter duas perspectivas: a de ginástica mental, evitando a deterioração das capacidades cognitivas, e a de um instrumento de aquisição de novos conhecimentos.

Nolan et al, citados por Brito (2002), apresentam a procura de informação sobre a situação, como uma das formas de *coping* mais utilizadas pelos prestadores de cuidados. Aproveitando a energia e a motivação dispendida para o desenvolvimento dessa estratégia de *coping*, os enfermeiros devem-na potenciar por intermédio das suas sessões de educação para a saúde. Brêtas e Yoshitome, in Duarte e Diogo (2000), defendem que compete aos enfermeiros a capacitação dos cuidadores no que respeita à prestação de cuidados, supervisionando periodicamente tais actividades.

Essa capacitação do cuidador, pela via da educação, passa, segundo Brodaty (1999), por melhorar as aptidões do cuidador domiciliário na prática dos cuidados, desenvolvendo competências terapêuticas na resolução de problemas até ao planeamento, como agir em situações de emergência, como recorrer a apoios financeiros e jurídicos. O mesmo autor também advoga que informar, quando tal situação o justificar, sobre o desenvolvimento da doença é uma atitude a tomar com vista a preparar o cuidador para todos os cenários com os quais ele vai ter que lidar. Segundo Bris (1994), os cuidadores necessitam de ensino, que engloba dois aspectos: aquisição de conhecimentos sobre a doença e a dependência e ensino prático.

Palma (1999) corrobora com o referido quando afirma que o cuidador, ao deter conhecimentos sobre práticas de cuidar e sobre a doença e dependência do idoso, não só melhora a qualidade da prestação de cuidados como também vê diminuir as dificuldades da sua família. Deste modo, como forma de ajustar as respostas da mudança contínua às necessidades dos idosos, os enfermeiros deverão, de acordo com Escuredo Rodríguez, Díaz Álvarez e Pascual Cortés (2001), elaborar planos de cuidados, tendo em conta não só as necessidades da pessoa dependente mas também as do seu cuidador. Floriani e Schramm (2006), referindo-se ao estudo de Topinková (1995), apontam que as intervenções junto dos cuidadores só serão eficazes quando pensadas, programadas e estabelecidas ao nível físico, psicológico, social e financeiro. A visita domiciliária, e concordando com Vilaça et al. (2005), assume-se como uma importante ferramenta para conhecer os cuidadores e promover assistência de acordo com a realidade em que os mesmos vivem.

Para Batalha (2000), a nível nacional ainda não há consenso no que respeita à visita domiciliária, como uma política de saúde, sendo relegado, muitas vezes, para segundo plano este instrumento de trabalho. O autor refere as múltiplas causas, desde a falta de recursos, falhas na coordenação do trabalho em equipa e algum descrédito enquanto metodologia de trabalho economicamente rentável e essencial para cuidar.

Para Brêtas e Yoshitome, in Duarte e Diogo (2000:112), “A melhor maneira de ensinar o cuidador é executar a actividade com ele, na situação real do domicílio, pois discutem-se juntos as improvisações necessárias para a assistência com qualidade.”.

A OMS (2002) considera que os cuidadores, também eles idosos, precisam não só de estar bem informados como também de receberem formação, como forma das famílias manterem os idosos no domicílio. Caldas (2003) defende que era fundamental que os profissionais de saúde não só treinassem como também supervisionassem as actividades que o cuidador presta.

Entendemos que, por tudo aquilo que já foi exposto, o educar o cuidador é um dos pontos de partida que conduzem ao sucesso da missão que lhe foi atribuída. No entanto, julgamos que é importante reflectir sobre a aprendizagem do idoso, procurando adaptar essa intervenção terapêutica à realidade específica que é ser-se cuidador idoso. Segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995:170), “A diminuição de certas funções cognitivas é normal no envelhecimento (...)”.

Todavia, as mesmas autoras (1995) referem que o desempenho cognitivo se mantém intacto na maioria das pessoas idosas, sendo as funções mais atingidas a memória, o tempo de reacção e a percepção. Paúl e Fonseca (2001) reforçam essa ideia ao dizerem que os idosos, apesar da diminuição da capacidade de resposta, continuam capazes de aprender, apenas levando mais tempo. Acreditando em tal premissa, o enfermeiro põe em prática a intervenção terapêutica da educação, atendendo às particularidades da relação do idoso consigo próprio e da relação que mantém com o seu meio.

Por fim, a última vertente de intervenção terapêutica junto do cuidador, defendida por Brodaty (1999), consiste em informar o mesmo acerca dos sistemas sociais de apoio. De acordo com Anderson (1992), uma das necessidades do cuidador principal é o desconhecimento dos serviços disponíveis na comunidade. Para Berger e Mailloux-Poirier (1995), devemos facultar o acesso aos recursos disponíveis.

Paúl (1997:92), citando Wellman (1981), define sistema de apoio como “(...) uma rede de apoio social: um conjunto de pessoas ligadas por um conjunto de laços, por exemplo, relações de apoio emocional, formando uma rede social, limitada do ponto de vista analítico, que apenas toma em consideração laços de apoio e que assume que estes laços só podem formar uma única estrutura integrada.”. Segundo a OMS (2002), os

homens idosos costumam ter menos redes sociais de apoio do que as mulheres idosas.

Para Berger e Mailloux-Poirier (1995:95), as redes de suporte podem ser classificadas em formais e informais. Estas têm como objectivo a ajuda concreta às pessoas idosas. Para as mesmas, “A rede de suporte formal (...) é composta de organismos de ajuda governamentais e serviços benévolos, enquanto a rede informal (ou rede natural de ajuda) é constituída pelo companheiro, parentes, amigos e vizinhos.”. Segundo Paúl (1997), essas redes prestam dois tipos de apoio: o apoio psicológico, ligado à satisfação de vida e ao bem-estar e o apoio instrumental, que implica a ajuda física em momentos em que os idosos apresentam *déficit* das capacidades funcionais ou perda de autonomia, temporária ou permanente.

No que diz respeito aos serviços sociais, pertencentes à rede de suporte formal, Grácio (1999) refere que estes são escassos no nosso país, tendo em conta as necessidades da população idosa. No entanto, aponta os serviços sociais disponíveis para os idosos, uns mais tradicionais (lares para idosos, lares para cidadãos dependentes, centros de dia e centros de convívio) e outros mais inovadores (apoio domiciliário, acolhimento familiar, colónias de férias, termalismo, programa de apoio integrado aos idosos e ajudas técnicas). Para além destes serviços sociais, a população idosa goza da possibilidade de receber alguns apoios financeiros. Estes podem beneficiar das Pensões de Regime Contributivo (Pensão de Velhice, Pensão de Invalidez, Pensão de Sobrevivência, Pensão Unificada) ou Não-Contributivo (Pensão Social e Pensão de Viuvez), dependendo da condição de terem ou não sido efectuados descontos para a Segurança Social.

Na RAA, os idosos podem beneficiar da Pensão de Velhice; Pensão de Invalidez; Pensão de Sobrevivência; Pensão Social; Pensão de Viuvez; Complemento por Dependência (assumindo dois escalões, em função do grau de dependência do idoso); Complemento Solidário para Idoso (destinado a idosos com idade superior a 80 anos) e Complemento Regional de Pensão. Este último, segundo o Decreto Legislativo Regional nº8/2002/A de 10 de Abril, constitui-se como um acréscimo regional ao salário mínimo no valor de 5%, criado desde 2000, que visa atenuar a diferença do nível do custo de vida dos açorianos relativamente aos continentais, nomeadamente a que deriva dos custos da insularidade, e diminuir as desigualdades resultantes do baixo valor das pensões auferidas por uma faixa da população residente nos Açores, traduzindo-se numa medida

de justiça social.⁸

De acordo com Melo (2008),⁹ a partir de Fevereiro de 2008 os açorianos, essencialmente os idosos carenciados, poderão beneficiar de um sistema de tele-assistência, inovador a nível nacional, fruto da parceria dos hipermercados Modelo com Cruz Vermelha Portuguesa (projecto “Causa Maior”). Desta forma, é garantido ao idoso ser rapidamente contactado, bastando para isso accionar um botão existente numa pulseira. Ao necessitar de auxílio, accionando o botão, imediatamente o pedido de ajuda é recebido por um operador que irá accionar o apoio pretendido, quer seja o alertar de familiares ou vizinhos quer seja assistência médica. No primeiro ano será gratuito e, nos seguintes, terá um custo de cerca de 20 € mensais, no entanto, e para os mais carenciados, a delegação da Cruz Vermelha está a desenvolver esforços no sentido de desenvolver protocolos com a Acção Social para a manutenção da gratuidade deste serviço.

O Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa é o único que se destina aos cuidadores, destinando-se a compensar o acréscimo de encargos resultantes da situação de dependência do idoso através de um subsídio mensal vitalício. De acordo com o Decreto-Lei nº 133-B/97 (publicado na I Série do Diário da República, nº124, de 30 de Maio), essa assistência é considerada permanente quando implica atendimento diário, de pelo menos 6 horas diárias.

Esta abordagem, embora sucinta, reflecte a preocupação social com a velhice e reflecte uma vertente fundamental, por vezes excessivamente centrada nos recursos económicos. Não são de esquecer, como já foi referido, que os deveres de formação e de informação dos profissionais aos cuidadores devem enquadrar os cuidados e que a centralidade dos mesmos nos cuidadores é condição essencial para o seu sucesso.

2.3 – ORIENTAÇÕES E REGULAMENTAÇÃO PROFISSIONAL EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS AOS IDOSOS

De acordo com Navaie-Waliser, Spriggs e Feldman (2002), os prestadores de cuidados formais e os políticos têm de implementar práticas e políticas tendo por base as

⁸ Dados consultados a 12 de Janeiro de 2008, em http://bdjur.almedina.net/sinopse.php?field=node_id&value=94716

⁹ Dados consultados a 10 de Fevereiro de 2008, em <http://www.acorianooriental.pt/noticias/view/98346>

mudanças e as necessidades dos cuidadores informais. Para Gonçalves (2002), as necessidades e os apoios dos cuidadores informais de idosos deverão ser contemplados, e os programas de apoio aos cuidadores de idosos deverão contemplar três orientações básicas: relativas aos cuidadores propriamente ditos, aos profissionais envolvidos e às estruturas de governo.

Neste âmbito, não podemos deixar de fazer referência ao diploma jurídico que estabelece as linhas de orientação da enfermagem portuguesa. Está descrito no REPE (1996:7), no artigo 5º, nº 1, que os cuidados de enfermagem se caracterizam por terem “(...) por fundamento numa interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade;”. No artigo 8º deste mesmo regulamento (1996:9), é referido que os enfermeiros têm “(...) como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.”.

A Ordem dos Enfermeiros (2002:8) emanou os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, onde é referido que “Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue.”. Também foram definidas seis categorias de enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros que (2002:11) que “(...) visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspectos do mandato social da profissão de enfermagem.”.

No Código Deontológico dos Enfermeiros (2003:49), no seu artigo 80º - Do dever para com a comunidade - , determina-se que o enfermeiro é responsável para com a comunidade na promoção da saúde. Isso pressupõe “(...) melhoria da informação, educação para a saúde e o realce dos estilos de vida saudáveis.”. Neste mesmo código (2003:51), no artigo 81º – Dos valores humanos - , alínea c), é referido que o enfermeiro assume o dever de “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida;”. É ainda descrito, no artigo 84º - Dever de informar - (2003:71), na alínea d), que é dever do enfermeiro “Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.”.

Para Mendonça, Martinez e Rodrigues (2000:33), “As políticas e estratégias de saúde nacional não têm dado grande relevo à prestação de cuidados de saúde informais.”. No entanto, tem surgido vontade política em colmatar algumas das complexas carências sociais, têm sido criadas redes sociais de apoio com objectivos convergentes na prestação de cuidados de saúde e apoio social.

Desde 1999 foi criada, pelo Provedor de Justiça,¹⁰ uma linha telefónica gratuita para apoiar os idosos, a Linha do Cidadão Idoso (800 20 35 31). A mesma pretende divulgar junto destes informações relativas aos direitos e benefícios nas áreas da saúde, segurança e acção social, habitação, obrigações familiares, lazer, equipamentos e serviços, entre outros. Ainda em 1999, o Ministério da Saúde emana um documento, onde são divulgadas estratégias e orientações de intervenção bem como definidas metas para 2002. Neste mesmo documento (1999:37), no horizonte de 2007, pretendia-se “Aumentar (em cerca de 80%) o número de pessoas idosas com elevado grau de dependência, que terão assegurados cuidados domiciliários integrados.”.

Em especial na última década, tem surgido diversa legislação relativamente aos idosos e seus cuidadores:

- Decreto-Lei nº 329/93, do Ministério do Emprego e da Segurança social, onde, no artigo 5º, é feita alusão ao subsídio por assistência de terceira pessoa (em que este se destina a compensar os encargos decorrentes da assistência permanente com o idoso dependente).
- Despacho Conjunto nº 407/98 (publicado na II Série do Diário da República, nº 138, de 18 de Junho), no qual os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade aprovaram as orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados continuados dirigidos às pessoas dependentes. O modelo de intervenção tem como desígnio a promoção da autonomia dos dependentes bem como a colaboração com as famílias, reforçando as capacidades e competências da mesma e prestando-lhe o apoio necessário bem como ajudas técnicas de forma à permanência do dependente no domicílio.
- Despacho Conjunto nº 360/99, dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, (publicado na II Série do Diário da República, nº 99, de 28 de Abril), através do qual é criado um grupo de trabalho para estudar e propor medidas que convirjam para o desenvolvimento, valorização e incentivo da prestação de cuidados no domicílio a pessoas dependentes, particularmente os idosos.
- Resolução do Conselho de Ministros nº 59/2002 (publicado na I Série do Diário da República, nº 69, de 22 de Março), que define a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (REDE MAIS) com o objectivo de desenvolver respostas integradas de cuidados de saúde e de apoio social potenciadoras de mais autonomia, mais integração social e mais saúde para as pessoas dependentes.

¹⁰ Dados consultados a 17 de Maio de 2007, em <http://www.provedor-jus.pt/idoso.htm>

- Decreto-Lei nº 60/2003 (publicado na I Série do Diário da República, nº 77, de 1 de Abril), no qual é criada a Rede de Cuidados de Saúde Primários, que (2003:2119) “(...) para além de continuar a garantir a sua missão específica tradicional de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, deverá também constituir-se e assumir-se, em articulação permanente com os cuidados e saúde ou hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro fundamental na promoção a saúde e na prevenção da doença.” e “(...) tem como missão constituir a primeira linha e a base de toda a rede de cuidados de saúde em geral (...)”. No artigo 13º, é feita referência que cada Centro de Saúde poderá dispor de diferentes unidades funcionalmente integradas, entre elas (2003:2122) a “Unidade de apoio à comunidade e de Enfermagem”, onde (2003:2123) “A organização dessa unidades decorre (...) das competências próprias dos respectivos profissionais, tendo em conta a realidade geodemográfica onde se encontra inserida, cabendo-lhe, designadamente: a) Assegurar os cuidados de enfermagem e outros que os indivíduos e famílias necessitem por forma a dar resposta aos problemas identificados que interferem no seu estado de saúde (...)”.
- Decreto-Lei nº 281/2003 (publicado na I Série do Diário da República, nº 259, de 8 de Novembro), que cria a Rede de Prestação de Cuidados Continuados de Saúde, com o objectivo de promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e conforto dos cidadãos necessitados dos mesmos face às sequelas de doença crónica susceptíveis de causar limitação funcional ou dependência de outrem.
- Resolução do Conselho de Ministros nº 84/2005, (publicado na I Série do Diário da República, nº 81, de 27 de Abril), onde são adoptadas orientações para a estruturação dos cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência.
- Decreto-Lei nº 101/2006 (publicado na I Série do Diário da República, nº 109, de 6 de Junho), é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. O objectivo geral, no artigo 4º, é o de prestar cuidados integrados às pessoas em situação de dependência, qualquer que seja a sua idade. No mesmo artigo, são descritos os objectivos específicos, nomeadamente na alínea e), onde é feita referência ao apoio aos cuidadores informais no que concerne à qualificação e prestação de cuidados.

PARTE II – CAMINHANDO PELAS MÃOS QUE DÃO: O ESTUDO EMPÍRICO

Até ao momento, tivemos como desiderato o reflectir sobre a temática de se ser cuidador idoso, tendo, para tal, mergulhado nos saberes de outros autores, por vezes alheios à disciplina de enfermagem, o que não obsta a riqueza das suas visões e pressupostos para o nosso trabalho. Preocupou-nos, acima de tudo, a amplitude da reflexão e o acrescentar algo mais à estrutura de pensamento do presente estudo, razão pela qual, no nosso enquadramento conceptual, as áreas do saber humano por nós afloradas foram desde a História até à Demografia.

Nós, enfermeiros, temos de utilizar metodologias de investigação que nos possibilitem a aquisição de saberes mais profundos da realidade e significado das experiências humanas, como forma de contribuir para o aumento do corpo de conhecimentos da enfermagem. Concordamos com Fortin (1999), quando esta refere que, antes de elaborar uma intervenção susceptível de melhorar uma situação, pode ser importante descrever a experiência de um grupo de pessoas.

Para Streubert e Carpenter (2002:1), citando Thorne (1997), "Os enfermeiros (...) desejam compreender claramente e dar sentido à experiência vivida pelos seus clientes, entrar no mundo em que eles habitam e perceber o processo social básico dos acontecimentos de saúde e de doenças humanos.". Costa (1998) refere que as necessidades sentidas pelos idosos são essenciais à sobrevivência humana, havendo necessidade de as conhecer. Desta forma, torna-se fundamental que o foco dos cuidados seja o cuidador idoso, nomeadamente as suas necessidades.

Novamente para Fortin (1999), os aspectos empíricos dizem respeito ao desenrolar do estudo, à análise dos dados e à interpretação dos resultados. Sendo assim, apresentamos dois capítulos, em que, no primeiro, explicitamos a temática em estudo e a metodologia utilizada e, no segundo, damos a conhecer o cuidador informal, masculino, idoso.

CAPÍTULO I – TEMÁTICA EM ESTUDO E METODOLOGIA

1.1 - DA PROBLEMÁTICA ÀS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Há cinquenta anos atrás, envelhecer não constituía problema, uma vez que o número de pessoas que envelheciam não era muito elevado e a imagem social dos

idosos era diferente daquela que existe nos dias de hoje. Com efeito, se outrora o idoso assumia um papel relevante no seio do núcleo familiar, actualmente a sua debilidade e dependência são encaradas como um fardo para os restantes membros da família.

As estatísticas (ONU 2002 e INE 2007) nos mostram que o envelhecimento é uma realidade, avolumando-se cada vez mais e mais rápido. Silva e Lima (2002) referem que, de acordo com a análise europeia das tendências sociais, em 2020 um quarto da população terá idade igual ou superior a 65 anos. Várias são as consequências desse envelhecimento, nomeadamente a dependência, que segundo Paschoal, in Netto (2000), na segunda metade deste século, o número de pessoas idosas dependentes aumentará para o dobro. Todas essas repercussões se reflectem na nossa sociedade, com especial atenção para o aumento numérico dos idosos muito idosos, pois segundo a ONU (2002), até meados deste século um quinto das pessoas idosas terá 80 ou mais anos.

E se ser cuidador de um idoso dependente não é tarefa fácil, muito mais quando também se é idoso. O aumento desses cuidadores, as consequências na sua saúde e a importância do trabalho que realizam transformam o cuidado familiar num assunto de saúde pública em geral e de enfermagem em particular. Sendo assim, é necessário que o enfermeiro reconheça as necessidades do idoso cuidador, para que as possa minimizar ou evitar e, desta forma, segundo Lage (2007), poderá construir modelos de intervenção adequados e ajudar a compreender e promover a saúde da família.

A OMS (1989), citada por Silva e Lima (2002:12), aponta que as necessidades, quando entendidas na perspectiva de resposta que os profissionais fornecem através do seu trabalho, “(...) são referenciadas a requisitos humanos básicos: fisiológicos, psicológicos e sociais, através dos quais os indivíduos procuram apoio e assistência.”. Montserrat Roca et al. (1999) alertam para a necessidade de investigar sobre os problemas dos cuidadores de forma a estes poderem prosseguir a sua tarefa. Também Lage (2007) diz que reconhecermos o contributo dos cuidadores é ganhar uma nova perspectiva do cuidado.

Alguns investigadores, e de diferentes área de actuação, têm-se dedicado à problemática do envelhecimento. No contexto Português, os cuidadores informais já têm sido objecto de estudo por alguns autores, nomeadamente: Morais (2001), Moreira (2001), Brito (2002), Imaginário (2004), Branco (2005), Nogueira (2007) e Ribeiro e Paúl (2006). Especificamente sobre os cuidadores masculinos tivemos acesso aos estudos de Ribeiro e Paúl (2008) e Ribeiro, Paúl e Nogueira (2007). De seguida, apresentaremos

algumas conclusões dos referidos estudos que vão ao encontro da nossa problemática.

As conclusões de Moraes (2001), relativas aos cuidadores de idosos, são que as necessidades não se restringem apenas à falta ou deficiente orientação fornecida pelos profissionais de saúde. A falta de recursos económicos também gerou interferência na qualidade da prestação de cuidados e as ajudas informais recebidas também são importantes.

Para Moreira (2001), os familiares relegavam as suas necessidades face às necessidades da pessoa que cuidavam. As necessidades identificadas foram de várias dimensões: cognitivas, afectivas e apoio domiciliário.

Brito (2002), no seu estudo com familiares cuidadores informais de idosos, revela que as fontes das dificuldades por eles apresentadas eram de diversos domínios: físico, emocional e social.

Na investigação de Imaginário (2004), foram identificados os cuidados que os cuidadores informais prestavam aos idosos que deles dependiam, as suas necessidades, motivações, repercussões e sentimentos bem como os apoios que possuíam e os que consideravam mais necessários. A mesma identificou como necessidades: ajudas dos serviços de saúde, de outrem e económicas, material técnico e ter saúde.

Branco (2005), no seu estudo com cuidadores informais de doentes com cancro em fase terminal, identificou necessidades a diferentes níveis: físico, afectivo, relacional, intelectual e espiritual.

O estudo de Ribeiro e Paúl (2006) abrangeu cuidadores informais de pessoas com Demência de Alzheimer. Neste estudo, e para os cuidadores masculinos, várias foram as áreas de impacto negativo nas suas vidas; a grande maioria das idosas não usufrui de apoio formal, e o homem cuidador tem um envolvimento significativo com as responsabilidades do cuidar.

Nogueira (2007) na sua dissertação defende: o cuidar como um processo penoso, onde o contexto pessoal, social e de apoio adquirem grande importância para quem cuida; a apresentação de maior *stress* no cuidador devido à maior dependência da pessoa cuidada; o facto do cuidador ser idoso e ter patologias dificultar algumas das suas actividades; a presença de apoio formal e informal e o surgimento de diversos

sentimentos (quer positivos quer negativos) face à nova distribuição de tarefas, essencialmente os cuidadores masculinos, pelo facto dessas tarefas anteriormente serem realizadas pelo elemento feminino do lar. A sobrecarga do cuidador, a carência de diversa informação, isolamento social e solidão foram outras das conclusões deste estudo.

No estudo de Ribeiro, Paúl e Nogueira (2007), os cuidadores informais masculinos, mais do que estarem num papel feminino, adoptado face às obrigações conjugais, demonstraram que o seu papel era importante e significativo, originando um sentimento de mérito e, paradoxalmente, reafirmando o sentimento de masculinidade.

Na investigação de Ribeiro e Paúl (2008), 60% dos idosos cuidadores masculinos expressaram pelo menos um retorno positivo advindo do seu desempenho. Na perspectiva de género, o reconhecimento social foi tido como retorno positivo.

Como afirma Fortin (1999:48), “Qualquer investigação tem por ponto de partida, uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal estar, uma irritação, uma inquietação e que por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado.”. A esse respeito, Collière (1989:203) refere que a “(...) orientação para a investigação pode ser (...) a tradução de um desejo de questionar e de elucidar os fenómenos, a fim de aprender a compreendê-los melhor e saber utilizá-los a nível da prática de cuidados.”.

Em enfermagem, as respostas às diferentes questões colocadas no quotidiano ajudam o enfermeiro a prestar um melhor e mais eficiente atendimento aos seus clientes. Sendo assim, julgamos ser pertinente estudar e dar a conhecer a problemática do cuidador informal idoso masculino, tendo em conta três elementos importantes a serem levados em conta na avaliação de um problema de pesquisa em enfermagem defendidos por Polit e Hungler (1995):

- os resultados devem contribuir para o conhecimento da profissão;
- o investigador deve certificar-se de que a investigação é passível de ser realizada;
- o investigador deverá ter em conta a exequibilidade do problema, atendendo a vários factores, entre eles: tempo, disponibilidade de sujeitos, experiência do investigador e considerações éticas.

Nenhuma problemática surge ao acaso, Polit, Beck e Hungler (2004) apontam a

experiência clínica, a literatura de enfermagem, os aspectos sociais, as teorias e as ideias de outras pessoas as fontes mais comuns dos problemas de investigação. As razões da escolha do tema recaem essencialmente na nossa experiência profissional, que nos indica o crescente aumento do número de idosos a cuidar de outro idoso, com consequências a nível do seu desempenho familiar e social. A actividade do primeiro semestre, do primeiro ano, deste Mestrado (em que fomos “para o campo” conhecer o perfil do cuidador informal idoso do Concelho de PD) foi para nós um momento marcante, tornando-se uma força impulsionadora de procura de respostas à nossa preocupação. O facto de a nível pessoal termos situações de idosos cuidadores de outro idoso tornou-se um elo de aproximação para o desenvolvimento desta temática.

De acordo com Quivy e Campenhoudt (1998), várias poderão ser as perspectivas a serem estudadas. Podendo o facto de ser idoso cuidador de outro idoso dependente ser visto por diferentes perspectivas, entre elas a percepção do próprio, a da pessoa cuidada, a do enfermeiro prestador de cuidados e a da sociedade. Adoptámos a que nos suscitou maior inquietação, ou seja, a nossa investigação pretendeu abordar as necessidades relacionadas com o idoso cuidador informal do sexo masculino. Delicado Useros et al. (2000) referem que os profissionais de saúde devem considerar uma perspectiva de género ao abordar o trabalho com cuidadores.

A melhor maneira de começar um trabalho de investigação, de acordo com Quivy e Campenhoudt (1998:44), “(...) consiste em esforçar-se por enunciar o projecto sob a forma de uma pergunta de partida.”. Esta servirá de primeiro fio condutor da investigação em que o investigador tenta exprimir o mais exactamente possível aquilo que procura saber, elucidar e compreender melhor. A pergunta que guiou o nosso estudo foi: **“Que necessidades tem o cuidador idoso, masculino, que cuida de uma idosa dependente?”** Face a essa questão, surgiram algumas interrogações relacionadas com “a necessidade de conhecer melhor os cuidadores”: Que dificuldades os idosos apresentam por serem cuidadores? O que os motiva? Que apoios têm? De que conhecimento usufruem?

1.2 – OBJECTIVOS

Toda essa problemática associada a essas questões nos conduziram à definição dos objectivos do estudo que, parafraseando Fortin (1999:40), constituem “(...) enunciados que indicam claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo”:

- caracterizar os idosos, cuidadores de uma idosa dependente, participantes no estudo;
- conhecer as motivações para assumpção desse papel;
- analisar o papel do cuidador masculino, identificando os apoios que recebem, as consequências (positivas e negativas) e as necessidades inerentes ao desempenho do mesmo.

1.3 – TIPO DE ESTUDO E PARADIGMA

Na fase metodológica, o investigador, de acordo com Fortin (1999:40), “(...) determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas (...)”.

O tipo de estudo que se decide adoptar está relacionado com o que pretendemos estudar, isto é, o objectivo da pesquisa, influenciado pela visão que temos do mundo, ou seja, pelo paradigma que nos orienta. Bogdan e Biklen (1994:52) explicam que “(...) um paradigma consiste num conjunto aberto de asserções, conceitos ou proposições logicamente relacionados e que orientam o pensamento e a investigação.”.

Santos, citado por Teixeira (2002:93), afirma que o paradigma emergente “(...) se pauta na complementaridade, na multidimensionalidade; que revaloriza os estudos humanísticos e coloca a pessoa no centro, a pessoa e o meio circundante, em uma *perspectiva ecocêntrica*.”. Também para Polit, Beck e Hungler (2004), esse paradigma pressupõe que o conhecimento seja maximizado quando a distância entre o pesquisador e os participantes no estudo for minimizada. Para Creswell (1994), no paradigma qualitativo, o investigador intervém no estudo, no entanto, os seus valores não são intervenientes no mesmo. A orientação teórica por nós usada teve por base esse paradigma.

De acordo com Creswell (1994), o estudo qualitativo é desenhado em concordância com as assumpções do paradigma qualitativo. Este autor define este tipo de estudo como um processo de investigação que se propõe a perceber os problemas humanos e cuja base assenta na construção de uma perspectiva complexa e holística, formada por palavras, e que difunde pormenorizadamente as visões dos informantes, inseridos no seu contexto. Para Polit, Beck e Hungler (2004), esse tipo de investigação dá ênfase à compreensão da experiência humana como é vivida e tal como é definida pelos próprios autores.

Tendo em conta os nossos objectivos e de acordo com a literatura consultada, achamos ser a abordagem qualitativa a mais indicada. Segundo Bogdan e Biklen (1994:47-50), a investigação qualitativa comporta cinco características, as quais poderão não estar presentes em todos os tipos de estudos qualitativos:

- “1. Na investigação qualitativa a fonte directa de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal. (...);
- 2. A investigação qualitativa é descritiva. (...);
- 3. Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos (...);
- 4. Os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva (...);
- 5. O significado é de importância vital na abordagem qualitativa (...).”.

A escolha do método, concordando com Streubert, in Streubert e Carpenter (2002:20), “(...) depende da questão que está a ser colocada.”. Desta forma, achamos que o método que melhor se enquadrava no nosso estudo tem características fenomenológicas. Polit e Hungler (1995:364) fazem referência à fenomenologia como “Um método de investigação que enfatiza a complexidade da experiência humana e a necessidade de se estudar aquela experiência de maneira holística, tal como ela é, realmente, vivida.”.

Os fenomenologistas, para Bogdan e Biklen (1994), dão ênfase à subjectividade dos sujeitos, tentando penetrar no mundo conceptual destes de forma a apreender como e qual o significado que estes atribuem aos acontecimentos do seu dia-a-dia. Munhall et al. (1986), citados por Costa (2005), acerca da utilização dessa perspectiva como forma particular de focar, pensar e agir, atribui-lhe um valor redobrado na medida em que fornece um paradigma geral para a investigação qualitativa e em particular para a enfermagem.

O nosso estudo foi exploratório-descritivo, dado que, em consonância com Cervo e Bervian (2002:69), “(...) há poucos conhecimentos sobre o problema a ser estudado” e não houve pretensão da elaboração de “(...) hipóteses a serem testadas no trabalho, restringindo-se a definir objectivos e buscar mais informações sobre determinado assunto de estudo.”. Carmo e Ferreira (1998) argumentam que a investigação é descritiva, na medida em que a descrição, resultante directamente dos dados, é feita de forma rigorosa. Polit e Hungler (1995) referem que as necessidades dos idosos, como fenómeno relativo à profissão, são do interesse para a realização de pesquisas em enfermagem.

Fortin (1999) e Hesbeen (2001), acerca do estudo exploratório-descritivo, referem que o objectivo do investigador não é o de determinar a verdade de determinado fenómeno, mas o de acumular a maior quantidade de informações possíveis, a fim de compreender os diversos aspectos do mesmo.

1.3.1 – Participantes e contexto do estudo

Relativamente à selecção dos participantes do nosso estudo, importa aqui falar do modo como a nossa população se constituiu em todo o processo de pesquisa. Sendo assim, tornou-se essencial identificar a nossa população-alvo. Polit, Beck e Hungler (2004) definem-na como aquela em que o pesquisador está interessado. Uma vez que, e anuindo ao que Fortin refere (1999), raramente é possível aceder à totalidade da população-alvo, tornou-se necessário definir a nossa amostragem.

A noção de amostragem é familiar nos estudos qualitativos, dado que o investigador, mais do que procurar a representatividade na dimensão da amostra, procura a relevância dos dados e a sua diversidade e profundidade, daí que o número de sujeitos/participantes do estudo não seja o mais relevante, sendo, no entanto, adequado ao que se pretende com a investigação.

Concordando com Polit e Hungler (1995), utilizamos o método de amostragem intencional, uma vez que seleccionámos os sujeitos tidos como característicos da população em questão. Deste modo, a nossa amostra foi intencional. Para Carpenter, in Streubert e Carpenter (2002), a amostra mais frequentemente utilizada na pesquisa fenomenológica é a intencional, uma vez que esta se baseia na finalidade de partilhar o conhecimento específico de determinado fenómeno que é do conhecimento específico dos sujeitos que o vivem, o experienciam e que sobre o mesmo podem partilhar as suas vivências. Devemos acrescentar que se tratou do conjunto dos sujeitos conhecidos e que preenchiam os critérios para participar no estudo.

Denominamos os elementos constituintes da amostra de participantes, uma vez que concordamos com Polit, Beck e Hungler (2004) quando estes referem que os investigadores qualitativos designam os indivíduos que participam no seu estudo por participantes ou informantes, uma vez que estes têm um envolvimento activo no mesmo.

A opção pelo Concelho de PD para o nosso estudo deveu-se ao facto de este ser o Concelho onde residimos, por ser o maior em área e população de todos os dezanove

Concelhos da RAA¹¹ e também devido à escassez de tempo disponível para a realização do estudo, por conseguinte, diríamos que se tratou do local de conveniência.

Os cuidados de Saúde Primários neste Concelho são assegurados pelo Centro de Saúde de PD, que neste Concelho engloba seis Unidades de Saúde (Arrifes, Capelas, Feteiras, Matriz, São José e Santo António), com as respectivas Extensões (dez). Na figura seguinte representamos o Concelho de PD com as respectivas freguesias.

Figura nº 10 – Concelho de Ponta Delgada.¹²



Tendo como pano de fundo esta realidade geográfica e a nossa população-alvo (todos os cuidadores do Centro de Saúde de PD, no Concelho de PD), elegemos o caminho para a colheita de dados: a consulta dos registos de visita domiciliária, com o intuito de identificar os idosos dependentes com idade igual ou superior a 65 anos alvos de cuidados de enfermagem. Marote et al. (2005:20), citando Cabete, definem idoso dependente como a “(...) pessoa idosa que depende de terceiros para a realização de actos elementares de vida diária (...) e que também sejam incapazes de realizar tarefas

¹¹ Dados consultados a 23 de Janeiro de 2008, em <http://cm-pontadelgada.azoresdigital.pt/Default.aspx?Module=Artigo&ID=80>

¹² Dados consultados a 23 de Janeiro de 2008, em http://images.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.dholmes.com/master-list/azores/pontadelgada.gif&imgrefurl=http://www.dholmes.com/master-list/azores/pontadelgada.html&h=397&w=467&sz=13&hl=pt-PT&start=86&tbnid=UDozB_n7HO-HKM:&tbnh=109&tbnw=128&prev=/images%3Fq%3Dconcelho%2Bde%2Bponta%2Bdelgada%26start%3D80%26gbv%3D2%26ndsp%3D20%26svnum%3D10%26hl%3Dpt-PT%26sa%3DN

domésticas que lhes permitem viver sós (...).”

Posteriormente, identificados os idosos dependentes com idade igual ou superior a 65 anos alvos de cuidados de enfermagem, foi feito o levantamento dos seus cuidadores, com o auxílio das equipas de enfermagem, atendendo aos critérios de elegibilidade definidos. Polit e Hungler (1995) definem os critérios de elegibilidade como aqueles através dos quais os sujeitos são seleccionados para participar num estudo.

Neste estudo, os critérios utilizados foram:

- ser do sexo masculino;
- ter idade igual ou superior a 65 anos;
- ser o cuidador principal de um só idoso;
- a idade do idoso que cuida ser igual ou superior a 65 anos.

Foram identificados cinco cuidadores, o que corresponde à totalidade da amostra. De acordo com Fortin (1999:211), “Se o objectivo do estudo é explorar e descrever fenómenos, o tamanho da amostra pode ser reduzido.”

1.4– TÉCNICA DE COLHEITA DE DADOS

A natureza da indagação da pesquisa determina qual o método a utilizar no procedimento de colheita de dados. Para Fortin (1999:261), “O processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim.”. Segundo Cuesta (1997), a utilização de métodos naturais, proporciona a recolha de informação relacionada com a experiência quotidiana dos participantes.

Desta forma, utilizámos a entrevista para a colheita de dados, uma vez que Gil (1999:117), citando Selltiz et al., refere que esta “(...) é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram (...).”. Para Bogdan e Biklen (1994), é através da entrevista que o investigador consegue desenvolver de forma intuitiva uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo. Também Parreira (2000), acerca do uso desta técnica, refere que, para além de criar uma relação de interacção, em que se gera uma atmosfera de influência recíproca entre o entrevistador e o entrevistado, permite a apreensão imediata da informação que desejamos.

Para Polit e Hungler (1995), o facto do entrevistador estar presente, permite-lhe averiguar se as perguntas foram compreendidas pelo entrevistado e observar toda a linguagem não verbal envolvida, contribuindo, assim, para que não haja interpretações incorrectas. Quando este se apercebe de que a pergunta não foi compreendida pelo entrevistado, deverá reformulá-la para que não haja desvios do tema que pretende investigar. Gil (1999) refere que, para além dessas vantagens, a entrevista não exige que o entrevistado saiba ler ou escrever.

O formato da entrevista utilizado foi o de semi-estruturada, nomeadamente a entrevista focalizada que, para Polit e Hungler (1995), se caracteriza pela formulação de um guião (anexo I), o qual integra temas a serem pesquisados, em que o entrevistado descreve a sua experiência pessoal acerca do assunto a investigar. Na concepção do guião, tivemos em conta não só a questão central do nosso estudo como também as questões de investigação a ela associadas.

Para Ghiglione e Matalon (1993), neste tipo de entrevista apenas é fixada uma orientação inicial da conversa; a ordem e forma como os restantes temas são introduzidos, são do critério do entrevistador. Parreira (2000) alerta-nos que o investigador deverá estar atento para o surgir de questões não previstas no plano inicial e, caso isso aconteça, para ele controlar a situação, dirigindo a entrevista para os objectivos da investigação. No entanto, essas informações devem ser valorizadas porque podem enquadrar-se no estudo, revelando aspectos não previstos.

Com o propósito de debelar a nossa inexperiência no papel de entrevistador, de verificar se o guião atingia os objectivos de desenvolvimento relativo ao conteúdo teórico e de nos tornarmos mais ágeis com o gravador, efectuámos uma entrevista a um cuidador masculino, que não estava abrangido pelos critérios de elegibilidade mas com experiências de cuidar semelhantes (cuidador idoso de uma idosa dependente que faleceu). Entrevista essa que se revelou útil na nossa aprendizagem e que nos permitiu constatar que o guião se ajustava à recolha de informação necessária à prossecução dos objectivos preconizados neste estudo.

Como forma de proporcionar um clima de confiança, os enfermeiros das Unidades/Extensões de saúde fizeram o primeiro contacto com os participantes e calendarizámos o dia, o local e a hora de encontro para a realização da entrevista.

As entrevistas foram efectuadas na casa dos participantes, estando apenas

presente o investigador. Deste modo, salvaguardamos a privacidade, evitamos interrupções bem como deixamos o participante mais à vontade. Desta forma, Ghiglione e Matalon (1993) e Streubert, in Streubert e Carpenter (2002), defendem que mais facilmente será revelada a informação procurada. Como o próprio nome indica, o guião serviu-nos de guia nas entrevistas, ora para complementar e aprofundar informações, ora para orientar o idoso para tópicos que não abordou espontaneamente.

O facto de as entrevistas se terem realizado na casa dos idosos permite-nos relatar alguns aspectos contextuais relacionados com as mesmas. Todas as entrevistas foram realizadas na cozinha, independentemente da idosa estar no quarto ou na sala. Para nós esse facto foi revelador de “um certo à vontade”, por parte dos cuidadores em falar connosco, uma vez que não nos consideraram como uma “visita formal”. As casas encontravam-se limpas, decoradas de “forma humilde” e, mesmo com espaços exíguos e sem meios técnicos de auxílio suficientes, eram “adaptadas” à idosa cuidada (a título de exemplo, podemos referir que um cuidador dorme numa cama “separada”, no entanto “ao lado” da esposa, de forma a que a idosa fique melhor posicionada e sob a sua supervisão). A totalidade dos idosos cuidadores apresentava aspecto geral cuidado, denotando preocupação em cuidar da sua higiene diária, situação extensível às esposas. No entanto a aparência física destes revelava uma aparente “idade cronológica superior à real” e “posturas de cansaço”. Constatou-se ainda que a presença do gravador não foi factor inibidor da nossa conversa.

As entrevistas foram registadas magneticamente através de um gravador, como sugerem Bogdan e Biklen (1994) e Creswell (1994). Na tentativa de criar um ambiente descontraído e desinibir a presença do gravador, fomentamos uma conversa informal na qual nos apresentamos, lemos e esclarecemos o consentimento informado, bem como o demos a assinar (um cuidador que não sabia assinar fez a impressão digital do seu indicador direito); falamos sobre os objectivos da entrevista, da importância do trabalho para a prestação de cuidados de enfermagem e dos resultados do estudo. Também pedimos aos participantes a autorização para gravar a entrevista.

Ao longo da entrevista, tentámos manter uma atitude de interesse. No final da mesma, foi-lhes agradecida a disponibilidade e valiosa contribuição. A entrevista teve, em média, a duração de vinte e seis minutos. Como previsto no cronograma, a colheita de dados teve lugar nos meses de Abril e Maio de 2007.

1.5 – TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados, de acordo com Rodríguez Gómez, Gil Flores e García Jiménez (1999), são toda a série de informações resultante das interações investigador/participante, das actividades desenvolvidas e dos contextos onde ocorre a investigação. Para os mesmos autores, os dados qualitativos abrangem uma ampla gama de informação, são ricos e densos em significados, polissémicos, de difícil reprodução dada a sua vinculação a contextos e momentos determinados e também são obtidos a partir de uma instrumentação mínima, uma vez que para a sua recolha são utilizados mais procedimentos do que instrumentos.

A análise dos dados, de acordo com Goetz e LeCompte (1998), deve começar com uma revisão do objectivo do estudo. Igualmente para Carpenter, in Streubert e Carpenter (2002), exige aos investigadores um mergulho profundo nos dados. Bogdan e Biklen (1994) fazem referência ao trabalhar os dados, à sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, busca de padrões, descoberta dos aspectos mais significativos e a decisão do que deve ser transmitido. Polit, Beck e Hungler (2004) defendem que a análise qualitativa, para além de ser desafiadora, intensa e de requerer um árduo trabalho, é construcionista. Landry, in Benoît (2003), refere que o investigador, ao efectuar a análise qualitativa, à custa de uma certa subjectividade, se mantém fiel às particularidades dos conteúdos.

Para Miles e Huberman (1994), o processo de análise dos dados, que necessita de ser bem documentado como processo, tem várias fases: redução de dados, apresentação dos mesmos e conclusões.

Em consonância com os mesmos autores (1994), como forma de redução dos dados, fizemos as transcrições das entrevistas, na sua totalidade para suporte informático. A cada cuidador atribuímos a letra (C) e um número (1 a 5), pela ordem de realização da entrevista (por exemplo: C2, significa cuidador 2). No início de cada transcrição, colocamos o número, a data e o período de duração e de transcrição da mesma. No anexo V, apresentamos uma entrevista exemplificativa.

As transcrições por nós efectuadas, no próprio dia ou no dia seguinte à realização da entrevista, tiveram em média 192 minutos (três horas e doze minutos). Se, por um lado, foi moroso, por outro lado, ganhámos uma maior “familiarização” com os dados, o que nos auxiliou na análise dos mesmos.

Nas transcrições, os comentários dos participantes foram escritos a itálico e assinalados entre aspas. As reticências significam os silêncios dos idosos. Em virtude de algumas expressões terem sido incorrectamente pronunciadas e outras serem de uso local/insular (“regionalismos”), havendo a possibilidade de comprometer a leitura do texto, optámos por as escrever entre aspas e descrever, sempre que necessário, entre parêntesis, o seu significado. Também foram registadas entre parêntesis as explicitações resultantes da nossa observação. De forma a salvaguardar a identidade dos idosos, os seus nomes; os nomes de locais e de outras pessoas que os pudessem, de alguma forma, identificar foram omitidos, sendo substituídos por reticências colocadas entre parêntesis rectos.

Ainda na fase de redução de dados, Sandelowski (1995) propõe a análise dos dados transcritos como um todo, em que o investigador deverá ler cada entrevista as vezes necessárias, de forma a apreender o essencial, uma vez que, inevitavelmente, ao efectuar essas leituras, novos pensamentos surgirão, que, em conjugação com outras ideias provenientes da imersão da literatura e outras fontes de inspiração, darão forma à análise.

Sendo assim, lemos e “relemos” as entrevistas, optando por enumerá-las linha a linha de forma a facilitar a análise. Seguindo a metodologia de Goetz e LeCompte (1998), nessas leituras fomos sublinhando os aspectos mais marcantes, criando um primeiro esboço de classificação, onde provisoriamente incluímos dados, igualmente criando um espaço onde eram anotadas as observações relativas a cada um dos aspectos identificados.

Sandelowski (1995) refere que, de seguida, é necessário desenvolver um sistema mais disciplinado, consciente e sistematicamente aplicado a todos os dados: as categorias. Para Bogdan e Biklen (1994:221), as categorias, como forma de classificar os dados recolhidos, possibilitam que “(...) o material contido num determinado tópico possa ser fisicamente apartado dos outros dados.”.

Para a construção das categorias, e de acordo com Ghiglione e Matalon (1993) e Goetz e LeCompte (1998), tivemos em conta a informação fornecida pelos participantes, consubstanciada na pesquisa bibliográfica efectuada, bem como nos objectivos do estudo. Sendo assim, utilizámos um processo intermédio entre o processo dedutivo, baseados no esquema teórico, e o processo indutivo, uma vez que, em conformidade com Miles e Huberman (1994) e Creswell (1994), as categorias também foram definidas à

medida que os dados foram explorados, resultantes da pouca exploração sobre o tema em termos de investigação bem como da subjectividade dos cuidadores. Carmo e Ferreira (1998) defendem que a investigação qualitativa é indutiva, uma vez que os investigadores, a partir de padrões provenientes da recolha de dados, chegam à compreensão dos fenómenos. Assim, algumas categorias foram construídas à *priori* e outras emergiram do discurso dos participantes, ou seja, à *posteriori*.

Após a definição das categorias, tornou-se necessário codificar a entrevista. Para Miles e Huberman (1994), a codificação é o processo através do qual se atribui a cada unidade um código próprio da categoria em que a consideramos incluída. Utilizamos aqui o nosso esboço classificatório proveniente das várias leituras das entrevistas.

A codificação foi realizada manualmente, e de acordo com Creswell (1994), foram utilizadas cores distintas, tendo em conta a unidade de registo e a de contexto. Para Ghiglione e Matalon (1993:212), as unidades de registo podem ser “(...) definidas como o segmento de conteúdo mínimo que é tomada em atenção pela análise (frase, por exemplo) (...)” e as unidades de contexto como “(...) o mais estreito segmento de conteúdo ao qual nos devemos referir para compreender a unidade de registo (parágrafo, por exemplo).”.

Desta forma, construímos textos separadamente, onde copiamos as unidades codificadas com o mesmo código e assinaladas pelo número da linha onde se encontravam nas entrevistas, agrupando todos os elementos fornecidos pelos cinco cuidadores a propósito de determinado tema.

Procedendo a novas leituras desses textos, notámos que algumas unidades de registo, embora pertencessem à mesma categoria pelos elos de ligação que possuíam, deveriam pertencer a um grupo mais pequeno, criando-se, assim, as subcategorias. Tal como as categorias, as subcategorias também foram codificadas.

Fizemos uso das recomendações de Miles e Huberman (1994), referentes à série de requisitos que os sistemas de categorias deverão respeitar, designadamente: a exaustividade das categorias, onde o sistema de categorias abrange todas as possíveis unidades diferenciadas nos dados; a exclusão mútua, onde cada unidade apenas pode estar incluída numa categoria e, por último, único princípio classificatório, onde as categorias são elaboradas sobre um único critério de classificação.

Tanto a categorização como a codificação foram acções determinantes na decisão da associação de cada unidade a uma determinada categoria, uma vez que à medida que se avançou na codificação, as categorias foram sendo consolidadas ou modificadas. Esta foi uma das dificuldades com maior relevo, quer na construção das categorias quer na inclusão dos segmentos de texto em cada uma delas garantindo, simultaneamente, os princípios anteriormente referidos.

Como forma de assegurar a fidelidade na nossa análise de conteúdo, utilizámos a fidelidade intra-codificador que, de acordo com Carmo e Ferreira (1998), diz respeito a que um mesmo codificador ao longo do trabalho aplique de igual forma os critérios de codificação, sendo necessário estes critérios estarem explicados pormenorizadamente e serem rigorosamente utilizados.

Segundo Streubert e Carpenter (2002:33), o objectivo da investigação qualitativa é apresentar, com rigor, as experiências dos participantes no estudo. Estes referem que o rigor “(...) é demonstrado através da atenção que o investigador dá à confirmação da informação descoberta.”.

Em qualquer trabalho de investigação é importante garantir a validade e a fiabilidade dos dados recolhidos. Na nossa análise, baseados em Carmo e Ferreira (1998), pensamos que as etapas do processo de análise foram executadas da forma correcta, traduzindo-se em validade, uma vez que, para os mesmos autores, a validade está presente quando a descrição tem significado para o problema em causa e reproduz fielmente a realidade dos factos. Como forma de limitar os enviesamentos no estudo, e em consonância com Bogdan e Biklen (1994), o trabalho de equipa com a nossa orientadora foi sempre um factor presente.

Lincoln e Guba (1985), citados por Polit e Hungler (1995), estabelecem quatro critérios fundamentais para assegurar a cientificidade do estudo: credibilidade; transferibilidade; segurança e confirmabilidade.

A credibilidade (1995:210-211) refere-se à “(...) confiança na verdade dos dados.”, e envolve dois aspectos: “(...) executar a investigação de forma a que a credibilidade das descobertas fique realçada, e (...) percorrer os passos necessários para demonstrar a credibilidade.”.

A transferibilidade (1995: 212) “(...) refere-se (...) à capacidade de generalização dos dados. Isto é, em que medida as descobertas a partir dos dados podem ser

transferidos a outros locais ou grupos. (...) é de certa forma, uma questão de amostragem e planeamento, e não uma questão relativa à importância dos dados em si.”.

A segurança dos dados (1995) refere-se à estabilidade desses mesmos dados através do tempo e mediante condições. Desta forma, toda a documentação foi entregue e revista pela orientadora do estudo.

A confirmabilidade (1995:212) é definida como a “(...) objectividade ou neutralidade dos dados, de modo que haja concordância entre duas ou mais pessoas independentes acerca da relevância ou significado dos dados.”. Também esse critério, como o anterior, foi assegurado através da auditoria por interrogatório pela orientadora do estudo.

Como segunda fase do processo de análise de dados, segundo Miles e Huberman (1994), temos a apresentação dos mesmos. Para Fortin (1999:330), a apresentação dos dados “(...) consiste em fornecer todos os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação (...)”. Bogdan e Biklen (1994) e Goetz e LeCompte (1998) preconizam que a apresentação seja feita de forma clara, mas sobretudo simples, de forma a que os dados sejam visualizados com objectividade.

A última fase do processo de análise dos dados, defendida por Miles e Huberman (1994), consiste na apresentação das conclusões do estudo.

1.6 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A realização de um trabalho de investigação em enfermagem implica, por parte do investigador, conhecimento e respeito pelos aspectos éticos e morais, de modo a que a individualidade humana seja preservada. O relatório de Belmont é reconhecido internacionalmente. Polit, Beck e Hungler (2004) referem que este articula três princípios que regem a conduta ética em investigação: a beneficência, o respeito pela dignidade humana e a justiça. Bogdan e Biklen (1994), acerca da ética relativa à investigação com humanos, consideram duas questões dominantes: o consentimento informado e a protecção dos participantes contra qualquer espécie de danos.

Neste estudo de investigação foram tomadas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades dos cuidadores que nele participaram. Desta forma, foi pedida e obtida autorização, por escrito, ao Conselho de Administração do Centro de

Saúde de PD (anexos II e III) e obtido o consentimento informado dos cuidadores (anexo IV). Os participantes foram informados acerca da finalidade do estudo, da decisão de não participarem ou desistirem ao longo do mesmo e da confidencialidade da informação auferida, ou seja, que apenas o investigador e a sua orientadora têm acesso. Foi-lhes também facultado o contacto do investigador.

1.7 - LIMITAÇÕES E CONSTRANGIMENTOS DO ESTUDO

No estudo em questão, consideramos como limitações a inexperiência do investigador na realização deste tipo de trabalho bem como a ausência e dificuldade de acesso a estudos sobre esta temática e o carácter exploratório do estudo.

Os constrangimentos do estudo têm a ver com a própria população, ou seja, com o facto de os idosos não estarem acostumados a falar com investigadores bem como com a sua escolaridade.

Uma vez que achamos que ler a entrevista para os idosos cuidadores constituiria uma dificuldade, não houve a possibilidade, tal como é preconizado por Lessard-Hébert, Goyette e Boutin (1990), de lhes serem devolvidos os resultados obtidos, com o fito do controlo da sua validade. Sendo assim, e como forma de lhes devolvermos poder, foi-lhes proporcionada a audição da gravação da sua entrevista. Desta forma, foi-lhes dada oportunidade não só de ouvirem o que disseram como também de acrescentarem algo que achassem ser importante. Os participantes não sugeriram alterações ao que tinham dito bem e verbalizaram terem gostado de ouvir a sua voz.

Na nossa pesquisa, e relativamente às técnicas para o aperfeiçoamento e documentação da credibilidade na investigação qualitativa, propostas por Lincoln e Guba (1985), citados por Polit e Hungler (1995), não houve nenhum tipo de triangulação. No entanto, houve verificação pela orientadora, de forma informal e continuada durante a colheita dos dados e de forma formal, aquando da análise dos mesmos.

Se mais alguma limitação há a apresentar, gostaríamos de referir a inexperiência do investigador, que, se por um lado pode ter constrangido alguns desenvolvimentos de natureza técnica que apelam a perícias sistemáticas, por outro, foi considerada a dificuldade *à priori* redobrando o cuidado mediante o recurso ao aconselhamento, à consulta e apoio bibliográfico e de peritos.

O carácter metodológico desta pesquisa não permite extrapolações dos resultados, uma vez que as conclusões só poderão ser validadas para os sujeitos em estudo. No entanto, o estudo tem a vantagem de ter tornado visíveis alguns processos que poderiam passar despercebidos noutro tipo de abordagens. Para Gameiro (2003), os resultados da investigação não devem apontar tanto para a generalização, mas sim para as possibilidades de transferibilidade, no sentido de facilitar a apreensão das vivências dos outros, nas suas circunstâncias particulares e na interacção com os prestadores de cuidados, de forma a melhorar a compreensão das situações de cuidados bem como a efectividade da sua presença. Sendo assim, foi descrita toda a metodologia e dados obtidos, de forma a que a sua aplicabilidade possa ser avaliada noutros contextos.

CAPÍTULO II – O CUIDADOR INFORMAL IDOSO

Indo ao encontro do preconizado por Miles e Huberman (1994), para a apresentação da informação utilizamos diagramas e matrizes (no anexo VI, expomos a matriz de codificação global e, no anexo VII, apresentamos o exemplo de uma matriz de codificação por unidade de análise). A apresentação da análise das categorias, com as respectivas subcategorias que se justificarem, é feita pela apresentação de indicadores (segmentos de texto das transcrições das entrevistas que consideramos ser mais significativos das categorias). Em virtude de algumas frases seleccionadas integrarem diferentes significados, dividimo-las com reticências entre parêntesis, utilizadas no início ou no fim das frases.

Concomitantemente com os indicadores, apresentamos a nossa análise fruto da observação empírica e conhecimento do campo bem como de fundamentação teórica. Para Fortin (1999), essencialmente no final da investigação, o investigador aprofundará a revisão da literatura para ver como os seus resultados se comparam com os obtidos por outros investigadores que realizaram estudos relacionados com os seus, quer de tipo quantitativo ou qualitativo. A esse respeito, Bogdan e Biklen (1994) referem que o investigador, estando consciente dos seus fundamentos teóricos, os deverá utilizar para analisar os dados, e estes permitir-lhe-ão fazer interpretações.

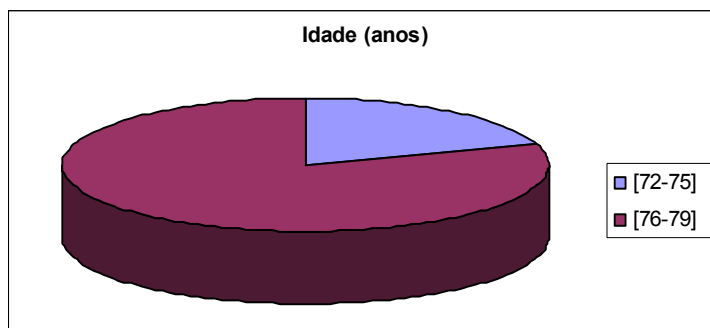
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Podemos definir o cuidador do nosso estudo, do sexo masculino, como um idoso jovem que cuida da sua esposa há cerca de 8 anos, com escolaridade básica e sofrendo de múltiplas patologias crónicas.

♦ **Idade:**

O cuidador “mais novo” tem 72 e o “mais velho” tem 79 anos. A média da idade é de 76,4 anos.

Gráfico nº 1 – Idade dos cuidadores (anos).



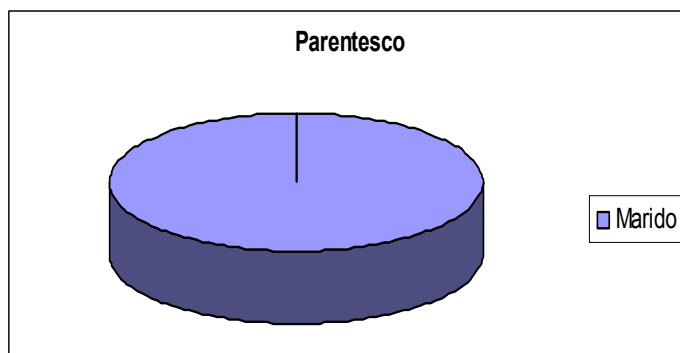
Podemos incluir todos os idosos, e de acordo com a ONU,¹³ na categoria de idosos jovens, uma vez que todos têm a idade compreendida no intervalo dos 65 aos 79 anos.

As idades das idosas cuidadas variam dos 70 aos 82 anos. São, assim, quatro idosas jovens e uma idosa de idade avançada. Na nossa opinião, de acordo com o INE (2002 a), fazendo referência o Censos de 2001, o facto de a esperança de vida na última década (1991-2001) ter aumentado contribuiu para que os cuidadores sejam cuidadores de idosos.

♦ **Parentesco:**

À questão sobre o grau de parentesco com a idosa cuidada, a totalidade dos participantes referiu ser a sua esposa.

Gráfico nº 2 - Parentesco dos cuidadores.



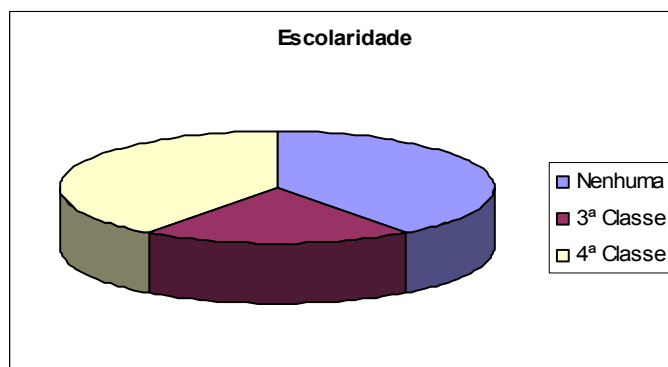
¹³ Dados consultados a 16 de Outubro de 2006, em <http://gerontologia.cidade.net/pt>

Todos os cuidadores são maridos das idosas cuidadas. De acordo com Kaye, in Kosberg e Kaye (1997), e Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2005), são os maridos, também idosos, que maioritariamente assumem os cuidados, visto que coabitam com as esposas dependentes.

♦ **Escolaridade:**

Dois dos cuidadores não possuem nenhuma escolaridade (um não sabia assinar, e o outro apenas sabia assinar o seu nome), dois têm a 4ª classe, e um tem a 3ª classe.

Gráfico nº 3 – Escolaridade dos cuidadores.



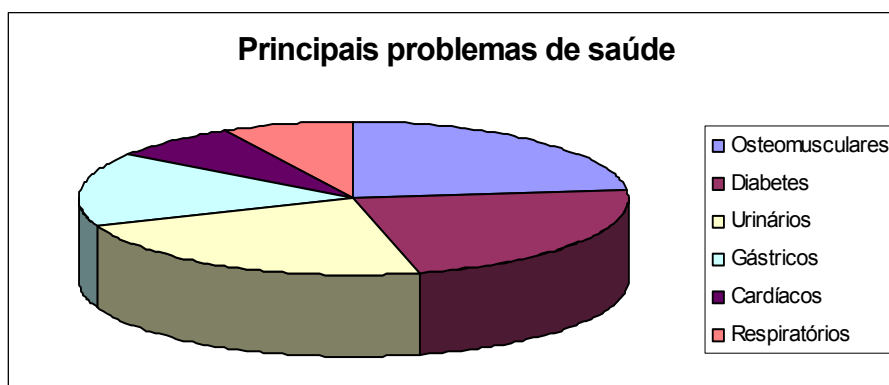
Da análise deste gráfico, constatamos que a escolaridade dos cuidadores se situa no primeiro ciclo (da primeira à quarta classe) da escolaridade básica.

De acordo com a ONU (2002), embora a alfabetização tenha aumentado entre a população idosa, o analfabetismo ainda é comum. Segundo o INE (2002 a), os idosos de Portugal possuem baixos níveis de instrução. Através dos dados do SREA (2003), baseados no Censos de 2001, podemos constatar que nos Açores a percentagem, relativa a indivíduos do sexo masculino de analfabetos, com 10 ou mais anos, é de 8.6% a nível dos Açores e a percentagem, na Ilha de São Miguel, é de 49.47%. De salientar que essa percentagem aumenta, não só nos Açores como na Ilha de São Miguel, quando relativa apenas a indivíduos do sexo masculino: 8.6 e 52.42%, respectivamente.

♦ **Principais problemas de saúde:**

A maioria dos cuidadores são acometidos por mais que uma patologia. Os problemas são diversos: osteomusculares (3); diabetes (3); urinários (3); gástricos (2); cardíacos (1) e respiratórios (1).

Gráfico nº 4 - Principais problemas de saúde dos cuidadores.



Os principais problemas de saúde de que os cuidadores padecem são os osteomusculares, os urinários e a diabetes. Não houve possibilidade de comparar os dados aqui encontrados com os de outros estudos, uma vez que as patologias a que os mesmos fazem referência não são relativas aos cuidadores mas sim às pessoas por ele cuidadas. Diga-se, porém, que os principais problemas de saúde aqui apresentados vão ao encontro dos documentados pela OMS (2002), dado que esta aponta algumas das doenças crónicas que afectam as pessoas idosas em todo o mundo, nomeadamente os problemas cardiovasculares, a diabetes e as doenças musculoesqueléticas.

De acordo com a LUSA, na sondagem efectuada entre Janeiro e Fevereiro de 2003, um quarto dos europeus sofre de doenças crónicas. Com uma média de 22.5% para o reumatismo e artrites, 16.5% para a hipertensão arterial e 6% para a diabetes. Segundo um relatório especial do Eurobarómetro, intitulado “Saúde, Alimentação e Álcool e Segurança”, 38.2% dos portugueses padecem de reumatismo e artrite, 22% de hipertensão e 10 % de diabetes.¹⁴

O INE e o INSA, com a colaboração da Direcção-Geral de Saúde e das Secretarias Regionais dos Assuntos Sociais das regiões autónomas, realizaram o quarto INS com o principal objectivo de caracterizar a população portuguesa no domínio da saúde. De salientar que este foi o primeiro inquérito sobre saúde que abrange todo o território nacional, apresentando resultados para o Continente, Açores e Madeira. Os Açores não dispõem de resultados anteriores ao período analisado (2005/2006), pelo que não foi possível avaliar a evolução dos números. Na RAA, a asma e diabetes são as duas doenças crónicas com maior incidência relativamente ao país, sendo as quatro doenças

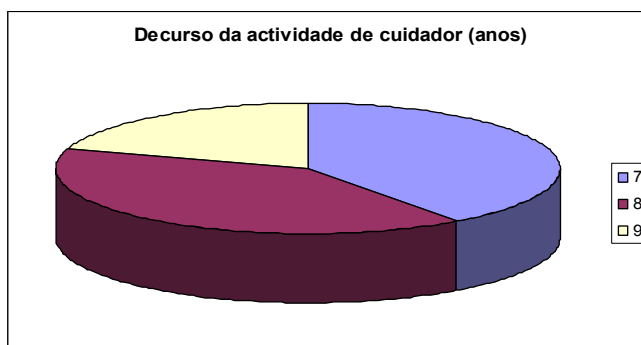
¹⁴ Dados consultados a 20 de Outubro de 2007, em <http://www.mni.pt/destaques/?cod=5208&MNI=b3b7006fbf63b57d6bb032fd9f9a000c>

crónicas mais prevalentes nos açorianos a hipertensão arterial, a doença reumática, a dor crónica e diabetes.¹⁵

♦ Decurso da actividade de cuidador

Longínquo é o tempo que os nossos cuidadores iniciaram a sua actividade.

Gráfico nº 5 - Decurso da actividade de cuidador (anos).



Da análise deste gráfico, podemos constatar que a longevidade no cuidar a esposa é em média de 7,8 anos. Dois dos participantes são cuidadores há sete anos, dois cuidam da esposa há oito anos e um há nove.

2.2 – AS MOTIVAÇÕES PARA CUIDAR

As motivações para uma pessoa cuidar de outra podem ser de diversa ordem. De acordo com Karsch (2003), o parentesco, proximidade física e afectiva são quatro factores que concorrem para a decisão de assumir o cuidar de um idoso.

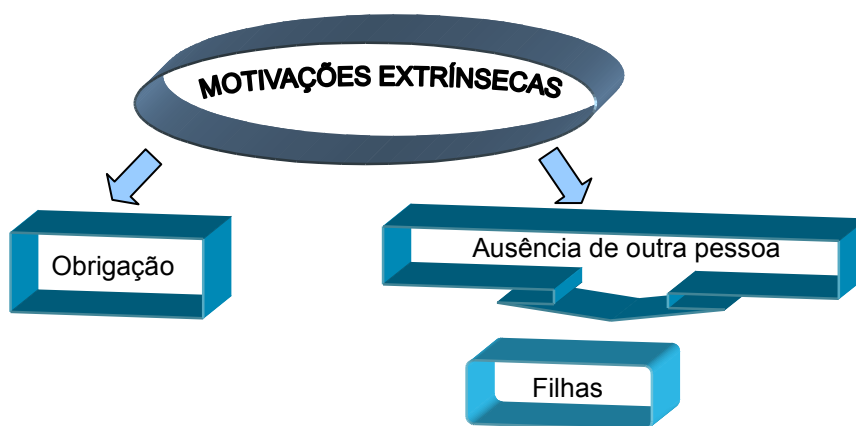
Após apreciação das narrativas, no âmbito das motivações dos cuidadores informais para cuidarem da idosa dependente, emergiram duas categorias: as extrínsecas e as intrínsecas.

♦ Extrínsecas

Na categoria motivações extrínsecas foram consideradas as situações exteriores ao idoso cuidador. Nesta categoria, podemos descrever duas subcategorias: obrigação e ausência de outra pessoa, nomeadamente das filhas.

¹⁵ Dados consultados a 20 de Outubro de 2007, em <http://www.azoresdigital.com/ler.php?id=9149>

Diagrama nº 1 - Motivações extrínsecas dos cuidadores.



Através do discurso dos cuidadores, podemos verificar que estes se sentem obrigados a cuidar das suas esposas. Estas frases ilustram o referido:

“Oh, porque ela é minha mulher!” (C4)

“Que remédio, eu faço-o é pela grande necessidade (...) Tem que ser!” (C5)

Na nossa opinião, a obrigação é fruto da sociedade onde os cuidadores estão inseridos, não só fruto do casamento com a idosa cuidada mas também fruto do facto do casal viver só.

De acordo com Kaye, in Kosberg e Kaye (1997), o facto de o cuidador idoso ser casado com a idosa assume uma parte importante na determinação do cuidar da sua esposa. Também Lurdes e Storani, in Netto (1999), apontam a moralidade como motivação para cuidar, pelo facto de se seguirem as expectativas de uma sociedade. Os resultados dos estudos de Kaye e Applegate (1990) e de Kaye e Applegate, in Thompson (1994), sobre cuidadores masculinos, apontam como motivação para cuidar a obrigação.

A ausência de outra pessoa, nomeadamente das filhas, é também outra subcategoria das motivações extrínsecas:

“Oh senhora, as minhas filhas tão trabalhando, têm a sua vidas, não podem...”
(C1)

“Porque não tinha ninguém que trate dela. Tenho uma filha no Canadá (...)” (C3)

A motivação desses cuidadores é factor resultante da sociedade actual, onde o número de famílias tradicionais tende a diminuir, e a necessidade da maior parte dos elementos do agregado familiar terem actividades laborais exteriores ao lar. Aqui, na Ilha,

e face à idade dos cuidadores do estudo, é muito frequente estes terem filhas emigradas, para o Canadá e América, uma vez que as mesmas foram à procura de uma melhor qualidade de vida e não regressaram à sua terra natal.

No seu estudo, sobre homens cuidadores informais, Kaye e Applegate, in Thompson (1994), apontam que a família dá um apoio mínimo a estes cuidadores. Também para Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2005), a partilha da prestação de cuidados ao idoso é rara entre os familiares.

♦ Intrínsecas

Na categoria motivações intrínsecas, foram tidas em consideração as situações inerentes ao cuidador idoso. Surge-nos a subcategoria: reciprocidade de expectativas.

Diagrama nº 2 - Motivações intrínsecas dos cuidadores.



O cuidador desempenha o seu papel com vontade porque acha que a esposa também o cuidaria se ele necessitasse. Para Ribeiro, Paúl e Nogueira (2007), a principal motivação que os cuidadores idosos masculinos tinham para cuidar eram os votos maritais. No nosso meio, essencialmente nos casais idosos, em conformidade com Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004), nota-se uma solidariedade conjugal vitalícia, uma vez que se “casaram para sempre, na saúde e na doença”.

“Por tratar dela eu sentia-me sempre com vontade de tratar dela. Porque eu lembra-me, se eu estivesse no lugar dela, que ela me fizesse o mesmo” (C3)

A vontade do cuidador no dizer de Cohen e Eisdorfer, citados por Lurdes e Storani, in Netto (1999), é uma das quatro principais motivações para cuidar de alguém. No estudo de Ribeiro e Paúl (2008), os cuidadores idosos masculinos tinham como

motivação para cuidar a reciprocidade para com o amor da esposa.

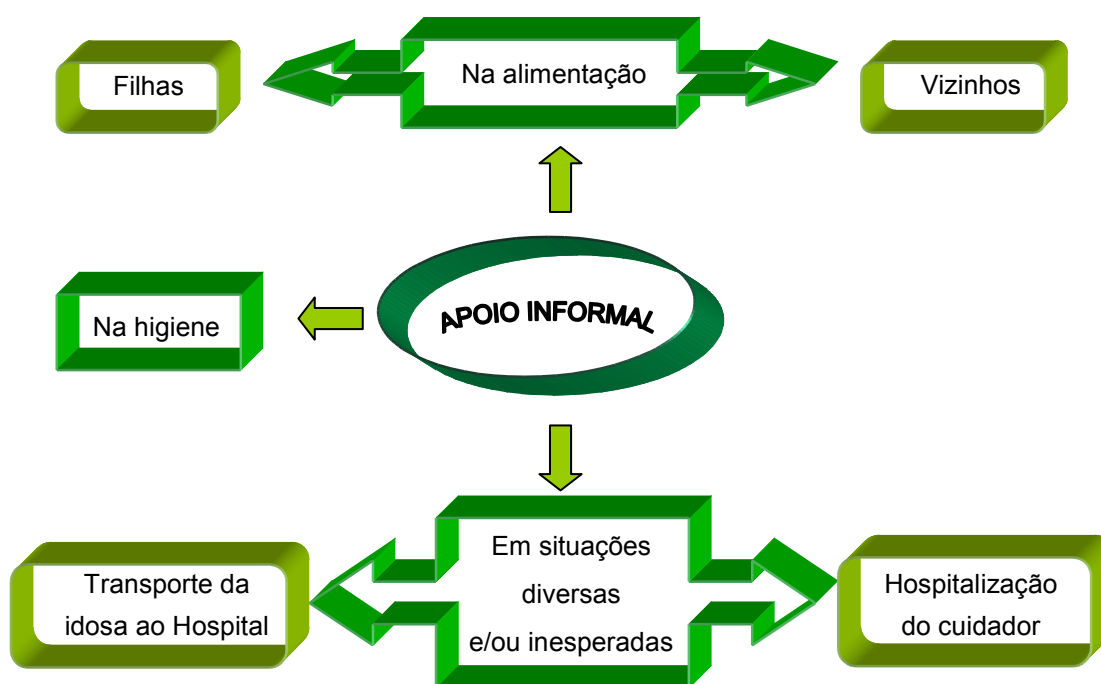
2.3 – APOIOS RECEBIDOS

Relativamente aos apoios usufruídos pelos cuidadores, resultaram duas categorias: apoio informal e apoio formal.

♦ Apoio informal

Consideramos o apoio informal, anuindo com Berger e Mailloux-Poirier (1995), aquele que é prestado pelo companheiro, parentes, amigos e vizinhos. Nesta categoria surgiram três subcategorias: na higiene, na alimentação e em situações diversas e/ou inesperadas.

Diagrama nº 3 – Apoio informal que os cuidadores recebem.



No que concerne à subcategoria na higiene, são as filhas e a nora que fornecem o apoio, não só no que concerne à higiene da idosa cuidada como também é relativo à roupa da idosa e do cuidador.

“(...) as minhas filhas cuidam também dela.” (C2)

“(...) e tenho uma nora que dá um dia.” (C2)

“Quem trata da roupa é a minha filha (...)” (C1)

Mesmo com a azáfama dos dias de hoje, há famílias que conseguem apoiar os seus membros cuidadores. No nosso estudo, são os elementos femininos os que apoiam na higiene. De acordo com Rebelo (1996), a família é a responsável pela prestação de cuidados informais.

Pertencente à categoria de apoio informal, a subcategoria relativa à alimentação é proporcionada não só pelas filhas como também pelos vizinhos. As seguintes frases o ilustram:

“Eu faço comida e as minhas filhas também fazem.” (C2)

“(...) e depois aqui dão-me, uma bate na porta da rua, eu vou, vou buscar um “dado” (oferta). (...) uma vem me trazer um bolo, outra vem trazer açúcar (...) Dão-nos muito, dão-nos muito!” (C5)

Na nossa opinião, o facto de o casal de idosos viver num meio pequeno e, muitas vezes, sozinhos proporciona o tecer de laços de vizinhança, obtendo, assim, um precioso auxílio. Para Paúl (1997), as relações com os vizinhos baseiam-se na relação de proximidade e instrumental. Kaye e Applegate (1990) alvitram que muita da assistência secundária provém dos vizinhos.

A família e os amigos também são aqueles que facultam apoio aos cuidadores relativamente à última subcategoria, as situações diversas e/ou inesperadas, sendo o apoio relativo ao transporte da idosa ao hospital ou à hospitalização do cuidador. Isso mesmo foi referido pelos participantes.

“O meu genro está reformado agora (...) Se for preciso alguma coisa, a gente vai resolver ou a gente vai para o hospital ou qualquer que for preciso.” (C1)

“O rapaz (...) pegou-lhe no “braçado” (nos braços) e meteu-a na beira da cama. O rapaz foi-se embora, ajudou-me (...)” (C4)

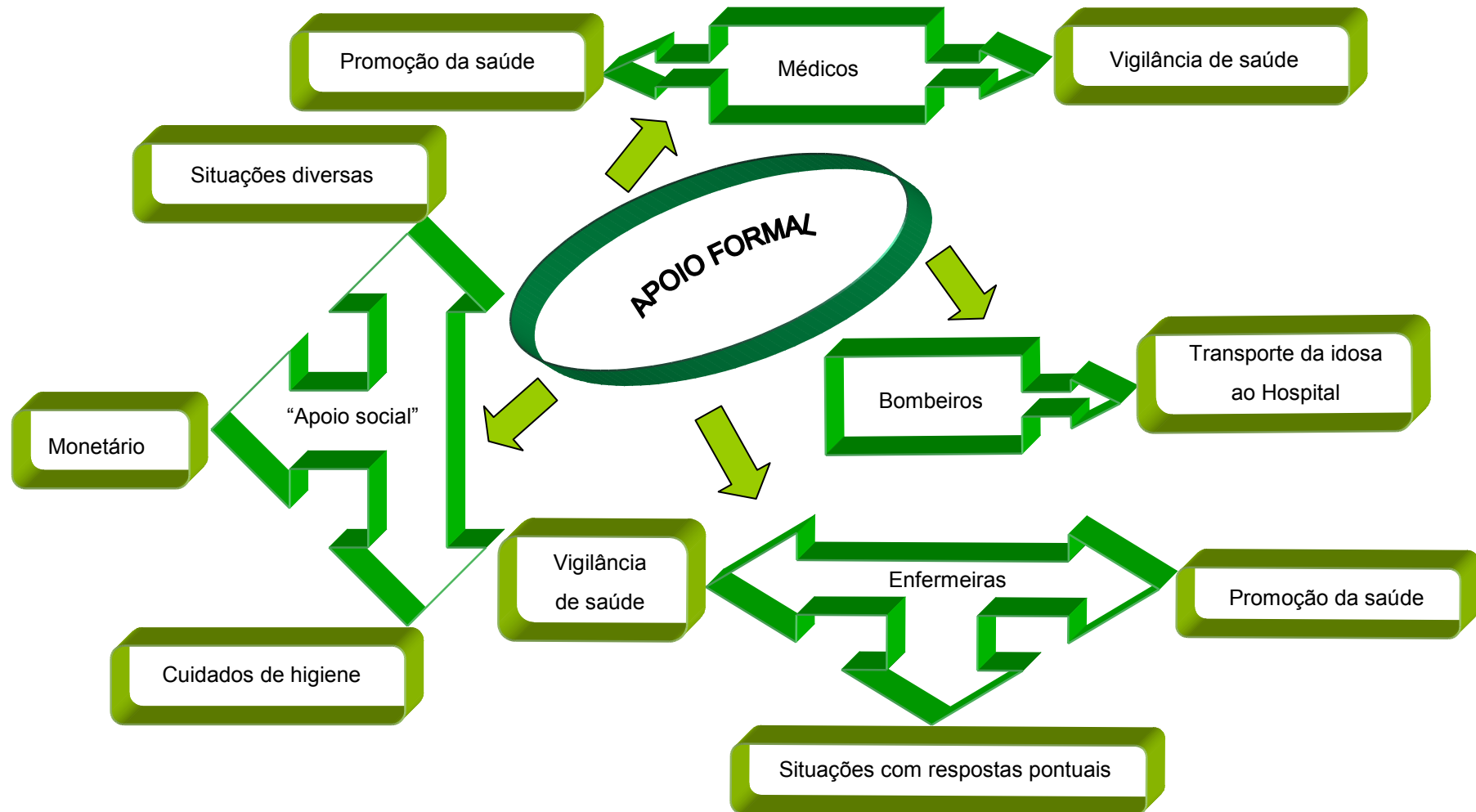
“Eu também fui operado o ano passado (...) Ela foi para casa do meu filho, para aqui de frente.” (C3)

♦ Apoio formal

A segunda categoria relativa aos apoios recebidos pelos cuidadores é o apoio formal. Esse apoio foi por nós considerado, e de acordo com Berger e Mailloux-Poirier (1995), como aquele que é prestado pelos organismos de ajuda governamentais e serviços benévolos. Nesta categoria, surgiram quatro subcategorias: o “apoio social”, as

enfermeiras, os médicos e os bombeiros.

Diagrama nº 4 – Apoio formal que os cuidadores recebem.



No que diz respeito à subcategoria “apoio social”, esta é relativa aos cuidados de higiene da idosa cuidada, limpeza da habitação bem como da roupa.

“Não, elas (senhoras do apoio social) lavam, elas é que a lavam. Eu lavo-a é depois se ela se suja ou qualquer coisa assim.” (C1)

“Pois tenho, tenho uma senhora que vem da manhã que faz tudo, limpa-me a casa, amanha a casa, faz tudo o que é preciso (...)” (C5)

“Levam a roupa para lavar e depois trazem.” (C4)

Incluídos na mesma subcategoria, estão o apoio monetário, nomeadamente o pagamento da pensão, e as situações diversas. São elucidativos os seguintes discursos:

“(...) o governo dá. (...) de pensionista.” (C4)

“(...) trocam cheques, pagam luz, telefone, pagam tudo. (...) Vão buscar à farmácia.” (C5)

Grácio (1999) refere que a população idosa goza da possibilidade de beneficiar de pensões. Para Berger e Mailloux-Poirier (1995), os organismos de ajuda governamentais têm como objectivo a ajuda concreta às pessoas idosas. Todavia, Neri e Pavarini, in Duarte e Diogo (2000), referem que a escassez de apoio social é um factor inerente à prestação de cuidados a idosos dependentes.

O apoio que a enfermagem proporciona é relativo à promoção da saúde, nomeadamente através de ensinamentos, bem como relativo à vigilância de saúde, pela avaliação da glicemia e da tensão arterial. Apresentamos excertos de duas transcrições das entrevistas elucidativos desta subcategoria, enfermeiras:

“À 1 hora da tarde ela come metade de um papo-seco com queijo só. Com queijo porque a senhora enfermeira diz que não se dá margarina nem nada.” (C1)

“Vêem a tensão e vêem os diabetes.” (C4)

Os cuidadores também referem poder usufruir do apoio das enfermeiras quando lhes surgem situações que exigem respostas pontuais.

“Vou lá para cima (Centro de Saúde), alguma coisa que é precisa (...)” (C2)

“A gente quando precisa e chama, elas vêm.” (C5)

Segundo Costa (1999:20), o papel do enfermeiro, enquanto agente operacional dos cuidados aos idosos, deverá caracterizar-se pelo “(...) estabelecimento de relações interpessoais, visando a manutenção da saúde individual, familiar (...)”. Na nossa opinião, o facto de as enfermeiras serem solicitadas para situações que exigem respostas pontuais resulta de uma relação de proximidade e de confiança entre as mesmas e os cuidadores.

A terceira subcategoria, o apoio fornecido pelos médicos, é também relativo à promoção da saúde, nomeadamente através de ensinamentos, bem como relativo à vigilância de saúde, na prescrição de medicação e exames analíticos. A esse respeito, vejamos os seguintes depoimentos:

“(...) a médica de família é que me diz, quando eu vou ter com ela, é que me explica isso.” (C1)

C3: “O médico de família passa e eu vou à farmácia comprar.” (C3)

“(...) e até as análises são feitas aqui, porque já é uma coisa que é bom.” (C5)

A última subcategoria, o apoio dos bombeiros como serviço benévolo, surge quando é necessário transportar a idosa ao hospital.

“Eu não vou chamar as minhas vizinhas, vou é chamar os bombeiros, para a levarem ao hospital, é dessa maneira. A minha única defesa é assim.” (C4)

De salientar que três dos cuidadores fazem referência ao facto de lhes ser proporcionado apoio, quer formal quer informal, que lhes alivia o trabalho, ficando menos sobrecarregados no desempenho do seu papel.

“Já se sabe que “leva” (alivia), porque enquanto elas estão a lavando, eu visto-me.” (C1)

“Teve aqui uns 4 meses que eu limpava a casa, eu é que fazia tudo. Aí era mais difícil.” (C3)

2.4 – CONSEQUÊNCIAS ASSOCIADAS AO SEU DESEMPENHO

Da natureza subjectiva da experiência do cuidado, derivaram duas categorias no que concerne às consequências associadas ao desempenho de cuidador idoso masculino: as consequências negativas e positivas.

♦ Consequências negativas

Foram consideradas negativas todas aquelas que surtem efeitos prejudiciais sobre o cuidador. Nesta categoria, que no nosso estudo assumiu maior expressão, identificámos cinco subcategorias: agravamento do estado de saúde do cuidador, negligenciar-se, cansaço, *stress* do cuidador e vivências desconfortáveis.

Diagrama nº 5 – Consequências negativas.



Como subcategoria, pertencente à categoria consequências negativas, identificámos agravamento do estado de saúde do cuidador idoso devido ao desempenho desse papel. Os mesmos referiram dores nos braços e nas costas. Dos seus relatos, apresentamos umas frases exemplificativas:

“(...) aí é que foi o meu mal todo. (...) eu fiquei é cada vez pior.” (C4)

“Oh já se sabe, quando eu trato dela, dói-me aqui a hérnia, a coluna para a lavar e tudo. Porque é a posição (...)” (C1)

“É, eu fico é, por exemplo, se pegar nela, para aqui e para ali, dói-me mais os braços.” (C3)

Para Bris (1994), são várias as consequências para a saúde da pessoa cuidadora de idosos, sobretudo se estes forem os cônjuges porque estão mais expostos a problemas de saúde, são mais frágeis (possuem menos resistência) e, quando envolvidos numa prestação de cuidados para além das suas forças (especialmente físicas), são expostos a elevados riscos no que respeita à sua própria saúde. O mesmo

autor advoga que as dores nas costas são frequentes entre os prestadores de cuidados e é muito frequente a impossibilidade destes preservarem a sua própria saúde. O facto de o cuidador ser idoso e ter patologias, segundo Nogueira (2007), dificulta algumas das suas actividades.

Outra subcategoria advinda do desempenho do papel de cuidador resulta, a nosso ver, numa séria consequência: o cuidador negligencia-se. Isto está patente nos seus discursos:

“A minha vida é em função dela, trato de mim... mal!” (C1)

“Tratei dela e depois quero tratar de mim e mais isso, mais aquilo...hã, mais logo, quando me der fome eu hei-de me levantar, mas nunca mais me levanto (...)” (C4)

Achamos grave essa consequência negativa porque, de acordo com Vilaça et al. (2005), o cuidador nem sempre demonstra ou se apercebe de que necessita de ajuda e de orientação no seu autocuidado. Ribeiro e Paúl (2006) referem a necessidade de se equacionar o facto de os homens cuidadores referirem poucas queixas, não como sinónimo de um menor ou ausente impacto do cuidar, mas como dificuldades ocultas, onde estas não são admitidas e/ou expressas.

O cansaço, a terceira subcategoria, também se associa ao cuidador no cumprimento da sua tarefa. Os dizeres dos cuidadores assim o manifestam:

“Custa-me, custa-me a tratar um dia e ter que estar a tratar mais. E está cada vez a custar mais (...)” (C4)

“(...) eu vejo-me cansado e vejo que me custa muito, mas muito, muito...” (C5)

Bris (1994) aponta que é muito frequente a impossibilidade do cuidador idoso repousar tanto quanto o seu estado necessita. Também Glajchen (2004) adverte para as consequências a nível físico, nomeadamente o cansaço.

Como quarta subcategoria, referente à categoria consequências negativas, surge o *stress* do cuidador, não só pelo facto deste desempenhar o papel de cuidar mas também por evitar mostrar o quanto isso custa.

“Mas é uma coisa mesmo, sempre fechado aqui dentro, sempre fechado aqui dentro...” (C5)

“(...) eu não quero que ela sonhe que isto me custa a fazer.” (C5)

O *stress* é apontado, por Glajchen (2004), como consequência para os cuidadores. Para Kaye e Applegate (1990), o facto de o cuidador viver com o receptor dos cuidados aumenta o risco de *stress*. Os mesmos autores, no seu estudo qualitativo com cuidadores idosos masculinos, utilizaram a expressão “rational feeling”¹⁶ como estratégia de *coping* utilizada pelos cuidadores, de forma a superar o *stress* advindo da sua experiência de cuidar.

São diversas as vivências desconfortáveis identificadas, como subcategoria, da categoria consequências negativas. As mesmas traduzem-se em sofrimento, resignação e preocupação com a idosa:

“(...) o que “Nosso Senhor” me deu neste mundo para mim sofrer.” (C3)

“(...) mas não dá, pronto... (encolheu os ombros).” (C2)

“(...) mas o que é que eu hei-de fazer, é amanhara.” (C3)

Podemos considerar a resignação, e de acordo com Weuve, Boulton e Morishita (2000), como sobrecarga subjectiva, uma vez que esta se refere a sentimentos sobre as actividades realizadas no processo de cuidar. A sobrecarga também foi manifestada pelos cuidadores informais do estudo de Nogueira (2007).

A preocupação com a idosa assola os cuidadores quando estes estão em casa bem como quando se ausentam. Isto nota-se nas suas palavras:

“(...) quando eu venho ao quarto de banho (...) eu peço que ela venha para não urinar ali (no quarto).” (C1)

“Já se sabe que um homem vai sempre com ela no juízo (...).” (C1)

“(...) às vezes lembra-me que ela pode levantar por querer ir ao bacio e cair. Se ela cai, ela fica ali no chão à espera que eu chegue.” (C3)

“Fico sempre com medo, ela não faça isso, não faça aquilo (...).” (C4)

Para Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004), a preocupação encontra-se presente na vida dos cuidadores de idosos. Da nossa experiência, essa preocupação é constante e intensa.

¹⁶ Tradução livre: Racionalização de sentimentos.

Da nossa análise, dois dos cuidadores referiram que, quando se ausentam, para resolver o indispensável, tentam que a sua ausência seja breve, de forma a que idosa não permaneça muito tempo sozinha.

“Oh, já se sabe, eu chego às partes (sítios) e quero-me é despachar.” (C2)

“(...) é sempre na corrida!” (C2)

“(...) depois eu digo: eu vou agora ao campo. Vou num “estantinho” (depressa).” (C3)

Para todos os cuidadores do estudo, o ser cuidador idoso reveste-se de uma faceta penosa, uma vez que grande parte do seu tempo é ocupado com esse papel e isso implica actividades mentais de planeamento das actividades diárias, que mesmo sendo invisíveis, estão presentes. Nogueira (2007) também identificou essa faceta penosa no cuidar.

“Já se sabe que custa (...)” (C1)

“E eu “vejo-me à rasca” (tenho muita dificuldade) para a tratar dela.” (C2)

“A vida é todo o dia, é quase todo o dia é de roda dela.” (C3)

“Pois agora eu estou sempre é por conta dela.” (C4)

“(...) é todo o dia e toda a noite.” (C5)

Essa faceta também é agravada pelo facto destes cuidadores terem de enfrentar as vulnerabilidades do seu próprio processo de envelhecimento. Inerente ao desgaste físico, e na opinião de Morimoto, Schreiner e Asano (2003), há uma variável que não podemos deixar de atender: a idade do cuidador. Uma vez que, quanto mais idoso for o cuidador, maior são as probabilidades da presença de alterações inerentes ao processo de envelhecimento e, por conseguinte, maior o impacto das consequências do cuidar. Diogo, Ceolim e Cintra (2004) denominam os cuidadores idosos de “vítimas ocultas”, uma vez que, para além das responsabilidades inerentes ao cuidar, enfrentam o seu próprio envelhecimento e comprometimento físico.

“(...) a minha idade já não é como a menina tem (risos), a minha idade já é muito grande.” (C3)

“Eu não a ponho, que eu não posso por.” (C5)

Há a realçar da parte dos cuidadores uma entrega e disponibilidade face às necessidades da idosa cuidada, onde estas são sempre satisfeitas em “primeiro lugar”,

em que, muitas vezes, as dos cuidadores não são atendidas. Para Aoun et al. (2005), os cuidadores acreditam que as suas necessidades e interesses estão em segundo plano relativamente às do doente que cuidam.

“Primeiro é ela! Eu nunca sou primeiro.” (C3)

“O que ela precisa, eu estou cá.” (C4)

“Quando vou para lavar a cara já é depois de muita coisa feita.” (C5)

Também achamos pertinente realçar que os cuidadores têm em conta as vontades/preferências da idosa cuidada.

“Ver televisão até ela querer (...)” (C1)

“Ela não gosta muito de ver televisão. Eu vejo a televisão ali (apontou para a cama dele, ao lado da dela), é sempre “baixinha” (volume no mínimo). Vejo o que eles fazem mas não sei o que eles estão dizendo, para ela não ouvir!” (C2)

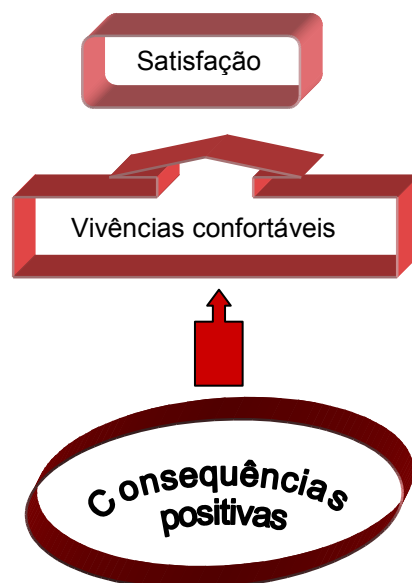
“Eu pergunto a ela: o que é que a gente vai comer?” (C3)

“Se ela não quiser sopa, eu não vou dizer: não, vais comer sopa.” (C4)

♦ Consequências positivas

As consequências positivas foram consideradas como aquelas que resultam no bem-estar do cuidador.

Diagrama nº 6 – Consequências positivas.



Como subcategoria das consequências positivas, podemos identificar as vivências confortáveis. Nesta subcategoria, surge a satisfação, associada ao facto de cuidar da esposa. O discurso desse cuidador evidencia o acima exposto:

“Mas um homem fica bem disposto porque ela sabe que eu é que trato, não interessa mais nada.” (C1)

Paúl (1997) aponta a felicidade de tornar mais doce o fim da vida a uma pessoa que nos é querida como razão para que a prestação de cuidados se torne positiva. No estudo de Brito (2002), os prestadores de cuidados, aquando do desempenho do seu papel, referiram satisfação quando os aspectos do cuidado beneficiavam a pessoa dependente por eles cuidada. Cerca de 57% dos cuidadores idosos masculinos, do estudo de Ribeiro e Paúl (2008), expressaram sentimentos positivos pelo facto de cuidarem das suas esposas. Também nos resultados do estudo de Ducharme et al. (2006), os cuidadores masculinos obtiveram ganhos pessoais provenientes do facto de assumirem esse papel.

Apesar de ter sido apenas mencionada por um cuidador, achamos importante a presença de consequências positivas no estudo.

2.5 – NECESSIDADES

Para nós, as necessidades foram consideradas, em conformidade com Oliveira e Pereira (2006), como condição não satisfeita. No entanto, como foco de atenção, para além da noção objectiva daquilo que é imprescindível, tivemos em conta a subjectividade inerente aos participantes.

Da nossa análise, e relativamente às necessidades dos cuidadores informais, idosos masculinos, resultaram cinco categorias:

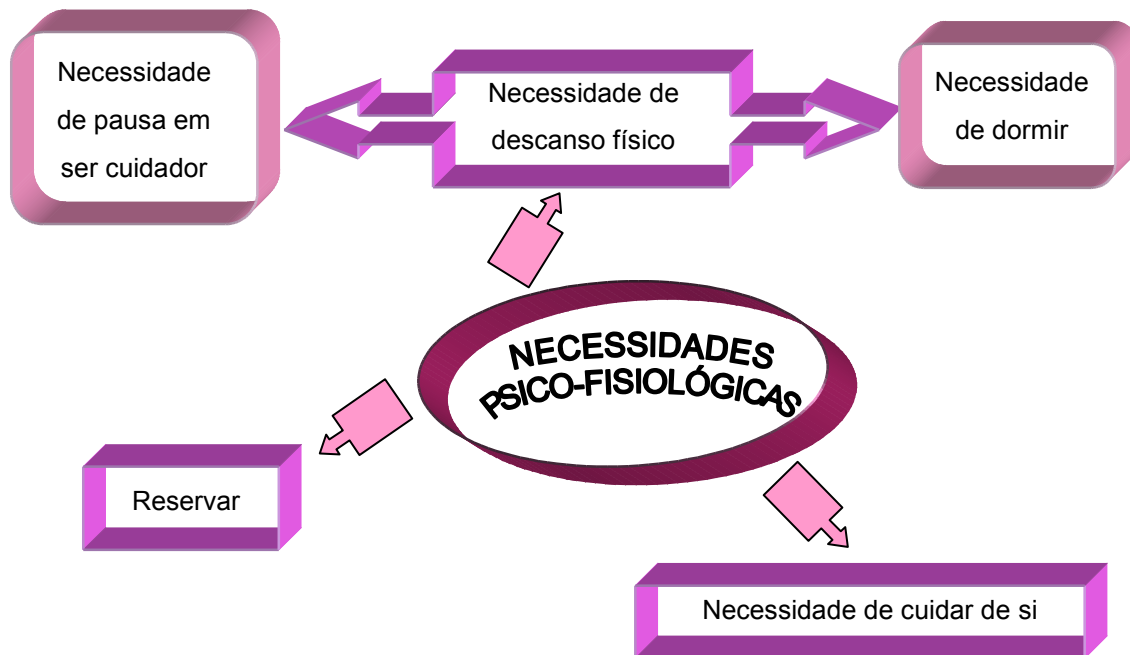
- ♦ Necessidades psico-fisiológicas;
- ♦ Necessidade de (in)formação;
- ♦ Necessidades sócio-relacionais e espirituais;
- ♦ Necessidades de recursos económicos;
- ♦ Necessidade de apoio formal.

♦ Necessidades psico-fisiológicas

Foram consideradas necessidades psico-fisiológicas todas as condições não satisfeitas a nível físico (corporal e funcional) e psicológico (cognitivo e comportamental) relatadas pelos cuidadores.

Resultantes da categoria necessidades psico-fisiológicas, identificámos as seguintes subcategorias: a necessidade de descanso físico, a necessidade de cuidar de si e reservar.

Diagrama nº 7 – Necessidades psico-fisiológicas.



A subcategoria necessidade de descanso físico engloba duas subcategorias: a necessidade de pausa em ser cuidador e a necessidade de dormir.

A necessidade do cuidador ter uma pausa no desenrolar do seu papel é evidente nas suas frases:

“Eu gostava era que o que eu não posso fazer, fizessem. (...) Se eu pudesse, eu não queria que ninguém fizesse, era eu!” (C4)

“Quanto não agradecia eu se aparecesse uma maneira da gente descansar uns dias, de haver assim alguém que dissesse assim: eu estou tratando dela e descansas uns dias, quanto não dava eu!” (C5)

De acordo com Floriani e Schramm (2006), a actividade de ser cuidador é, quase sempre, sem descanso. Para Anderson (1992) e Kaye, in Kosberg e Kaye (1997), os idosos masculinos deveriam usufruir de assistência que os substituíssem no seu papel de cuidadores, ou seja, de uma pausa no cuidar. Aquando das entrevistas, tivemos a oportunidade de “observar” o cansaço que os cuidadores apresentavam.

O dormir, para dois dos cuidadores, assume-se como necessidade quando estes referem que:

“Já se sabe, um homem dorme mal só com a ideia nela.” (C2)

“Eu durmo mal devido à minha doença e devido à doença dela.” (C4)

De acordo com Glajchen (2004), os cuidadores poderão sofrer alterações do sono e fadiga. Na nossa opinião, o facto de o cuidador dormir mal deve-se a uma preocupação constante com o bem-estar da esposa.

A segunda subcategoria, da categoria necessidades psico-fisiológicas, é a necessidade que o cuidador tem de cuidar de si. Estes, por falta de tempo, não cuidam de si. Podemos ver isso nos seus discursos:

“Eu queria um “tempozinho” para mim, mas não pode ser.” (C2)

E: “E o senhor acha que tem tempo para si? O senhor acha que por tratar da sua mulher, o senhor fica com tempo para tratar de si?”

“Às vezes não fico (pisca o olho e acenou com a cabeça)” (C4)

De acordo com Ribeiro, Paúl e Nogueira (2007), o facto de os cuidadores investirem uma parte significativa do seu tempo e esforços na organização das suas rotinas diárias origina, tal como pudemos constatar, falta de tempo para eles próprios. De acordo com Fernandes et al. (2002), o cuidador, como consequência do seu papel, tem falta de tempo para si.

A última subcategoria, da categoria necessidades psico-fisiológicas, é a necessidade que o cuidador tem de reservar. O cuidador sente necessidade de reservar o que se passa no seu dia-a-dia. Podemos descortinar isso através dos seus discursos:

“Às vezes há coisas que eu posso desabafar, digo. Há outras que guardo para mim.” (C1)

“Não, não, eu não tenho ido desabafar porque ela é minha mulher. (...) há-de ir até à morte.” (C4)

“Tenho passado bastante! E sempre a rir... a minha salvação é não me dar para chorar... Eu, dá-me às vezes, vou ali fora e começo a cantarolar e “escacho a boca” (abre a boca e suspira bem alto), que até dá para ouvir na [...] (freguesia vizinha).” (C5)

O cuidador, fruto do seu desempenho, sente que não pode desabafar o que se passa no seu dia-a-dia, o que faz com que tenha de reservar, ou seja, como cuidador, ele sente necessidade de “guardar para si”. Carpenter e Miller, in Kramer e Thompson (2002), relativamente aos cuidadores idosos masculinos, e fazendo referência a Applegate e Kaye (1993), referem que estes têm necessidade de reservar. A expressão encontrada pelos autores foi a “to not go public”.¹⁷ No dizer de Brodaty (1999), a frequência de grupo de apoio proporciona um espaço onde o cuidador pode falar dos seus sentimentos, permitindo-lhe desabafar.

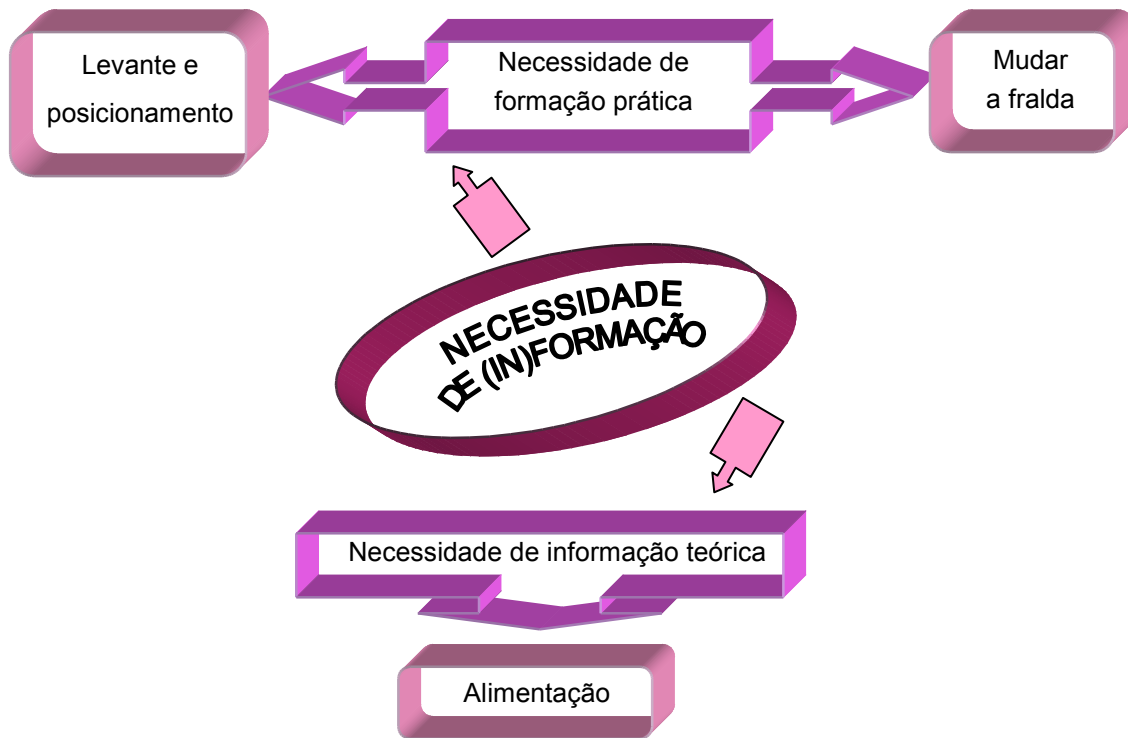
♦ Necessidade de (in)formação

Nesta categoria, analisámos todos os dados relativos a todas as condições não satisfeitas a nível de (in)formação. Neste domínio categorial, tivemos necessidade de agregar, do ponto de vista lexical, os conceitos de formação e de informação, para que conseguíssemos aglutinar as diferentes subcategorias emergentes. Para o efeito, entendeu-se que a formação corresponderia mais aos domínios da aprendizagem cognitiva - emocional, onde o cuidador procura conhecimento específico, resultando dessa procura uma mudança de comportamento. No que concerne à informação, o nosso entendimento inclinou-se para a questão do cuidador, já tendo assumido um comportamento com o decorrer da sua actividade, necessitar de adquirir conhecimentos para conseguir levar a cabo a sua missão de cuidar, colmatando lacunas do seu saber.

Da análise dos dados, identificámos que o cuidador, no seu dia-a-dia e nos cuidados que presta, por vezes tem necessidade de (in)formação. (In)formação essa que assume duas subcategorias: necessidade de formação prática e necessidade de informação teórica.

¹⁷ Tradução livre: Não se queixar em público.

Diagrama nº 8 – Necessidade de (in)formação.



Relativamente à subcategoria necessidade de formação prática, esta inclui o mudar a fralda e o levantar e posicionamento da idosa cuidada. Os cuidadores referem dificuldades na execução destes cuidados. São os seus discursos:

“(…) eu ainda não acertei bem como é que se muda aquilo (sorriso) (…)” (C2)

“Eu canso de dizer: eles no hospital, pegam nela “como nada seja” (com facilidade). Mas eu não, eu não sei como é... Eu gostava de saber e saber fazer como aquela gente faz aquilo.” (C3)

As necessidades de formação, para Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004:86), “(...) visam a aquisição de conhecimentos práticos (como levantar uma pessoa...)”. Brito (2002) refere que as dificuldades mais frequentes percebidas pelo cuidador são o sentimento de incompetência para a realização de diversos procedimentos relacionados com os cuidados diários ao familiar idoso.

Souza et al. (2005) alertam para a importância dos cuidadores participarem em espaços de sociabilidade onde tenham possibilidade de desvendar práticas, para uma possível organização e planeamento das actividades do dia-a-dia. Para Kaye, in Kosberg e Kaye (1997), os cuidadores idosos das suas esposas poderiam beneficiar de programas que desenvolvessem capacidades específicas inerentes a este papel.

A subcategoria necessidade de informação teórica diz respeito à alimentação. O cuidador refere já possuir algum conhecimento, mas esse conhecimento revela-se insuficiente, uma vez que o mesmo relata que sabe mais ou menos.

“(...) eu já sei, mais ou menos, que o queijo não presta para aquela doença. Sei, mais ou menos, que as bananas não prestam para aquela doença.” (C4)

Para Brito (2002), a falta de informação em geral é outra das dificuldades frequentemente percebidas pelo cuidador. Também Nogueira (2007) identificou a carência de diversa informação percebida pelos cuidadores.

A OMS (2002) aponta que os cuidadores, também eles idosos, precisam não só de estar bem informados como também de receberem formação. A falta de preparação e informação poderá potenciar as consequências de se ser cuidador, nomeadamente as anteriormente mencionadas, tal como o afirmam Neri e Pavarini, in Duarte e Diogo (2000).

No nosso entender, a “baixa escolaridade” do cuidador – o facto de não saber ler ou saber ler pouco - é um factor que dificulta o acesso a diversa informação escrita. Uma vez que a falta de conhecimentos potencia as necessidades no cuidar, achamos importante que a formação contemple as especificidades do ser cuidador idoso.

Das narrativas dos cuidadores, relativamente à aprendizagem, salientamos o facto da mesma ter sido por um processo de “auto-aprendizagem”. Ribeiro e Paúl (2008) também identificaram que os cuidadores tiveram uma aprendizagem forçada, uma vez que as esposas já não estavam aptas a realizar determinadas tarefas. Os seguintes discursos assim o demonstram:

“Aprendi à minha custa (risos).” (C1)

“Fui eu que aprendi por minha custa.” (C2)

“Não, ninguém me disse nada, ninguém ensinou. Nem fazer comidas nem nada, eu é que levantei tudo da minha cabeça.” (C3)

♦ **Necessidades sócio-relacionais e espirituais**

Esta categoria, emergente das entrevistas dos cuidadores, inclui as condições não satisfeitas que dizem respeito às necessidades de socialização e relação social bem como às crenças e valores religiosos nos quais a pessoa acredita, baseando-se na sua fé

e consciência. Nesta categoria, construímos quatro subcategorias: a família como apoio, a necessidade de sair, a necessidade de conviver e as necessidades religiosas.

Diagrama nº 9 – Necessidades sócio-relacionais e espirituais.



No que respeita à primeira subcategoria, os cuidadores referiram a necessidade da família os apoiar, mesmo que esse apoio fosse a demonstração de interesse/preocupação com a idosa cuidada.

“(...) mas já aos meses... nem o meu filho, nem os meus netos, nem ninguém (olhos com lágrimas) ... aparece aqui para dizer assim: a minha mãe está doente, a minha mãe precisa de alguma coisa? (...)” (C3)

“(...) se um homem tivesse aqui uma companhia, sempre era melhor. Mas não tenho...” (C4)

O facto de a actividade de cuidador familiar ser solitária, no sentido deste a realizar sozinho, e a escassez de apoio emocional são apontados por Neri e Pavarini, in Duarte e Diogo (2000), como elementos inerentes à prestação de cuidados a idosos dependentes. Também Anderson (1992) referiu que o cuidador sentia necessidade de ser reconhecido pelo desempenho do seu papel, não necessariamente uma recompensa, mas o questionar de como se sente e do que necessita. Também Bris (1994) refere que os cuidadores necessitam de se queixarem e de serem escutados.

Grande parte da amostra de cuidadores do estudo de Kaye e Applegate (1990)

revelou ser apoiada raramente ou nunca, no entanto, estavam convencidos que poderiam usufruir de maior apoio da rede familiar. No estudo de Silveira, Caldas e Carneiro (2006) onze dos vinte e quatro cuidadores queixaram-se do afastamento dos outros parentes, nomeadamente da falta de participação nas tarefas e apoio económico.

Identificámos como segunda subcategoria, da categoria necessidades sócio-relacionais e espirituais, a necessidade de conviver. Os cuidadores referem que gostariam de sair e conviver, mas que não o fazem pelo facto de serem cuidadores.

“Ela não gosta de sair. Às vezes as filhas querem dar um “passeiozinho” e ela não quer, eu também não saio e ela fica em casa sozinha!” (C1)

“Não saio já para mais lado nenhum. (...) Por causa dela! (...) Gostava de dar uma saída, de sair ao fim-de-semana, conversar com os meus amigos.” (C2)

O cuidador, fruto do desempenho do seu papel, de acordo com Kaye e Applegate (1990) e Fernandes et al. (2002), vê-se privado de actividades sociais, ficando, de acordo com Floriani e Schramm (2006), socialmente isolado. Uma das conclusões de Nogueira (2007) foi a do cuidador informal se sentir socialmente isolado.

Carpenter e Miller, in Kramer e Thompson (2002), apontam que o apoio da família aos cuidadores homens atenua o isolamento. Para Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2005), a redução das actividades sociais acarreta uma dupla negatividade: o cuidador estabelece menos relações sociais, bem como fragiliza as que tinha, e perde oportunidades de obter apoio social.

Como última subcategoria, da categoria necessidades sócio-relacionais e espirituais, surgem as necessidades religiosas. Os cuidadores manifestaram necessidade de irem à Igreja e à missa.

“(...) agora eu não posso ir para a Igreja nem nada disso.” (C1)

“Nunca mais fui à missa, todos os dias eu ia à missa (...)” (C5)

Gelain (2002) refere que a tendência para o religioso é inerente ao Homem, e só ele possui aspiração ao espiritual, uma vez que o impulso para o transcendente é universal, fisiológico e natural. O cuidador informal fica limitado ao acesso a essas manifestações do âmbito espiritual, estando, assim, dificultado o desenvolvimento como ser espiritual.

Do discurso de dois cuidadores, salientamos o facto destes pedirem “ajuda divina” como forma de não desistirem de desempenhar o seu papel, fruto das raízes do cristianismo tão enraizadas no povo açoriano:

“(...) oxalá que “Nosso Senhor” me dê sempre essa força para mim poder tratar dela.” (C3)

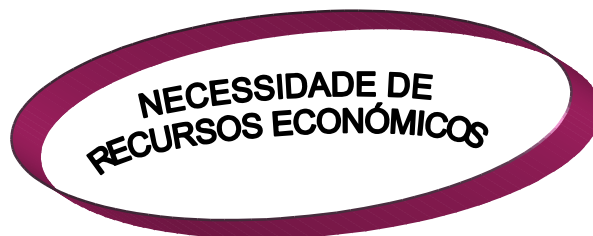
“(...) pedir à “Senhora da Aparecida” para nos acudir, pedir a “Nosso Senhor Coração de Jesus” (...)” (C5)

Também no estudo de Ribeiro e Paúl (2008), os cuidadores, como estratégia de *coping*, encontraram suporte nas suas crenças religiosas.

♦ Necessidades de recursos económicos

Fruto da análise dos relatos dos cuidadores, identificámos, a categoria necessidade de recursos económicos. Nesta, foram consideradas todas as condições não satisfeitas relativas a bens materiais/dinheiro.

Diagrama nº 10 – Necessidade de recursos económicos.



Os cuidadores referiram que necessitavam de dinheiro, uma vez que o que recebem não é suficiente para fazer face aos gastos que têm com a idosa. Isso está patente nas suas exposições:

“Eu gostava era de ter mais uma “ajudinha” (pequena ajuda) porque a pensão é pequenina. Era aquilo que eu precisava mais para o nosso dia.” (C1)

“Um dinheirinho (...)” (C2)

“A minha reforma também não é muita... Eu recebia 30 e tal € e agora só recebo 20.” (C3)

“Tem meses que dá, tem meses que não dá. Não dá, ela gasta muitas fraldas, gasta fraldas e depois é pouco... tem que se fazer a comidinha, algum (dinheiro) para as

receitas e assim vamos andando.” (C4)

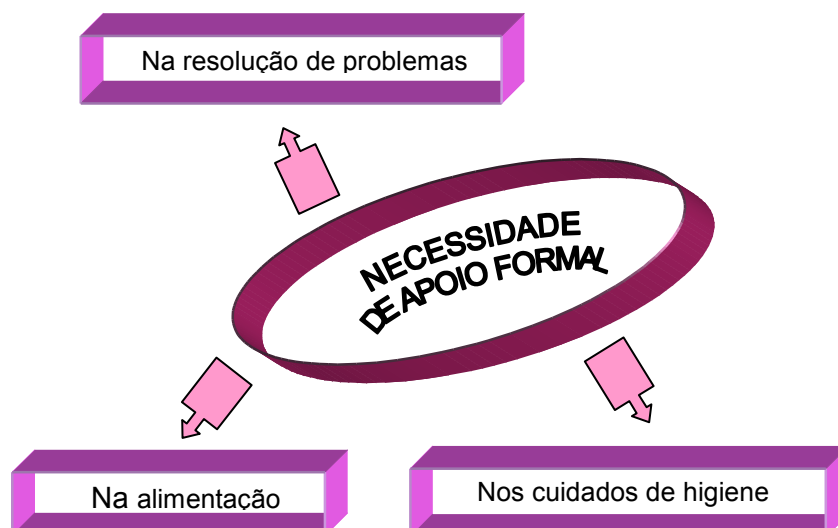
Atendendo ao cenário político-social dos apoios aos idosos, sabemos que não é fácil ser-se idoso e também ser cuidador. Para Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2005), os encargos financeiros de cuidar dos idosos são elevados e assumem-se ainda mais pesados para os que são provenientes das camadas sócio-económicas mais frágeis, como é o caso dos idosos. O encargo financeiro, para Neri e Pavarini, in Duarte e Diogo (2000), surge associado à prestação de cuidados a idosos dependentes.

No estudo de Mendonça, Martinez e Rodrigues (2000), 49,2% da população referiu deparar-se com dificuldades económicas. Para Paúl e Rodrigues (2001:103), “Com bastante frequência há ainda uma baixa no rendimento económico dos agregados familiares dos doentes crónicos, fazendo com que, ao sofrimento psicológico e físico, se juntem dificuldades materiais que diminuem a qualidade de vida pessoal e familiar.”. Morais (2001), Brito (2002) e Imaginário (2004), nos seus estudos, também identificaram como necessidade dos cuidadores os recursos económicos.

♦ Necessidade de apoio formal

Como última categoria, relativa às necessidades, apresentamos a necessidade de apoio formal. Tivemos em consideração todas as condições não satisfeitas relativas à ajuda prestada, de acordo com Berger e Mailloux-Poirier (1995), por organismos de ajuda governamentais e serviços benévolos. A necessidade de apoio formal está dividida em três subcategorias: nos cuidados de higiene, na alimentação e na resolução de problemas.

Diagrama nº 11 – Necessidade de apoio formal.



No que concerne à subcategoria nos cuidados de higiene, a mesma diz respeito aos cuidados de higiene relativos à idosa e à habitação. Apresentamos algumas frases das entrevistas:

“(...) apoio para a lavarem... era isso.” (C2)

“(...) uma mulher que viesse aqui um dia, por dia, todos os dias de manhã às 9, levantava a mulher e terminava-a.” (C3)

“(...) uma mulher (...) lavar isso (a casa).” (C3)

Na nossa opinião, o facto de os idosos possuírem poucos recursos económicos condiciona-os no sentido de estes não poderem pagar para lhe prestarem serviços, nomeadamente relativos à higiene. No estudo de Moreira (2001), os cuidadores também manifestaram necessidade de apoio domiciliário.

De acordo com Grácio (1999), os serviços sociais pertencentes à rede de suporte formal são escassos no nosso país, tendo em conta as necessidades da população idosa. Para a OMS (2002), os homens idosos costumam ter menos apoio do que as mulheres idosas.

A segunda subcategoria, da necessidade de apoio formal, é relativa à alimentação. O cuidador refere que necessitava de:

“(...) uma mulher (...) que fizesse de comer (...)”(C3)

Na nossa opinião, o facto do cuidador ser idoso dificulta-lhe a garantia da satisfação dessa necessidade. De facto, o homem idoso não está habituado a realizar determinadas tarefas mais relacionadas com o lar, como, por exemplo, a confecção da alimentação, pelo facto de as mesmas estarem habitualmente a cargo da esposa.

Temos a salientar, nestas duas subcategorias, a referência que os cuidadores fazem ao papel de género, quando dizem que necessitam de apoio na higiene e alimentação, mas de uma pessoa do sexo feminino. No estudo de Kaye e Applegate (1990), a questão de género também está presente, dado que os cuidadores achavam que devia ser uma mulher, em vez de um homem, a ajudar nos cuidados pessoais.

Também fruto da nossa análise, sobressai o facto de todos os cuidadores encararem o cuidar de uma pessoa dependente como um trabalho de género. Para

Galastro e Fonseca (2006), ser do sexo feminino ou masculino vai para além do sexo, que representa o homem e a mulher na relação social e cultural, na aprendizagem e reprodução dos comportamentos, fazendo com que sejam distintas a forma como entende o mundo e a forma de nele estar. Para os cuidadores, as mulheres estão mais habilitadas a realizá-lo, não só porque durante a vida de casados a mulher é que foi a cuidadora, mas também porque esta teria maior facilidade em desempenhar esse papel devido ao facto de pertencer ao sexo feminino. Os discursos assim o ilustram:

“É mais para mulheres fazerem esse serviço mas (...) O que eu faço, se fosse uma mulher, faz mais fácil do que eu faço.” (C1)

“Já se sabe, aquilo é alguma coisa para mim? Eu nunca mudei a fralda aos meus rapazes quando eram crianças!” (C2)

“Quando eu casei com ela era para ela tratar de mim, que é mais nova 5 anos, mas eu no resto é que estou tratando dela!” (C3)

Para os cuidadores masculinos do estudo de Ribeiro, Paúl e Nogueira (2007), o cuidar foi encarado como sendo um papel feminino. No estudo de Nogueira (2007), surgiram diversos sentimentos face à nova distribuição de tarefas, essencialmente nos cuidadores masculinos pelo facto dessas tarefas anteriormente serem realizadas pelo elemento feminino do lar.

A última subcategoria, da necessidade de apoio formal, é relativa à resolução de problemas. Para esse cuidador, a necessidade é relativa ao apoio das enfermeiras.

“Podia ser a enfermeira, a senhora tem a tensão alta, a senhora vai pegar nesse comprimido, vai tomar...” (C4)

Os cuidados domiciliários prestados pelos enfermeiros são fundamentais. No estudo de Kaye e Applegate (1990), os cuidadores apontaram como necessidades, entre outras, o apoio de enfermagem. Também Imaginário (2004), na sua investigação, identificou a necessidade de ajuda dos serviços de saúde.

Das exposições dos cuidadores, relativamente ao apoio prestado pelas enfermeiras, podemos referir que o trabalho é por uns reconhecido:

“Do que eu percebo, acho que fazem o que é dado...” (C1)

“Por hora, não acho que elas fizessem mais.” (C3)

“A gente quando precisa e chama, elas vêm.” (C5)

Todavia este trabalho não é reconhecido por outros cuidadores.

“Eu por mim não me importo. Se elas vêm ou não vêm...” (C2)

“Eu não acho aquilo, até aquilo bem. Se tiver a tensão alta e se tiver os diabetes, o resto é comigo, não é com elas, elas só dizem: ah está alta. Está a tensão alta, está baixa, está assim.” (C4)

Na nossa opinião, as visitas domiciliárias feitas pelos enfermeiros estão direccionadas essencialmente para as idosas dependentes. Seria interessante que estas também fossem destinadas aos idosos cuidadores. Ainda relativamente à visita domiciliária, no que respeita à sua frequência, achamos que esta devia ser mais assídua, uma vez que um dos cuidadores apenas usufruía de visita trimestral.

2.6 - SÍNTESE FINAL DE DADOS

Ao chegarmos à fase final do nosso estudo e porque os dados assim o justificam, pretendemos apresentar as conclusões do mesmo. Sendo assim, podemos tecer que:

O cuidador masculino do nosso estudo, com uma média de idade que ronda os 76 anos, sendo por isso considerado um idoso jovem, há pelo menos sete anos que cuida da esposa. A sua escolaridade é “baixa”, uma vez que se insere nos primeiros quatro anos da escolaridade básica do nosso País. Todos eles são acometidos por patologias crónicas, e, não raros os casos, por mais do que uma.

Neste estudo sobre cuidadores, sobressai o aspecto do cuidador, idoso masculino, encarar o cuidar da sua esposa dependente como um trabalho de género. Para os mesmos, as mulheres, pelo facto de pertencerem ao sexo feminino, teriam maior facilidade em desempenhar o papel de cuidadoras.

As **motivações** para os cuidadores cuidarem da esposa tiveram duas origens: a **extrínseca** e a **intrínseca**. Relativamente à primeira, a mesma deveu-se ao facto deste se sentir **obrigado** a cuidar da esposa não só por ser casado com ela, e ter de seguir as expectativas da sociedade, como também devido à **ausência de outra pessoa**, nomeadamente de **filhas**. A ausência das mesmas deve-se à indisponibilidade por razões laborais ou ao facto de estarem emigradas. No que concerne à origem intrínseca,

esta deveu-se à vontade do cuidador face à **reciprocidade de expectativas** que tinha para com a idosa cuidada.

Apesar de residirem apenas com a esposa, os cuidadores do nosso estudo são alvos de **apoio informal** não só de **familiares** como também de **vizinhos**. Esse apoio abrange uma diversidade de eventos, desde a **higiene** da idosa, da roupa do casal e **alimentação** até ao apoio em **situações diversas e/ou inesperadas**, como o transporte da idosa ao hospital ou hospitalização do cuidador.

No que respeita aos **apoios formais**, os cuidadores beneficiam do apoio de profissionais de saúde (**enfermeiras e médicos**), de “**apoio social**” e dos **bombeiros**. Tanto a enfermeira como o médico promovem e efectuam vigilância de saúde, quer seja através de ensinamentos ou pela avaliação de sinais vitais e exames analíticos. O “apoio social” diz respeito a cuidados de higiene, ao pagamento de pensões e apoio em situações diversas. O apoio dos bombeiros verificou-se aquando do transporte da idosa ao hospital.

Temos a realçar, relativamente aos apoios recebidos pelo cuidador, quer estes sejam formais ou informais, que os mesmos constituem um factor de alívio no desempenho do papel de cuidador.

As **consequências** decorrentes da actividade do cuidador foram **positivas e negativas**. A **satisfação** pelo cuidar da esposa surge como a única consequência positiva, no entanto, foi para nós gratificante a verbalização da mesma. As consequências negativas que assumiram uma maior expressão no estudo, atingem o cuidador quer física quer psicologicamente, nomeadamente pela manifestação de **agravamento do seu estado de saúde e stress**.

Ao surgimento de consequências negativas decorrentes do cuidar estão também associadas a idade e as patologias do cuidador, uma vez que o cuidador é idoso e portador de patologias crónicas, nomeadamente problemas osteomusculares. Não obstante, não podemos aqui deixar de mencionar que os cuidadores se resignam ao cuidar, atendendo às preferências e necessidades da idosa, relegando para segundo plano as suas próprias necessidades.

Das necessidades sentidas pelos cuidadores, emergiram cinco categorias. No que concerne às **Necessidades psico-fisiológicas**, os cuidadores sentiram necessidade de **descansar**, mais especificamente **dormir** e efectuar uma **pausa no cuidar**. Ainda

relativamente a esta categoria, os cuidadores manifestaram a necessidade de **cuidarem de si**, uma vez que não o fazem por falta de tempo porque o cuidar lhes ocupa a maior parte do dia, e verbalizaram também a necessidade de **reservar** aspectos inerentes ao cuidar.

No que diz respeito à categoria **Necessidade de (in)formação**, os cuidadores exteriorizaram necessidade de **informação** e **formação** relativamente a **aspectos teórico/práticos** relacionados com o seu dia-a-dia. Salientamos aqui o processo pelo qual os cuidadores referem ter aprendido determinadas tarefas inerentes ao cuidar: a “auto-aprendizagem”.

Diversas foram as formas de exteriorização das necessidades pertencentes à categoria de **Necessidades sócio-relacionais e espirituais**. De modo significativo, os cuidadores referiram-se à **necessidade da família os apoiar**, uma vez que estes, apesar de usufruírem de algum apoio da família, se sentem sós no desempenho do seu papel. Da nossa análise, também destacamos a necessidade que os cuidadores referiram: a **necessidade de conviverem** não só com a família mas também com os amigos. Esta necessidade prende-se com o facto de o cuidador estar envolvido no cuidar por largas horas do dia e ter uma constante preocupação relativamente à esposa. Os participantes ainda revelaram necessidades **religiosas**, nomeadamente o desejo de irem à Igreja e à missa.

A **Necessidade de recursos económicos**, como quarta categoria, também foi mencionada pela maioria dos cuidadores. Esta necessidade é fruto dos poucos recursos económicos que os idosos possuem para fazer face aos gastos inerentes não só aos cuidados da idosa cuidada como também com eles próprios, nomeadamente a medicação.

A última categoria, **A Necessidade de apoio formal**, engloba o apoio que os cuidadores manifestaram relativamente aos **cuidados de higiene**, à **alimentação** e à **resolução de problemas**. Esta necessidade deriva não só dos frugais recursos sociais existentes bem como dos módicos recursos económicos dos cuidadores.

CONCLUSÃO E SUGESTÕES DO ESTUDO

As alterações demográficas do último século, que se traduziram na transformação das pirâmides etárias, espelhando o envelhecimento da população, colocam aos governos, às famílias e à sociedade em geral desafios para os quais não estão preparados. Devido ao ampliar da esperança de vida, ao desenvolvimento da ciência e da tecnologia, existem cada vez mais idosos, com fragilidades, que frequentemente acompanham a idade avançada, e portadores de doenças crónicas que os tornam dependentes e necessitados de cuidadores informais.

O envelhecimento, como fenómeno natural do ciclo de vida que diz respeito a todos os seres humanos, implica que todos os sectores da sociedade intervenham e se co-responsabilizem no cuidar dos seus idosos e seus cuidadores, também eles idosos. Há que defender um repensar constante e urgente sobre a organização das respostas adequadas em termos de cuidados de saúde. Só é possível proporcionar uma boa assistência aos idosos e seus cuidadores se através de esforços conjuntos a equipa multidisciplinar trabalhar em conjunto, partilhar recursos, contribuir com conhecimentos e pesquisas para os apoiar.

Para Camacho (2002), a característica da interdisciplinaridade é a de incorporar resultados de pesquisa de diversas especialidades, de forma a integrar proficuamente o idoso. Entender essa integração interdisciplinar passa por uma reflexão e por compromissos entre os diversos profissionais relativamente ao idoso e seus cuidadores. A OMS, citada por Collière (1989), defende que uma profissão consciente dos seus deveres deve levantar questões que mereçam suscitar pesquisas, estar disposta a permitir investigações referentes à sua actividade e fazer passar à prática o objecto das suas investigações. Por conseguinte, achamos pertinente a apresentação dos resultados deste estudo ao Centro de Saúde de PD.

A investigação em enfermagem contribui para melhores cuidados de enfermagem, na medida em que, do inevitável questionar a que ela conduz, emergem novos conhecimentos. Desta forma, esses mesmos cuidados devem ser baseados em conhecimentos científicos, técnicos e relacionais consistentes, conferindo um desempenho profissional mais coerente com as necessidades dos utilizadores. Hesbeen (2000) refere-se aos resultados da investigação, relativa à essência dos cuidados de enfermagem, não no sentido de estes pretenderem descobrir o que já existe mas no de revelarem a prática do cuidar, permitindo a quem cuida vontade de criar cuidados únicos,

singulares, pertinentes e de ajuda.

Por entendermos que a temática do cuidador idoso, que num futuro próximo ganhará contornos que não irá passar despercebida, ainda não está suficientemente estudada, reconhecemos necessidade de a abordar. Compreender o papel do cuidador informal, idoso masculino, pela identificação das suas necessidades foi o objectivo deste trabalho.

Neste estudo, adoptou-se uma abordagem qualitativa, com características fenomenológicas, exploratório-descritiva. Entrevistámos cinco participantes. Enveredámos por uma análise de conteúdo do tipo categorial, fazendo uso de um processo misto de dedução e indução. Na apresentação dos dados, utilizámos um quadro de análise onde tentámos estabelecer algum paralelismo dos dados obtidos com diversos aspectos conceptuais sobre o tema bem como com a nossa própria opinião/reflexão.

Apesar da fase de análise e apresentação dos dados ter sido a mais difícil neste estudo, tornou-se a mais gratificante porque foi através da mesma que se tornou possível mostrar aos outros uma nova visão do fenómeno de ser homem e cuidador informal.

Como fruto deste trabalho, fica o reconhecimento de que ainda há um longo caminho a percorrer no que concerne aos idosos masculinos que são cuidadores informais e um processo de reflexão e crescimento pessoal que, certamente, encetará uma diferente forma de ser e de estar na profissão. Acalentamos também a esperança que este trabalho seja um ponto de partida para estudos futuros e sirva de base a estratégias de intervenção adequadas às necessidades identificadas.

Sugestões

Após a realização deste trabalho, achamos pertinente deixar a sugestão de reflexão em três perspectivas: ao nível da prática dos cuidados, da formação e da investigação em enfermagem.

- ♦ A nível da prática, e conhecendo as necessidades dos cuidadores idosos, sugerimos a criação de uma consulta de enfermagem para o acompanhamento dos cuidadores, a realização de visitas domiciliárias e sessões de educação para a saúde, adequadas à especificidade que é ser cuidador masculino e idoso. Também é nossa sugestão o proporcionar de reuniões de grupo de cuidadores, onde estes poderiam partilhar

experiências bem como expressar necessidades.

No entanto, a nossa última sugestão fica sob reserva, não por não acreditarmos nela, mas sim pelo contexto específico de onde ela surge. As nossas reticências brotam dos dados que apresentamos, uma vez que os cuidadores se privam de contactos sociais, situação que tem por génese a preocupação de não abandonar a idosa de quem cuidam e sentem necessidade de reservar sobre o contexto da prestação de cuidados. Por isso, fica a pergunta: até que ponto a implementação desta sugestão, que visa uma intervenção terapêutica, é viável atendendo à limitada disponibilidade temporal e emocional dos idosos cuidadores para se “abrir” a outro? Como se articulam as redes formais de apoio na resposta a esta dificuldade?

Contudo, não querendo amputar o que demonstra a evidência, no processo de partilha de experiências descobre-se que não se está só, e fruto dessa condição social de interacção com os outros resulta o “viver e aprender”, somos impelidos a forçar fronteiras. Esse redesenhar de fronteiras é feito exortando aqueles que cuidam dos cuidadores idosos, no sentido de encetarem medidas criativas e profícuas que visam o cuidado holístico, gerindo os recursos materiais e institucionais, no sentido de dar espaço ao cuidador, para que este se possa envolver nesses momentos de partilha.

- ♦ Na formação, a nível do curso de licenciatura em enfermagem, a necessidade de contemplar no universo do saber em Enfermagem a introdução e, consequente, exploração da problemática do cuidador informal idoso. A nível da formação contínua, é também importante que os enfermeiros obtenham mais conhecimentos sobre os idosos, atendo à emergente realidade do envelhecimento e do cuidador informal idoso. É nossa sugestão a efectiva concretização de um Curso de Especialização em Enfermagem direccionado ao Idoso.

- ♦ A Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, assegurado pela investigação. Desta forma, sugerimos investigações nesta área, nomeadamente sobre as vivências do cuidador informal idoso e a interacção no cuidar enfermeiro/cuidador informal, na perspectiva do enfermeiro. Sugerimos também a replicação deste estudo noutros contextos, noutros Concelhos da Ilha ou, até mesmo, noutras Ilhas da RAA. A sugestão também se estende para a realização de estudos com desenhos longitudinais.

BIBLIOGRAFIA

- ADAM, E. – *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget, 1994. ISBN 972-9295-86-7.

- AGREDA, J. – Passado, presente e futuro da enfermagem gerontológica. In *O Idoso - problemas e realidades*. Coimbra: Formasau, 1999. ISBN 972-8485-70-7. p. 23-39.

- AGREE, E.; FREEDMAN, V. – Implicações do envelhecimento da população para a saúde geriátrica. In GALLO, J. [et al.], edit. – *Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. ISBN 85-277-0671-7. p. 494-501.

- ANDERSON, R. – Prestação de cuidados informais: papel da família. In Actas da Conferência Europeia - *As pessoas idosas e a família: solidariedade entre gerações*. Funchal: Ministério do Emprego e da Solidariedade Social, 1992. ISBN 972-8071-01-9. p. 50-54.

- AOUN, S. [et al.] – *Caregiving for the terminally ill: at what cost?* [on-line] 2005. [citado em 2007/01/21]. Palliative Medicine. 19 551-555. Disponível em: <http://www.cuidadospaliativos.org/biblioteca/caregivingfortheterminally.pdf>

- AZEREDO, Z. – O doente com AVC e o prestador de cuidados. *Geriatrics*. Lisboa. ISSN 0871-5386. 154 Vol. XV (2003) 27-30.

- BARRETO, J. – Prefácio. In BRITO, L. - *A Saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Ed., 2002. ISBN 972-8717-19-9.

- BATALHA, L. – Implementação das visitas domiciliárias em saúde materno-infantil. *Nursing: revista de formação contínua em enfermagem*. Lisboa. 143 (2000) 21-23.

- BENJUMEA, C. – Contribución de la investigación a la práctica clínica de los cuidados de enfermería: la perspectiva de la investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*. 8:4 (1998) 166-170.

- BERNARDO, M. – Os cuidados de enfermagem à pessoa idosa: um desafio para o Terceiro Milénio. *Servir*. Lisboa. 42:2 (1994) 58-63.

- BOCCHI, S. - *Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (avc): uma análise do conhecimento*. [on-line] Ribeirão Preto. 2004. [citado em 2007/03/10]. Revista Latino-Americana de Enfermagem. ISSN 0104-11690. 12:1 115-121. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n1/v12n1a16.pdf>

- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. – *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Ed., 1994. ISBN 972-0-34112-2.

- BOLANDER, V. – Necessidades humanas. In BOLANDER, V. – *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5. p. 307-328.

- BRANCO, Z. – *Necessidades dos cuidadores familiares do doente oncológico em fase terminal*. Porto: [S. n], 2005. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, para obtenção do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem.

- BRÊTAS, A.; YOSHITOME, A. – Conversando com quem gosta de cuidar de idosos no domicílio. In DUARTE, Y.; DIOGO, M. - *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. ISBN 85-7379-248-5. p. 111-113.

- BRIS, H. - *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Lisboa: Conselho Económico e Social, 1994. ISBN 972-95818-9-4.

- BRITO, L. - *A Saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Ed., 2002. ISBN 972-8717-19-9.

- BRODATY, H. - *Interventions with caregivers*. [on-line] Sydney. 1999. [citado em 2006/03/31], 1-5. Disponível em: <http://www.malattiemetaboliche.it/articoli/vol4no4a.htm>

- CABETE, D. - *O Idoso, a doença e o hospital: o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-89-4.

- CALDAS, C. - *Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família*. [on-line] Rio de Janeiro. 2003. [citado em 2007/03/10]. Cadernos de Saúde

Pública. ISSN 0120-311X. 19:3 773-781. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15880.pdf>

➤ CAMACHO, A. – *A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem*. [on-line] Ribeirão Preto. 2002. [citado em 2006/07/30]. Revista Latino-Americana de Enfermagem. ISSN 0104-1169 10:2 773-781. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10519.pdf>

➤ CARMO, H.; FERREIRA, M. – *Metodologia da investigação: guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta, 1998. ISBN 972-674-231-5.

➤ CARPENTER, Dona – Método fenomenológico. In STREUBERT, H.; CARPENTER, D. – *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-29-0. p. 49-73.

➤ CARPENTER, E.; MILLER, B. – Psychosocial challenges and rewards experienced by caregiving men: a review of the literature and an empirical case example. In THOMPSON, E.; Kramer, B., edit. – *Men as caregivers: theory, research, and service implications*. New York: Springer: Springer Series: Focus on Men; Vol. 13, 2002. ISBN 0-8261-1472-5. p. 99-126.

➤ CARRILHO, M.; GONÇALVES, C. - *Dinâmicas territoriais do envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001*. [on-line] Portugal. 2004. [citado em 2007/12/25]. Revista de Estudos Demográficos. 36. 175-191. Disponível em:
<http://www.advita.pt/download.php?9f48570b4ace0350276de156556aa6a2>

➤ CERQUEIRA, A.; OLIVEIRA, N. – *Programa de apoio a cuidadores: uma acção terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos*. [on-line] São Paulo. 2002. [citado em 2006/07/30]. Psicologia USP. ISSN 0103-6564. 13:1. 1-14. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100007

➤ CERVO, A.; BERVIAN, P. – *Metodologia científica*. 5ª ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002. ISBN 85-87918-15-X.

➤ COLLIÈRE, M. – *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. ISBN 972-95420-0-7.

- COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS – *Uma Europa para todas as Idades: promover a prosperidade e a solidariedade entre as gerações*. Bruxelas, 1999.
- CORREIA, P. – *Velhos são os trapos: mito ou realidade?* [on-line] Portugal. 2007. [citado em 2008/01/12]. 1-17. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0340.pdf>
- COSTA, M. – *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século Edições, 1998. ISBN 972-754-125-9.
- COSTA, M. – Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. In *O Idoso – problemas e realidades*. Coimbra: Formasau, 1999. ISBN 972-8485-70-7. p. 7-22.
- COSTA, M. – *Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau, 2002. ISBN 972-8485-24-7.
- COSTA, M. – *Relação enfermeiro-doente*. In NEVES, Maria Patrão; PACHECO, Susana, coord. – *Para uma ética da enfermagem: desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra e Centro de Estudos de Bioética/Pólo Açores, 2004. ISBN 972-603-326-8. p. 63-80.
- COSTA, M. – Investigação em enfermagem: da lógica dos cuidados aos cuidados com lógica. *Servir*. Lisboa. 43:6 (2005) 284-287.
- CRESWELL, J. – *Research design: qualitative & quantitative approaches*. Thousand Oaks, California: Sage, 1994. ISBN 0-8039-5254-6.
- CUESTA, C. – Investigación cualitativa en el campo de la salud. – *Revista Rol de Enfermería*. Barcelona. 232 (1997) 13-16.
- DAVIES, E.; HIGGINSON, I., edit. – *Palliative care: the solid facts*. [on-line] Denmark: OMS. 2004. [citado em 2007/01/21]. ISBN 9289010916. 1-32. Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/E82931.pdf>
- DECRETO-LEI nº 329/93. DR I Série – A. 226 (1993/25/09) 5378-5391.
- DECRETO-LEI nº 133-B/97. DR I Série – A. 124 (1997/05/30) 2624 (7)-2624 (18).

- DECRETO-LEI nº 60/2003. DR I Série – A. 77 (2003/04/01) 2118-2127.
- DECRETO-LEI nº 281/2003. DR I Série – B. 259 (2003/11/08) 7492-7499.
- DECRETO-LEI nº 101/2006. DR I Série – A. 109 (2006/06/06) 3856-3865.
- DELICADO USEROS, M. [et al.] – *Cuidadoras informales: una perspectiva de género*. [on-line] Córdoba. 2000. [citado em 2006/12/01]. 1-7. Disponível em: http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2013/cuidadoras_informales.htm
- DESPACHO conjunto nº407/98. DR II Série. 138 (1998/06/18) 8328-8332.
- DESPACHO conjunto nº 360/99. DR II Série. (1999/04/28) 6340.
- DIOGO, M.; CEOLIM, M.; CINTRA, F. – *Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência*. [on-line] São Paulo. 2005. [citado em 2007/03/10]. Revista de Enfermagem da Universidade de São Paulo. ISSN 1980-220 X. 39:1 97-101. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/51.pdf>
- DUCHARME, F. [et al.] - Older husbands as caregivers of their wives: a descriptive study of the context and relational aspects of care. *International Journal or Nursing Studies*. 43 (2006) 567-579.
- ELIOPOULOS, C. – *Enfermagem gerontológica*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. ISBN 85-363- 0081-7.
- ESCUREDO RODRÍGUEZ, B.; DÍAZ ÁLVAREZ, E.; PASCUAL CORTÉS, O. – Cuidadores informales: necesidades y ayudas. *Revista Rol de Enfermería*. Barcelona. 24:3 (2001) 183-189.
- ESTEVES, C. [et al.] – Modelo conceptual de Virginia Henderson: uma reflexão sobre a prática. *Enfermagem*. Lisboa. 25/26 (2002) 58-65.
- FERNANDES, A. – *Velhice e sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta, 1997. ISBN 972-8027-83-4.
- FERNANDES, [et al.] – Sobrecarga física, emocional e social nos cuidadores informais

de doentes com AVC. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra. 43 (2002) 31-35.

- FLORIANI, C.; SCHRAMM, F. – *Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado*. [on-line] Rio de Janeiro. 2006. [citado em 2007/03/10]. Cadernos de Saúde Pública. ISSN 0120-311X. 22:3 527-534. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n3/07.pdf>

- FORTIN, M. – *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X.

- FONTAINE, R. - *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi, 2000. ISBN 972-8449-65-8.

- GALASTRO, E.; FONSECA, R. – *A identidade masculina e feminina na visão dos profissionais de saúde de um serviço de saúde reprodutiva*. [on-line] Minas Gerais. 2006. [citado em 2007/04/25]. Revista Mineira de Enfermagem. ISSN 1415-2762. 1013 37-40. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/reme/remev10n1.pdf>

- GAMEIRO, M. – A Enfermagem ciência e arte... e a investigação. *Referência*. Coimbra. 10 (2003) 5-15.

- GARCÍA CALVENTE, M. - *El sistema informal de atención a la salud*. [on-line] Granada. 2000. [citado em 2007/05/17]. Escuela Andaluza de Salud Pública. Disponível em: http://www.comtf.es/pediatrica/Congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/M%C2%AAM_Garcia_Calvante.htm

- GAVIÃO, A. – Aspectos psicológicos e o contexto domiciliar. In DUARTE, Y.; DIOGO, M. - *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. ISBN 85-7379-248-5. p. 173-185.

- GELAIN, I. – *Deontologia e enfermagem*. 3ª ed. São Paulo: Ed. Pedagógica Universitária, 2002. ISBN 85-12-12590-X.

- GHIGLIONE, R.; MATALON, B. – *O inquérito: teoria e prática*. 2ª ed. Oeiras: Celta, 1993. ISBN 972-8027-13-3

- GIL, A. – *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999. ISBN

85-224-2270-2.

- GLAJCHEN, M. [et al.] - The emerging role and needs of family caregivers in câncer care. *Journal of Supportive Oncology*. 2:2 (2004) 145-155.
- GOETZ, J.; LECOMPTE, M. – *Etnografia y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata, 1998. ISBN 84-7112-320-7.
- GONÇALVES, T. – *Cuidadores primários familiares dos idosos atendidos na clínica escola de fisioterapia da universidade do vale do Itajaí - UNIVALI*. [on-line] Florianópolis: [s n], 2002. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção. [citado em 2007/03/10]. Disponível em: <http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/6721.pdf>
- GRÁCIO, E. – Apoio social e financeiro na terceira idade. In *O Idoso – problemas e realidades*. Coimbra: Formasau, 1999. ISBN 972-8485-70-7. p. 135-147.
- HESBEEN, W. – *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.
- HESBEEN, W. – *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7.
- IMAGINÁRIO, C. – *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Formasau: Coimbra, 2004. ISBN 972-8485-38-7.
- JOSÉ, J.; WALL, K.; CORREIA, S. – Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções. [on-line] Portugal. 2002. [citado em 2007/11/11]. Instituto das Ciências Sociais. Disponível em: <http://www.ics.ul.pt/publicacoes/workingpapers/wp2002/WP2-2002.pdf>
- KARSCH, U. – *Idosos dependentes: famílias e cuidadores*. [on-line] 2003. [citado em 2007/03/24]. Cadernos de Saúde Pública. 19:3 861-866. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15890.pdf>
- KAYE, L. – Informal caregiving by older men. In KOSBERG, J.; KAYE, L., edit. – *Elderly*

men: special problems and professional challenges. New York: Springer Series: Focus on Men, 1997. ISBN 0-8261-9670-5. p. 231-249.

➤ KAYE, L.; APPLGATE, J. – *Men as caregivers to the elderly: understanding and aiding unrecognized family support*. Massachusetts, Toronto: Lexington Books, 1990. ISBN 0-669-197702-6.

➤ KAYE, L.; APPLGATE, J. – Older men and the family caregiving orientation. In THOMPSON, E., edit. – *Older men's lives*. Thousand Oaks, California: Sage: Research on men and masculinities, 1994. ISBN 0-8039-5080-2. p. 218-236.

➤ KRAMER, B. – Men caregivers: an overview. In KRAMER, B.; THOMPSON, E., edit. – *Men as caregivers: theory, research and service implications*. New York: Springer Series: Focus on Men, 2002. ISBN 0-8261-1472-5. p. 3-19.

➤ LAGE, I. – Aproximação ao seu estado de saúde. *Nursing: revista de formação contínua em enfermagem*. Lisboa. 195 (2005) 6-12.

➤ LAGE, I. – Cuidados familiares a idosos. In PAÚL, C.; FONSECA, A., coord. – *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi, 2005. ISBN 972-796-185-1. p. 203-229.

➤ LAGE, I. – Questões de género e cuidados familiares a idosos. *Nursing: revista de formação contínua em enfermagem*. Lisboa. 217 (2007) 40-43.

➤ LANDRY, R. – A análise do conteúdo. In BENOÎT, G., dir. – *Investigação social: da problemática à colheita de dados*. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-55-X. p. 345-372.

➤ LAZURE, H. – *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN 972-95399-5-2.

➤ LEME, L. – A Gerontologia e o problema do envelhecimento: visão histórica. In NETTO, M. – *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 1999. ISBN 85-7379-109-8. p. 13-25.

➤ LESSARD-HÉBERT, M.; GOYETTE, G.; BOUTIN, G. – *Investigação qualitativa:*

Fundamentos e práticas. [S.l.]: Ed. Agence d'ARC, 1990. ISBN 972-9295-75-1.

➤ LILLO CRESPO, M. – Antropología, género y enfermería contemporánea. *Revista Rol de Enfermería*. Barcelona. 25 (12) (2002) 56-62.

➤ LIMA, M. – *A gestão da experiência de envelhecer em um programa para a terceira idade: a unati/uerj*. [on-line] Rio de Janeiro. 1999. [citado em 2006/10/18]. Textos sobre Envelhecimento. ISSN 1517-5928. 2:2 1-32. Disponível em: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59281999000200003&lng=pt&nrm=iso

➤ LURDES, S.; STORANI, M. – Demência: impacto para a família e a sociedade. In NETTO, M. – *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 1999. ISBN 85-7379-109-8. p. 146-159.

➤ MAROTE, A. – Realidade dos cuidadores informais de idosos dependentes da Região Autónoma da Madeira. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra. 61 (2005) 19-24.

➤ MARTÍN, I. – O cuidado informal no âmbito social. In PAÚL, C.; FONSECA, A., coord. – *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi, 2005. ISBN 972-796-185-1. p. 179-202.

➤ MARTINS, R. – *Envelhecimento e políticas sociais*. [on-line] Viseu. 2006. [citado em 2007/12/25]. Millenium 32. 126-140. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/10.pdf>

➤ MEDICINA E SAÚDE - *Existem mais idosos do que jovens no nosso país*. Lisboa. 82 (2004) p. 36-38.

➤ MELO, R. – Cruz Vermelha inova com “tele-assistência”. *Açoriano Oriental*. [on-line] [citado em 2007/02/10]. Disponível em: <http://www.acorianooriental.pt/noticias/view/98346>

➤ MENDONÇA, F.; MARTINEZ, A.; RODRIGUES, M. – Avaliação das necessidades dos prestadores informais de cuidados de saúde. *Geriatrics*. Lisboa. 127 Vol. XIII (2000) 33-49.

➤ MILES, M.; HUBERMAN, A. – *Qualitative data analysis: na expanded sourcebook*. 2ª ed. Thousand Oaks: Sage, 1994. ISBN 0-8039-5540-5.

- MONIZ, J. – *A Enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-49-5.
- MONTSERRAT ROCA, M. [et al.] – Se cuida a la familia de los enfermos crónicos? *Revista Rol de Enfermería*. Barcelona. 22 (1) (1999) 75-78.
- MORAIS, A. - *Cuidar o idoso no domicílio*. Porto: [S. n], 2001. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, para obtenção do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem.
- MOREIRA, I. – *O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau, 2001. ISBN 972-8485-22-0.
- MORGAN, D. – *Facts and figures about the baby boom*. [on-line] 2003. [citado em 2008/02/05]. *Generations*. XXII:I 10-15. Disponível em: http://www.asaging.org/publications/dbase/GEN/Gen.22_1.Morgan.pdf
- MORIMOTO, T.; SCHREINER, A.; ASANO, H. – Caregiver burden and health-related quality of life among japanese stroke caregivers. *Age and Ageing*. 32:2 (2003) 218-223.
- MORRIS, D. - A prática de enfermagem junto do idoso. In PHIPPS, W.; SANDS, J.; MAREK, J. - *Enfermagem médico cirúrgica: conceitos e prática clínica*. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-65-7. p. 81-106.
- NAVAIE-WALISER, M.; SPRIGGS, A.; FELDMAN, P. – Informal caregiving: differential experiences by Gender. *Medical Care*. 40:12 (2002) 1249-1259.
- NAVAIE-WALISER, M. [et al.] – When the caregiver needs care: the plight of vulnerable caregivers. *American Journal of Public Health*. 92:3 (2002) 409-413.
- NERI, A. – Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In DUARTE, Y.; DIOGO, M. - *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. ISBN 85-7379-248-5. p. 33-47.
- NERI, A.; PAVARINI, S. – Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In DUARTE, Y.; DIOGO, M. - *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. ISBN 85-

7379-248-5. p. 49-70.

- NEVES. C. – Portugal tem a mais baixa taxa de natalidade da EU. [on-line] [citado em 2007/01/12]. Disponível em: http://dn.sapo.pt/2007/11/19/sociedade/portugal_a_mais_baixa_taxa_natalidad.html

- NOGUEIRA, M. – *Necessidades da família no cuidar: papel do enfermeiro*. Porto: [S. n], 2007. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, para obtenção do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem.

- O'DOWD, A. – Who else is caring? *Nursing Older people*. 18 (2007) 12-14.

- OLIVEIRA, A; PEREIRA, M. – Importância e impacto na formação profissional. *Nursing: revista de formação contínua em enfermagem*. Lisboa. 208 (2006) 46-47.

- OMS – *Envejecimiento activo: un marco político*. [on-line] 2002. [citado em 2007/03/24]. *Revista Espanhola de Geriatria e Gerontologia*. 37 (S2) 74-105. Disponível em: www.imersomayore3.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf

- ONU - *Segunda Assembleia Mundial Sobre o Envelhecimento – População e envelhecimento: factos e números*. [on-line] Madrid. 2002. [citado em 2006/04/22]. Disponível em: <http://www.onuportugal.pt>

- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa, 2002.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa, 2003.

- PACHECO, R.; SANTOS, S – *Avaliação global de idosos em unidades de PSF*. [on-line] 2004. [citado em 2006/10/18]. Textos sobre Envelhecimento. ISSN 1517-5928. 7:2 1-10. Disponível em: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282004000200004&lng=pt&nrm=iso

- PALMA, E. – A família com idosos dependentes: que expectativas? *Enfermagem*. Lisboa. 15 (1999) 27-40.

- PASCHOAL, S. - Autonomia e independência. In NETTO, M. – *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 1999. ISBN 85-7379-109-8. p. 313-323.
- PARREIRA, M. – A investigação etnográfica e a etnoenfermagem como opção metodológica. *Revista Investigação em Enfermagem*. Coimbra. 2 (2000) 39-48.
- PAÚL, M. - *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina, 1997. ISBN 972-40-1000-7.
- PAÚL, C.; FONSECA, A. – *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi, 2001. ISBN 972-796-008-1.
- PEARLIN, L. [et al.] – Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*. (1990) 583-592.
- PHANEUF, M. – *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Ed., 2001. ISBN 972-8535-78-3.
- PHANEUF, M. – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 942-8383-84-3.
- PHIPPS, W. – Doença crónica e reabilitação. In PHIPPS, W.; SANDS, J.; MAREK, J. - *Enfermagem médico cirúrgica: conceitos e prática clínica*. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-65-7. p. 145-183.
- POLIT, D.; HUNGLER, B. – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995. ISBN 85-7307-101-X.
- POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. ISBN 85-7307-984-3.
- PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – *As gerações mais idosas*. [on-line] 1999. [citado em 2007/12/25]. Disponível em: http://www.ine.pt/ine/acess/pub_detalhe.jsp?boui_aux=130413
- PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – *O envelhecimento em Portugal*:

situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. [on-line] 2002. [citado em 2007/12/25]. Disponível em: <http://www.advita.pt/download.php?d13e4f69f3f3f1239838d39a459cd46c>

➤ PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – *Censos 2001: XIV Recenseamento Geral da População, IV Recenseamento Geral da habitação*. [on-line] 2002 a. [citado em 2006/04/22]. Disponível em: http://paginas.ispgaya.pt/~vmca/Documentos_links/censo2001.pdf

➤ PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – *Censos 2001: Resultados Provisórios*. [on-line] 2002 b. [citado em 2008/02/05]. Disponível em: http://alea-estp.ine.pt/Html/actual/pdf/actualidades_27.pdf

➤ PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – *Destaque: Informação à Comunicação Social – Dia Mundial da População. 11 de Julho de 2007*. [on-line] 2007. [citado em 2006/12/25]. Disponível em: http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE/Destaques?DESTAQUESdest_boui=5494050&DESTAQUESmodo=2

➤ PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral de Saúde – *A Saúde dos portugueses 1997*. Lisboa, 1997.

➤ PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)*. Lisboa, 1999. ISBN 972-9425-69-8.

➤ PORTUGAL. Secretaria Regional de Estatística dos Açores - *Recenseamento da população e habitação*. Angra do Heroísmo: SREA, 2003.

➤ QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. – *Manual de investigação em ciências sociais*. 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998. ISBN 972-662-275-1.

➤ REBELO, A. – Prestadores de cuidados informais a idosos com 80 e mais anos na Freguesia de Moreira da Maia. *Geriatrics*. Lisboa. 81 (1996) 22-28.

➤ REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS (REPE). Sindicato dos Enfermeiros Portugueses: Lisboa, 1996.

- RESOLUÇÃO do conselho de ministros nº 84/2005. DR I Série – B. 81 (27/04/2005) 3200-3201.
- RIBEIRO, O.; PAÚL, C. – Demência de Alzheimer e cônjuges cuidadores: homens em perspectiva. *Psychologica*. Coimbra. 42 (2006) 71-87.
- RIBEIRO, O.; PAÚL, C. – Older male carers and the positive aspects of care. *Ageing & Society*. Cambridge University Press. United Kingdom. 28 (2008) 165-183.
- RIBEIRO, O.; PAÚL, C.; NOGUEIRA, C. – Real men, real husbands: caregiving and masculinities in later life. *Journal of Aging Studies*. Elsevier. 21 (2007) 302-313.
- RIBEIRO, J.; RODRIGUES, A. – Questões acerca do *coping*: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Lisboa. 5:1 (2004) 3-15.
- RODRÍGUEZ GÓMEZ, G.; GIL FLORES, J. e GARCÍA JIMÉNEZ, E. – *Metodología de la investigación cualitativa*. 2ª ed. Archidona : Aljibe, 1999. ISBN 84-87767-56-7.
- RUBIO, D.; BERG-WEGER, M.; TEBB, S. – Assessing the validity and reliability of well-being and stress in the family caregivers. *Social Work Research*. 23:1 (1999) 54-64.
- RUSSEL, R. - The Work of Elderly Men Caregivers. *Men and masculinities*. Sage. 9:3 (2007) 298-314.
- SANCHEZ, M. – *A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica*. [on-line] Rio de Janeiro. 2000. [citado em 2006/10/18]. Textos sobre Envelhecimento. ISSN 1517-5928. 3:3 1-15. Disponível em: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282000000100004&lng=pt&nrm=iso
- SANDELOWSKI, M. – Qualitative analysis: what it is and how to begin. *Research in Nursing & Health*. 18 (1995) 371-375.
- SELMES, J.; SELMES, M. – *Viver com... a doença de Alzheimer: guia prático para os cuidadores, familiares e todos os que estejam próximos de uma pessoa com doença de Alzheimer*. Lisboa: Dinalivro, 2000. ISBN 972-576-190-1.

- SILVA, A.; LIMA, J. – Ser idoso: o envelhecimento. *Geriatrics*. Lisboa. 140 Vol. XIV (2002) 12-18.
- SILVEIRA, T.; CALDAS, C.; CARNEIRO, T. – *Cuidador de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais*. [on-line] Rio de Janeiro. 2006. [citado em 2007/03/10]. Cadernos de Saúde Pública. ISSN 0120-311X. 22:3 1629-1638. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/11.pdf>
- SMELTZER, S.; BARE, B.- *Brunner/Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. 2670.ISBN 85-277-0272-X.
- SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D. – *EUROFAMCARE: National Background Report for Portugal*. [on-line] Portugal. 2004. [citado em 2007/11/11]. Disponível em: http://www.monitoringris.org/documents/tools_nat/nabare/nabare_portugal_rc1_a4.pdf
- SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D.; CERQUEIRA, M – *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar, 2004. ISBN 972-43-0861-8.
- SOUZA, N. [et al.] – *Olhar sobre o cuidador de idosos dependentes*. [on-line] Jequié. 2005. [citado em 2007/03/10]. Revista Saúde.Com. ISSN 1809-0761. 1:1 51-59. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v1/v1n1a7.pdf>
- STREUBERT, H. – A Produção da investigação qualitativa: elementos comuns essenciais. In STREUBERT, H.; CARPENTER, D. – *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-29-0. p. 17-35.
- TEIXEIRA, E. – *As Três metodologias: académica, da ciência e da pesquisa*. 4ª ed. Belém: Unama, 2002. ISBN 85-86783-32-3.
- VIRVAN, D. – Comunicação terapêutica: a interacção enfermeira - utente. In BOLANDER, V. – *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5. p. 519-554.
- VILAÇA, C. [et al.] – *O autocuidado de cuidadores informais em domicílio – percepção de académicos de enfermagem*. [on-line] São Paulo. 2005. [citado em 2006/10/18].

Revista Eletrônica de Enfermagem. ISSN 1518-1944. 7:2 221-226. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/relato_02.htm

➤ WEUVE, J.; BOULT, C.; MORISHITA, L. – The effects of outpatient geriatric evaluation and management on caregiver burden. *The Gerontologist*. 40:4 (2000) 429-436.

➤ Foto da capa [on-line]. [citado em 2008/01/26]. Disponível em: http://carosamigos.terra.com.br/da_revista/edicoes/ed79/ensaio_carla_ferreira.asp

ANEXOS

ANEXO I
GUIÃO DA ENTREVISTA

GUIÃO DA ENTREVISTA

Entrevista n.º:	Data:
-----------------	-------

	Objectivos	Conteúdo	Actuação em campo / Questões	Observações
Introdução	◇ Legitimação da entrevista.	◇ Apresentação; ◇ Pedido de autorização para gravar; ◇ Consentimento informado; ◇ Falar dos objectivos da entrevista; ◇ Falar sobre a importância do trabalho para os cuidados de enfermagem.	◇ Negociar; ◇ Assinatura do consentimento informado; ◇ Processo de informação e explicitação de dúvidas; ◇ Disponibilizar-se para informar sobre os resultados do trabalho.	◇ Colocar o gravador em local pouco visível.
Desenvolvimento	◇ Caracterizar os idosos cuidadores de outro idoso dependente.		◇ Que idade tem? ◇ Qual a idade da pessoa que cuida? ◇ Que relação de parentesco tem com a idosa que cuida? ◇ Que escolaridade tem?	◇ Memorizar a comunicação não verbal. ◇ Fazer algumas anotações, se necessário.

	◇Conhecer as motivações de serem cuidadores. ◇Identificar os apoios que os cuidadores recebem.	◇Quais os seus “problemas de saúde”? (cansaço, depressão/angústia, solidão) ◇Há quanto tempo é cuidador? ◇Quanto tempo por dia se dedica à idosa? ◇Porque cuida dessa idosa (motivações)? Gosta? ◇Teve algum motivo especial pelo qual começou a cuidar? ◇Acha que essa tarefa é boa para um homem? ◇Porque é que é uma tarefa para mulheres? ◇Que apoios tem/recebe? (humanos, monetários...)? ◇Que outros gostaria de ter?	◇Analisar a importância que dá a ser homem cuidador.
--	--	---	---

	◇ Identificar as necessidades que os cuidadores manifestam pelo facto de assumirem esse papel.	◇ Contar como é um dia a cuidar.	◇ Considera-os suficientes? Que outros gostaria de ter que lhe parece serem necessários? ◇ Os apoios que tem aliviam-lhe o trabalho?	
			◇ Que necessidades / dificuldades tem sentido? Sente-se sobrecarregado? ◇ Quem faz a comida? E ao fim-de-semana? ◇ Quem dá o banho? Tem ajuda? ◇ Quem promove a eliminação? ◇ Quem ajuda na deambulação/transferência para a cadeira? ◇ Quem compra e quem dá a medicação? ◇ Em relação à religião? ◇ Que actividades é que as enfermeiras fazem? Quantas vezes por semana?	◇ Estar atenta a que narre um dia inteiro, desde que começa até que acabe...

			◇Que apoios dão as enfermeiras? ◇Quando surgem imprevistos como faz? A quem recorre? Gostava de sugerir alguma coisa para melhorar a ajuda que recebe dos enfermeiros?	
Conclusão	◇Terminar a entrevista.		◇Agradecimento pela participação; ◇Disponibilização para qualquer esclarecimento.	

ANEXO II

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA CONSULTA DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM
RELATIVOS ÀS VISITAS DOMICILIÁRIAS DA EQUIPA DE ENFERMAGEM DO
CENTRO DE SAÚDE DE PONTA DELGADA

Exma. Vogal Enfermeira do Conselho de
Administração do Centro de Saúde de
Ponta Delgada

Assunto: Pedido de autorização para consulta dos registos de enfermagem relativos às visitas domiciliárias da Equipa de Enfermagem do Centro de Saúde de Ponta Delgada.

No âmbito do XIII Mestrado em Ciências de Enfermagem pretendo efectuar um trabalho de investigação sobre os cuidadores informais idosos que cuidam de outro idoso. Para ter conhecimento e acesso aos mesmos venho, por este meio, solicitar junto de Vossa Excelência a devida autorização para consultar os registos de Enfermagem, relativos às visitas domiciliárias efectuadas pelas Equipas de Enfermagem de todas as unidades de saúde, no Concelho de Ponta Delgada, do Centro de Saúde Ponta Delgada.

Para qualquer esclarecimento que Vossa Excelência entenda ser necessário, deixo em registo o meu contacto telefónico: 962952263.

Sem mais nada de momento, grata pela atenção dispensada, subscrevo-me
atenciosamente

Ponta Delgada, 12 de Março de 2007,

(Mónica Oliveira Medeiros Botelho)

ANEXO III

AUTORIZAÇÃO CEDIDA PARA CONSULTA DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM
RELATIVOS ÀS VISITAS DOMICILIÁRIAS DA EQUIPA DE ENFERMAGEM DO
CENTRO DE SAÚDE DE PONTA DELGADA



SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS
DIRECÇÃO REGIONAL DA SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE DE PONTA DELGADA

Rua Cons. Luís Bettencourt Medeiros Câmara, 26/28
Telef. 296 205 260

Fax N° 296 205 269

9500-058- PONTA DELGADA (AÇORES) CODEX

Exma. Senhora
Enf.ª Mónica
Medeiros Botelho
Rua Padre José Domingos Barcelos, nº 50
Vila Faia - Livramento
9500 – 725 Ponta Delgada

Ass. Inf. e Saúde

Ass. Saúde e Bem-estar

Ass. Inf. e Saúde

Ponta Delgada

2007/CA 1385

07. MAR 16

ASSUNTO: Autorização para consulta de registos de enfermagem.

Em conformidade com o assunto em epígrafe, serve a presente para autorizar a consulta dos registos de Enfermagem relativos às visitas domiciliárias efectuadas pelas Equipas de Enfermagem das Unidades de Saúde.

Este procedimento deve ser combinado com os Enfermeiros Chefes de cada equipa de Enfermagem e das referidas Unidades.

Com os melhores cumprimentos,

Ponta Delgada, 14 de Março de 2007

A Vogal de Enfermagem do
Centro de Saúde de Ponta Delgada
Maria Manuela Ferreira

ANEXO IV
CONSENTIMENTO INFORMADO

Consentimento Informado

Eu, abaixo assinado, declaro que aceito participar como informante num trabalho de investigação, do XIII Mestrado de Ciências de Enfermagem, intitulado “Idoso que cuida de Idoso.”, tendo em conta os seguintes itens, acerca dos quais fui elucidado:

1. O objectivo do estudo é compreender as necessidades que o cuidador idoso (idade superior ou igual a 65 anos) tem quando cuida de outro idoso (idade superior ou igual a 65 anos) dependente, a fim de contribuir para a melhoria da prestação dos cuidados de Enfermagem;
2. A informação recolhida é para uso exclusivo deste trabalho e será fornecido apenas a pessoas directamente implicadas nele;
3. A informação será dada através de uma entrevista conduzida por uma entrevistadora e será gravada em áudio;
4. A selecção dos participantes foi por conveniência atendendo aos critérios de elegibilidade previamente estabelecidos;
5. Não são previstos danos físicos ou potenciais efeitos colaterais, podendo eventualmente surgir algum mal estar emocional devido a sentimentos/memórias dolorosos. Caso tal suceda, a entrevista poderá ser interrompida ou mesmo suspensa. Poder-se-á dialogar sobre o assunto e marcar novo encontro se o entrevistado demonstrar interesse para tal;
6. A sua participação é voluntária, salvaguardando-se o direito à recusa a qualquer momento, sem que daí advenha qualquer prejuízo;
7. A privacidade dos participantes será salvaguarda, pois a sua identidade será do conhecimento exclusivo das pessoas directamente implicadas no trabalho de investigação;
8. Caso surja necessidade de outra informação, dúvidas, reclamação acerca deste trabalho, os participantes deverão contactar a pessoa responsável, cujo nome e contacto se encontram atrás descritos.

Agradecemos a sua colaboração e disponibilidade.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante _____

Assinatura da entrevistadora _____

Contacto:

Mónica Botelho

Telemóvel - 962 952 263

ANEXO V
TRANSCRIÇÃO DE UMA ENTREVISTA

Entrevista nº: 3	Data: 07/05/2007	Duração: 27 minutos	Transcrição: 4 horas
------------------	------------------	---------------------	----------------------

Entrevistador: Diga-me uma coisa, que idade é que o senhor tem?

Cuidador: "77."

E: E a sua esposa?

C: "*Tem menos 5, tem... 72.*"

E: E que escola é que o senhor tem?

C: "*Nada.*"

E: Não sabe ler nem escrever. E assina o seu nome?

C: "*Sei.*"

E: E há quanto tempo o senhor cuida da sua esposa?

C: "*Já há alguns... 6 ou 7 anos que eu trato dela e ela não se levanta da cama sem eu chegar.*"

E: E diga-me uma coisa, quanto tempo por dia o senhor cuida dela?

C: "*É, por exemplo, de manhã eu levanto-a, lavo-a, eu é que trato dela, faço tudo, boto (ponho) o de comer diante, faço tudo. Depois sento-a ali. Da manhã fica sentada na cadeira de rodas que eu comprei. Depois, de eu vir, eu é que faço o de comer, por exemplo, agora à pouco fiz o jantar, tive-lhe dando o jantar, depois sento-a ali outra vez e vou tratar de uns "gueixos" (vacas) que eu tenho ali em cima. Quando eu vier, ela está ali um pouco, queres te ir deitar? Hã, vou estar mais um bocadinho para não estar lá (no quarto) sozinha. Está aí um bocadinho mais eu. Depois eu pego nela, vou-a deitar, venho para dentro, estou vendo as nossas notícias (telejornal regional) e estou aqui. A vida é todo o dia, é quase todo o dia é de roda dela.*"

E: todo o dia. E de noite?

C: "*De noite, mesmo assim, ela não me "apoguenta" (aborrece, incomoda). De noite, ela deita-se, deita-se de um lado e fica daquele lado. Da manhã ela diz se quer ir ao bacio, àquele coisa que está ali (caixilho) e levo lá para fora (fora do quarto), ela aí diz que quer ir e então eu ajudo-a a por ali, depois torno-a a botar (por) para a cama. Depois vou dar corda aos "gueixos", quando eu venho é que eu a lavo, que a termino e dou-lhe o almoço e tudo.*"

E: E diga-me uma coisa, então durante a noite ela não precisa fazer chichi?

C: "*Não, durante a noite não tem feito. A primeiro fazia, mas o ano passado ela esteve no hospital, até teve umas fraldas e coisa mas não deu certo, não sei quê mas depois parou.*"

E: Parou.

C: "*De noite, deita-se daquele lado quando é aí 8 e tal, 9 horas. 9 horas é um milagre, é mais cedo. Mas quero dizer, deita-se e da manhã, quando é aí umas 7 horas, eu estou a*

levantando, ajudo-a a levantar para ela ir àquele coisa (caixilho) lá fora."

E: E ouça uma coisa, e o senhor gosta de tratar dela?

C: *"Eu que remédio?"*

E: Porque é que o senhor começou a tratar dela?

C: *"Porque não tinha ninguém que trate dela. Tenho uma filha no Canadá, todos os meses telefona para aqui, fala com a mãe 1 hora, todos os domingos 1 hora mais ou menos, mais 5 menos 5 (minutos), todos os Domingos. Eu já disse a ela, ainda Domingo, eu disse: tu é que devias vir para cá... mas ela tem três filhas, já tem uma casada, uma que vai ser professora agora tem a outra que também está trabalhando."*

E: E o senhor não tem mais ninguém para tomar conta dela?

C: *"Tenho aqui o meu filho, que mora aqui de frente, nessa casa nova (apontou para o local, em frente à casa dele), tenho a nora, mas a nora... A menina conhece?"*

E: Não, não conheço.

C: *"Eu também não conheço (risos). A menina desculpe de eu perguntar, eu conheço-a, não posso dizer que não a conheço, mas já aos meses... nem o meu filho, nem os meus netos, nem ninguém (olhos com lágrimas)... aparece aqui para dizer assim: a minha mãe está doente, a minha mãe precisa de alguma coisa? Não é? Mas, a menina sabe uma coisa, eu fui para o resgate das vacas, que eu tinha uma lavoura grande, que eu comprei, que eu trabalhei muito porque nunca ninguém me deixou nada. Tive no Canadá trabalhando, tive lá uma mão cheia (muitos) anos. Quando eu tive o dinheiro eles ajudaram a gastar, acabaram de gastar...eles estão à espera, que eu tenho mais um bocado de terra para vender. Mais um bocadinho, aqui mais acima. Queria ver se fazia casa mas eles não querem dar (Câmara não autoriza). Mas quando eu vender, eles vão aparecer!"*

E: Vai conhecer a nora aí...

C: *"É, vou conhecê-la! (risos)"*

E: E diga-me uma coisa, acha que tratar da sua esposa, isso é uma tarefa de homem?

C: *"Não senhora, eu penso é... a idade que eu tenho, oxalá que "Nosso Senhor" me dê sempre essa força para mim poder tratar dela. Porque eu já disse a ela: o dia que eu cair..., a gente fica os dois aqui dentro, caídos no chão. Se ela cair ali ela nunca mais se levanta, nem eu a levanto. Já caiu uma vez ou duas pela cama abaixo, caiu... escorregou, não a levanto, tenho que ir pedir gente para me ajudar. Eu digo uma coisa à menina: a gente pode ter a força que tiver mas uma pessoa quando se fizer morta no chão, o outro nunca mais a levanta."*

E: Fica mais pesada.

C: *"Mas o que é que eu hei-de fazer? É tratar dela."*

E: Então o senhor acha que isso é uma tarefa mais para mulher? Cuidar de outra

mulher?

C: *"Eu penso que sim. Eu já disse: eu dava essa casa, mas não digo a uma rapariga nova, para não dizerem que tinha uma rapariga nova em casa..., que fosse uma mulher, não velha que já não pudesse com ninguém, uma mulher que pudesse ainda tratar dela, que fizesse de comer, lavar isso (a casa). Eu tenho uma mulher que vem aqui ao sábado, mas é meio-dia, nem meio-dia é. Ela vem às 9, 9 e meia e quando é meio-dia, meio-dia e meio, 1 hora, ela vai-se embora. E eu dou-lhe 20 €! Mas ela não trata da mulher, só vem limpar a casa, mal amanhado, e faz o de comer para o domingo. E eu é que faço o de comer daqui."*

E: Pois... E custa-lhe fazer essa comida? Custa-lhe fazer isso tudo? O que é que lhe custa?

C: *"Eu não me custa. Custa-me é muita vez, ainda se é uma vez só que a gente faz a comida ou coisa hoje...porque, por exemplo, a gente hoje faz uma comida amanhã tem que comer da outra. Eu pergunto a ela: o que é que a gente vai comer? Porque às vezes não é tanto o faltar o de comer, às vezes é saber o que a gente vai comer."*

E: E o saber fazer também.

C: *"O fazer, às vezes eu pergunto a ela: é rapariga, eu vou fazer isso. Às vezes eu digo: eu vou fazer isso, o que é que eu boto (ponho) aqui, o que é que eu não boto aqui?"*

E: É ela que dá uma ajuda a ensinar...

C: *"Ela diz: bota isso, bota aquilo, bota aquele outro... Mas, às vezes eu digo: não tem aqui uma pessoa de família... Ela teve a irmã agora aqui, a menina há de dizer que é mentira, a irmã veio-lhe trazer aquela sopa (apontou para a sopa em cima da mesa), agora aqui mais uma sobrinha, chegaram aqui, hein hein, larga (foram-se embora). Eu dei-me o "génio" (revolta): eh pá essa mulher é viúva, só tem um rapaz para aí..."*

E: Podia ter ficado mais um bocadinho a conversar?

C: *"Então não é, ficava mais um bocadinho com a irmã. Conversavam e isso e aquele outro... mas ela veio hoje mas não vem mais senão daqui a 8 dias."*

E: Vem buscar o "tupperware" (risos).

C: *"É isso.... A menina sabe porque é, porque à quinta-feira (dia da entrevista), eu costumo ir ao campo, deixo-a preparada, deixo-a ali direitinha como deve ser, eu lavo-a, dou-lhe o de comer, faço-lhe tudo e sento-a ali e depois eu digo: eu vou agora ao campo. Vou num "estantinho" (depressa). Vou, às vezes, ao [...] (charcutaria) e trouxe um saco de torresmos, torresmos brancos. Eu já disse aquela, agora à pouco eu fiquei ruim (chateado): sabes porque é que ela vem à quinta-feira, eu disse e ela, porque ela sabe que eu vou à [...] (Cidade vizinha). Trouxe-lhe uma marmita de "pé-de-torresmo", ela levou-a. Sabe que eu trouxe uns torresmos, ela levou-me uma parte. Eu tenho ali umas galinhas, que eu gosto de ter aquilo, não é por precisar daquilo, ela levou um balde de*

ovos. Mas chegou aqui, hein hein, larga. Ela é tua irmã, não podes estar aqui um pouco a ver tua irmã?"

E: Pois. E de medicação, o senhor é que costuma ir comprar a medicação?

C: "O médico de família passa e eu vou à farmácia comprar. Ela não tem reforma, não tem nada, mesmo assim a médica passa os remédios no meu nome. A minha reforma também não é muita... mas como eu recebo qualquer coisa do governo, elas ajudam-me, a reforma pequenina, ainda hoje pediram-me. Eu recebia 30 e tal € e agora só recebo 20."

E: E que outros apoios é que o senhor recebe? O senhor recebe a sua reforma, paga a senhora que vem aqui e não recebe mais nada?

C: "Só esses."

E: E que outros apoios o senhor gostava de ter?

C: "Eu já andei bastante, já tive nas [...] (Freguesia vizinha), no equipamento social, aquela menina já esteve aqui. Eu disse a ela: ó menina, a minha mulher não tem direito a receber 10 ou 12 contos para a ajuda dos remédios? A minha mulher nunca descontou mas toda a gente diz que tem um direito, que recebem 10 ou 12 contos, não é uma reforma mas é alguma coisa. Já estive para a cidade (Ponta Delgada) e uma neta minha, que trabalha no hiper, já andou porque uns disseram-lhe que tinha direito a receber qualquer coisa, fez os papéis mas não teve direito a nada. Ó menina eu queria uma mulher que viesse aqui um dia, por dia, todos os dias de manhã às 9, levantava a mulher e terminava-a. Acabo de dias eu fui lá e ela disse: ó senhor tivemos aqui 40 mulheres, 40 raparigas que tiraram o curso (ajudante de lar) aqui no [...] (nome de um local), mas não temos uma para (localidade onde o cuidador mora), o senhor desculpe mas não temos ninguém. Vai ficar aqui marcado, se tivermos alguém... até hoje, já há algum ano ou mais, até hoje, nem nada!"

E: E o senhor sente-se cansado por tratar dela?

C: "Eu não me sinto cansado mas já se sabe que também tratando dos "gueixos" fico aborrecido, ela não tem culpa também... nem eu, mas vamos andando."

E: E isso custa-lhe, não é?

C: "Já se sabe, também a minha idade já não é como a menina tem (risos), a minha idade já é muito grande."

E: Já é muita e que problemas de saúde é que o senhor tem?

C: "Mesmo assim... eu já me estou queixando, de noite eu durmo pouco, do reumatismo dos braços. Aquece-me de um lado, eu viro-me para o outro, aquece-me do outro, eu viro-me para o outro... as pernas, aqui à dias eu fui à doutora, que isso dói-me tudo por aqui a baixo (apontou ao longo das pernas) e ela receitou-me uns comprimidos, um só por dia, 7 dias. Quero dizer, fui lá e passou-me mais. Mas tratar dela ainda trato como

deve ser."

C: E o senhor acha que fica pior da sua saúde por tratar dela?

C: *"Não, eu penso que não, se fosse uma coisa que me aborrecesse, eu ficava aborrecido mas não."*

E: O senhor acha que fica com mais dores nas pernas e fica com mais dores...

C: *"É, eu fico é, por exemplo, se pegar nela, para aqui e para ali, dói-me mais os braços. A minha idade e toda a minha vida foi vacas, eu apanhei muita "molhadura" (apanhar chuva) e agora é que aparece o reumatismo. É como ela, agora não anda das pernas, ela trabalhou desde pequenina, na casa de um homem rico, aqui de [...] (Freguesia vizinha), e ela lavava aquilo tudo, ela deu-se muito bem enquanto foi nova. Agora é eu que estou sofrendo."*

E: Agora o senhor que me conte, o senhor já me contou, mais ou menos, mas conte-me assim, desde que o senhor se levanta. Um dia que o senhor trate dela e em que é que tem dificuldade, quais são as necessidades que tem nesse dia.

C: *"Quando eu saio eu trato dela mais depressa mas termino-a como deve ser. Quando eu não saio, eu termino-a, termino-me, sento-a ali, eu sento-me ali e pergunto-lhe: queres ver televisão? Eu não quero. Também apago! Estamos ali sentados e depois eu digo: eu vou-me embora, ela "garreia podriz comigo" (ralha muito com ele pelo facto de ele se ir embora). Às vezes eu digo, eu vou para os "gueixos"..."*

E: Porquê, ela não quer ficar sozinha?

C: *"Não quer ficar sozinha."*

E: E o senhor gosta de a deixar sozinha?

C: *"Eu, às vezes, se digo: eu não vou ficar aqui, se não daqui a dias, estou igual a ti (sorriso)."*

E: O senhor quando a deixa fica pensando que ela fica sozinha?

C: *"Fico, às vezes lembra-me que ela pode levantar por querer ir ao bacio e cair. Se ela cai, ela fica ali no chão à espera que eu chegue. Ela nunca mais se levantava, isso eu lembro-me "podriz de" (muitas) vezes, não vai ela cair."*

E: O senhor dá-lhe o banho, ela toma o pequeno-almoço e o almoço é que faz, como já disse e depois da tarde, o que é que costuma fazer? Costuma conversar com ela, costuma rezar?

C: *"Ela tem rezado ali. É rezar o terço."*

E: O senhor costuma rezar com ela ou ela reza sozinha?

C: *"Ela reza sozinha. Eu rezo para mim. Eu também rezo, não rezo o terço, eu rezo, por exemplo, dez ou doze Avé-marias e aqueles dados (orações) que aprendemos naquele tempo antigo (em crianças), isso, aquilo, aquele outro, a Salve-Rainha, Creio em Deus Pai. Eu rezo aquilo tudo à noite, quando me vou deitar, sempre na beira da cama, ela*

está deitada já, e rezo aquilo tudo. Não tenho um dia na cama que não me deito e que não rezo.”

E: O padre costuma vir cá? Costuma vir dar a comunhão, costuma vir...

C: *“Antigamente vinham os padres dar a comunhão mas era antigamente, agora não há nada disso. O ano passado ela tomou “Nosso Senhor” no hospital. Eu também fui operado o ano passado, eu estive lá 8 dias ou 10 e vinho para cima (para a Freguesia) e ela foi logo para baixo.”*

E: E nesse entretanto quem é que ficou a cuidar dela?

C: *“Ela foi para casa do meu filho, para aqui de frente. Eu disse a ele: temos cá uma dúvida, tua mãe não vai ficar sozinha ali porque ela que ela não faz nada, não faz o de comer, não se deita... Eles então pegaram nela para ali mas quando eu cheguei ela foi para baixo, para o hospital. Quando ela veio do hospital ela veio para casa. A minha rapariga (filha), que está no Canadá, mandou 2000 dólares à minha nora, não foi para sustentar a gente, porque agente é que pagou, foi para ajudar a tratar dela. Passado uns dias ela (nora) perguntou: a [...] (nome da empregada) vem amanhã limpar a casa? E disse: ó mulher, ninguém lhe disse para aquela mulher vir amanhã. Ela costumava vir mas enquanto a gente esteve no hospital ela nunca mais veio! Ela (nora) disse: Eu já não posso e o dinheiro já acabou. Eu disse: acabou em que foi, não foi com a gente...”*

E: E essa senhora, o facto de vir aqui uma vez por semana, já lhe tira um pouco do trabalho?

C: *“Já. Teve aqui uns 4 meses que eu limpava a casa, eu é que fazia tudo. Aí era mais difícil. Eu é que lavava isso, eu limpava isso, todos os dias varria, um dia por semana lavava isso tudo...”*

E: O que é que o senhor sente por tratar dela e fazer isso tudo, essas coisas todas?

C: *“Por tratar dela eu sentia-me sempre com vontade de tratar dela. Porque eu lembra-me, se eu estivesse no lugar dela, que ela me fizesse o mesmo, podia não fazer, mas que ela me fizesse o mesmo que eu faço a ela. Porque a gente hoje vê coisas... como eu vejo, a minha nora se a gente estiver aqui, a gente morre aqui. E se ela (esposa) estiver sozinha, que é que vai tratar dela? E se eu estiver sozinho, quem é que vai tratar de mim? É andar de rastos aí...”*

E: O senhor fica com falta de tempo para tratar de si?

C: *“Não senhora. não porque eu primeiro trato da gente para depois tratar do que é preciso.”*

E: Sim, mas para tratar de si. Primeiro é ela.

C: *“Primeiro é ela! Eu nunca sou primeiro.”*

E: E tem tempo para si. Não fica muito ocupado por tratar dela?

C: *“Não senhora, peço a “Nosso Senhor” que me dê sempre assim, para a gente ir*

vivendo neste mundo, enquanto “Nosso Senhor” quiser.”

E: quando surge alguma coisa que o senhor não está à espera, como foi o caso do senhor ter ido para o hospital e pediu ajuda ao seu filho. E se acontecer uma coisa que o senhor não está à espera, a quem é que o senhor costuma pedir ajuda?

C: *“A “Nosso Senhor”, só se for a “Nosso Senhor”. “Ele” não vem cá tratar dela...”*

E: Mas o senhor chama a irmã, o seu filho, chama alguém? Costuma ir ao Centro de Saúde, o que é que costuma fazer?

C: *“O Centro de Saúde costuma vir uma vez, não é todos os meses, o dado era todos os meses... a enfermeira vem aqui, entra por ali (apontou para a porta), não precisa bater, eu já disse a ela: quando chegares lá, não batas à porta porque a mulher não vem porque eu não estiver em casa ela está lá. Chega ali, abre o portão, vem por aqui, trata dela e vai-se embora.”*

E: O que é que elas costumam fazer?

C: *“Tirar os diabetes e tirar a tensão.”*

E: E a si, não fazem nada a si?

C: *“A mim, eu vou à casa de povo.”*

E: Quantas vezes o senhor costuma ir à casa de povo?

C: *“Eu vou ver os diabetes, a tensão, vou ver tudo.”*

E: E é assim, as enfermeiras fazem algum ensino ao senhor, por exemplo, quais as comidas que o deve comer...

C: *“A doutora às vezes manda um papel e ela teve no hospital. Ela ia, de vez em quando ao especialista, essa mulher que vem limpar a casa ia com ela. Mas houve aí uma senhora aí que precisou de uma empregada, comprou uma menina ou um menino, e ela foi para lá (trabalhar) e deixou a minha (esposa), até ficou uma consulta atrás, que ela não foi. Essa médica mandava um papel que com o que ela havia de comer, o que não havia de comer.”*

E: E o senhor acha que as enfermeiras deviam fazer mais alguma coisa?

C: *“Por hora, não acho que elas fizessem mais. Porque elas vêm aqui é ver a tensão, vêem os diabetes. A doutora também vem! Vem uma vez ou duas por ano a casa. A outra semana vieram as duas (médica e enfermeira). Eu não tenho nada que dizer delas.”*

E: O senhor gostava de saber mais alguma coisa sobre o que é a diabetes, mais o que é essas coisas, que alguém lhe ensinasse mais alguma coisa? Alguém para lhe ensinar como é que se põe para a cadeira, como é que se pega direito para a cama... para lhe evitar dores nas costas. O senhor não gostava de aprender sobre isso?

C: *“Eu já estou como o outro, eu “Abouio-a” (atiro-a) para a cama. Tem que ser com força!”*

E: Mas tem que ser com jeito também e podia aprender isso.

C: *"Eu sei que tem que ser mas ela é pesada e eu não posso com ela! Eu canso de dizer: eles no hospital, pegam nela "como nada seja" (com facilidade). Mas eu não, eu não sei como é, é pegar nela e "abouiá-la" para a cama (risos)."*

E: E o senhor não gostava de saber?

C: *"Eu gostava de saber e saber fazer como aquela gente faz aquilo. Eu já aprendi tanto neste mundo..."*

E: Mas a gente ainda não acabou aquela conversa aqui atrás, eu estava dizendo: quando acontece alguma coisa que o senhor não está a contar, quem é que o senhor chama?

C: *"É eu, quem é que eu vou chamar?"*

E: Não tem aqui algum vizinho, alguma pessoa que possa chamar?

C: *"Não tem. A menina sabe uma coisa, o que eu ia dizendo agora à pouco Aquela sobrinha que a gente teve agora à pouco aqui. A gente esteve a falar a respeito de ela (esposa) ter caído um dia da cama abaixo, não é cair, escorregou, ficou no chão, nunca mais peguei nela para a cama! E eu fui chamar aquela (apontou para casa da nora) para me vir ajudar a por a mulher para a cama, que eu não pego. Essa minha sobrinha, que a mãe é irmã daquela (apontou para onde a esposa estava), disse: quem é que tem o direito de tratar dela? É ela (nora), não é a gente! Eu vou-a chamar amanhã para ela vir aqui? Não vou... Ela, como acabei de dizer à menina, esteve aqui 2 minutos, amanhã vou-a chamar? Não vou... (risos). Já disse a ela que vou comprar um guindaste ou um tractor, com uma pá, para pegar nela, isso é um caso sério. Coitado quem chega a velho. A gente havia era de morrer novo. A minha vida foi sempre por conta dos outros e agora é por conta dela, mas ela não paga a fera (ordenado) (risos)."*

E: Para rematar a conversa, o que é que lhe custa?

C: *"Custa-me bastante mas o que é que eu hei-de fazer, é amanhá. Custa-me é quando ela cai, escorrega da cama. Ela "garreia podês comigo" porque eu digo: chega-te bem para dentro. Sentada na beira da cama, esses pés encosta-se assim para a beira da cama (exemplificou). Tem ali um tapete, que se corre (desliza) ela vai logo para o meio do chão!"*

E: E dar o banho, custa-lhe dar o banho? Quem lhe ensinou?

C: *"Não custa. Fui eu que aprendi por minha custa. Acendo o esquentador e levo a água e lavo-a, o que é que eu hei-de fazer? Coitado de mim, eu ainda agora disse: o que "Nosso Senhor" me deu neste mundo para mim sofrer. Quando eu casei com ela era para ela tratar de mim, que é mais nova 5 anos, mas eu no resto é que estou tratando dela! Corisco trabalho..."*

E: Está bom, ok senhor (...). Obrigada.

ANEXO VI
MATRIZ DE CODIFICAÇÃO GLOBAL

Matriz global de codificação de dados.

Categoria	Subcategoria	Subcategoria 1
<u>Motivações extrínsecas</u>	Ausência de outra pessoa	Filhas
	Obrigação	
<u>Motivações intrínsecas</u>	Reciprocidade de expectativas	
<u>Apoio informal</u>	Na higiene	
	Na alimentação	Filhas
		Vizinhos
	Em situações diversas e/ou inesperadas	Transporte da idosa ao Hospital
		Hospitalização do cuidador
<u>Apoio formal</u>	“Apoio social”	Cuidados de higiene
		Monetário
		Situações diversas
	Enfermeiras	Promoção da saúde
		Vigilância de saúde
		Situações com respostas pontuais
	Médicos	Promoção da saúde
		Vigilância de saúde
	Bombeiros	Transporte da idosa ao Hospital

<u>Consequências negativas</u>	Agravamento do estado de saúde	
	Negligenciar-se	
	Cansaço	
	Stress do cuidador	
	Vivências desconfortáveis	Resignação
		Preocupação com a idosa
<u>Consequências positivas</u>	Vivências confortáveis	Satisfação
<u>Necessidades psico-fisiológicas</u>	Necessidade de descanso físico	Necessidade de pausa em ser cuidador
		Necessidade de dormir
	Necessidade de cuidar de si	
	Reservar	
<u>Necessidade de (in)formação</u>	Necessidade de formação prática	Mudar a fralda
		Levante e posicionamento
	Necessidade de informação teórica	Alimentação
<u>Necessidades sócio-relacionais e espirituais</u>	A família como apoio	
	Necessidade de conviver	
	Necessidades religiosas	
<u>Necessidade de recursos económicos</u>		

<u>Necessidade de apoio formal</u>	Nos cuidados de higiene	
	Na alimentação	
	Na resolução de problemas	

ANEXO VII
MATRIZ DE CODIFICAÇÃO POR UNIDADE DE ANÁLISE

Matriz de codificação por unidade de análise: motivações.

Categoria	Subcategoria	Subcategoria 1	Indicadores
<u>Motivações extrínsecas</u>	Ausência de outra pessoa	Filhas	<i>“Quem é que havia de tratar dela? Não tinha mais ninguém.” (C1)</i> <i>“Oh senhora, as minhas filhas tão trabalhando, têm a sua vidas, não podem...” (C1)</i> <i>“Porque não tinha ninguém que trate dela. Tenho uma filha no Canadá (...)” (C3)</i> <i>“Tenho duas filhas na América. Tinha que ser eu!” (C5)</i>
	Obrigação		<i>“Que remédio!” (C2)</i> <i>“Eu que remédio?” (C3)</i> <i>“Oh, porque ela é minha mulher!” (C4)</i> <i>“Que remédio, eu faço-o é pela grande necessidade (...) Tem que ser!” (C5)</i>
<u>Motivações intrínsecas</u>	Reciprocidade de expectativas		<i>“Por tratar dela eu sentia-me sempre com vontade de tratar dela. Porque eu lembra-me, se eu estivesse no lugar dela, que ela me fizesse o mesmo” (C3)</i>