

Dayse Neri de Souza

Marilia Santos Rua

Coordenadores

CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOAS IDOSAS

Caminhos de Mudança

CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOAS IDOSAS

Caminhos de Mudança

FICHA TÉCNICA

Título

Cuidadores informais de pessoas idosas: caminhos de mudança.

Coordenadores

Dayse Cristine Dantas Brito Neri de Souza
Marília Santos Rua

Equipa Projeto

Dayse Cristine Dantas Brito Neri de Souza (Investigador Principal)
Nilza Maria Vilhena Nunes da Costa (Coordenadora do Centro de Investigação Didática e Tecnologia na Formação de Formadores)
Arminda Costa (Consultora)
Alcione Leite da Silva
Margarida da Silva Neves de Abreu
Maria João Cardoso Teixeira
Marília Santos Rua
Ricardo Manuel da Costa Melo
Sílvia Maria Sousa Torres
Susana Maria Carvalho Rocha Freitas
Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu
Helena Jorge Cardoso Teixeira (BTI)

Título do Projeto:

Cuidadores informais do Idoso: do levantamento das necessidades ao desenvolvimento de estratégias de intervenção (PTDC/CPE-PEC/103858/2008)

Financiamento do projeto

Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT)

Editora

UA Editora
Universidade de Aveiro · Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia

1ª edição – dezembro de 2013

Suporte

Ebook digital - Formato PDF

Design e Paginação

Fábio Freitas

Catálogo Recomendada

Cuidadores informais de pessoas idosas : caminhos de mudança / coord. Dayse Neri de Souza, Marília Santos Rua.
Aveiro : UA Editora, 2013. - 428 p. : il.
ISBN 978-972-789-384-3 (brochado)
Gerontologia // Pessoas idosas // Cuidados de saúde // Apoio domiciliário – Pessoas idosas
CDU 613.98(082)

Isenção editorial

O conteúdo dos artigos publicados é de inteira responsabilidade dos seus autores.

INTRODUÇÃO	11
FAMILIAS CUIDADORAS E O ENVELHECIMENTO	
Cuidado e Envelhecimento	
Maria Arminda Mendes Costa	13
Atencio psicosocial e familias de personas mayores con perdidas de autonomia	
Juan Muñoz Tortosa	20
A modalidade heróica do envelhecimento e da velhice	
Catarina Antunes Gomes	29
Famílias cuidadoras: problemas e desafios	
Anita Liberalesso Neri	38
PERFIL DO CUIDADOR	
Idosos que cuidam de idosos	
Helena Maia , Vanessa Dal Pozzo	44
Idosos que cuidam de idosos no domicílio	
Liliana Gonçalves, Maria Almeida, Lígia Antunes	48
Avaliação das Dificuldades dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes	
Jacinta Lemos, Carlos Pires Magalhães , Augusta Mata	53
Ser cuidador em contexto domiciliário: a gestão do cuidado ao idoso	
Dorotea Carvalho , Cristina Silva	59
Intervenções de Enfermagem ao Familiar Cuidador da Pessoa Dependente - Revisão Sistemática da Literatura	
Daniela França, Maria José Peixoto, Fátima Araújo	65
Quem são, como se sentem e com que suporte contam os cuidadores de idosos dependentes no Brasil: evidências do Estudo SABE	
Yeda A O Duarte, Patrícia R Costa, Daniella P Nunes, Maria Lucia Lebrão	70
A importância do cuidador na retomada das histórias de vida do idoso	
Cinthia Lucia de Oliveira Siqueira	76
CUIDADOR DE IDOSOS	
Uma perspetiva integradora em Cuidados de Saúde Primários: Literacia em saúde de utentes, cuidadores formais e informais	
Isabel Maria Andrade, Anabela Correia Martins	81

Ser Cuidador Formal e Informal: conhecimentos e atitudes face à sexualidade das pessoas idosas Margarida Senra, Horácio Saraiva, Vítor Pinheira	87
Diferenças de Género Entre Cuidadores de Idosos: Evidências do Estudo Sabe Táhatta Renata Pereira de Brito, Daniella Pires Nunes, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, Maria Lúcia Lebrão,	93
O significado de ser cuidador: obrigação ou opção? Assunção Laranjeira de Almeida Cecília Oliveira, Celeste Francisco, Luís Dias, Ana Patrícia Alves, Sara Sousa.....	99
Estratégias desenvolvidas pela família para o cuidado paliativo ao idoso no domicílio Larissa Chaves, Fernanda Araújo, Jamile Dantas	104
Autoconceito e Percepção sobre o Envelhecimento dos profissionais que lidam diariamente com o Idoso Maria João Beja, José Manuel Sousa	108
 SOBRECARGA E QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES	
Sobrecarga em Cuidadores Familiares de Idosos no Brasil: Uma Revisão Integrativa Cecília Maria Alves de Freitas, Luan Matos de Menezes	114
Sobrecarga do Membro da Família Prestador de Cuidados de um doente com cancro colorretal Cristina Pinto, Filipe Pereira, Lúcio Santos, Fátima Teixeira	120
Cuidadores informais de idosos: Dos níveis de sobrecarga às formas de enfrentar dificuldades Joana Custodio, Lisete Mónico, António Frazão, Hugo Lucas	125
Género e Qualidade de Vida do Cuidador Informal Maria Cunha, Rui Pimenta, Ana Nascimento	130
Perceção da Qualidade de Vida da Pessoa Idosa Institucionalizada no Concelho de Vila Real Helena Pereira, Maria João Monteiro, Vítor Rodrigues	136
A Qualidade de Vida (QdV) de quem cuida no domicílio depois dos 50 anos: análise da realidade portuguesa Fátima Barbosa, Alice Delerue Matos	142
Impacto do Papel de Cuidador Informal na Qualidade de Vida e Procura de Cuidados de Saúde Maria Cunha, Rui Pimenta, Ana Nascimento	148
 RELAÇÃO PESSOA IDOSA E CUIDADOR	
Prestação Informal de Cuidados a Idosos Dependentes – Gestão Emocional dos Cuidadores Sílvia Torres, Nilza Costa, Wilson Abreu	153
O idoso e seu cuidador: o conceito de uma rede colaborativa Fernanda Benevides Zanela, Carla Martins Cipolla	159
Quem eu espero que cuide de mim? A percepção do idoso acerca do seu cuidador Janiciene de Souza Silva, Fayanne Schaustz, Annibal Truzz	164

Cuidados filiais na meia-idade: o impacto da ansiedade filial Carla Faria, Diana Toipa, Diogo Lamela, Alice Bastos	169
ANII: Fundamentos morais e planos de acção organizacionais e educacionais de promoção dos direitos da pessoa idosa Laura Martinho	174
Bem-estar subjetivo de pessoas idosas em contexto rural e urbano Rui Viana, Sara Viana, Renato Andrade, Félix Neto	184
CUIDAR DE PESSOA IDOSA COM ALTERAÇÕES COGNITIVAS	
O Doente de Alzheimer e a Sobrecarga dos Familiares Cuidadores – Uma Revisão Bibliográfica Andreia da Cunha Ramalho, Carla Sofia Teixeira, Marlene Azevedo Moreira, Luis Sá	189
Cuidadores de idosos com declínio cognitivo: evidências do Estudo SABE Daniella Pires Nunes, Tábatta Renata Pereira de Brito, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, Maria Lúcia Lebrão	194
Sentimentos e crenças envolvidos no “ato de cuidar” de uma pessoa com a Doença de Alzheimer Kátia Simone Ploner, Juliana Vieira de Araújo Sandri, Luana Baum, Vanessa Evangelista, Daniela Ornellas Ariño, Fernanda Seidel Bortolotti	199
UnderstAID. Apoyo a cuidadores informales de mayores con demencia mediante las TIC. Maria R. Malmierca, Diego Nieto	204
CUIDADORES FAMILIARES E A PREVENÇÃO À PESSOA IDOSA	
Acompanhamento ao cuidador familiar de pessoa com úlcera por pressão: modelo de atuação do enfermeiro no domicílio Alexandre Rodrigues, Carmén Ferré, Pedro Ferreira	209
Metodologias Educativas para Prevenção das Úlceras por Pressão: estudo piloto Ana Paula Rocha, Ana Júlia Silva, Alexandre Rodrigues	214
Cuidadores Informais: conhecimento sobre prevenção de novas quedas em idosos no pós-operatório de cirurgia de fêmur proximal Marla Andréia Garcia de Avila, Gilberto José Cação Pereira, Sílvia Cristina Mangini Bocchi	218
Intervenção de Enfermagem junto de Cuidadores Familiares: o consenso decorrente da Técnica Delphi Ricardo Melo, Marília Rua, Célia Santos	224
As necessidades (in) formativas percecionadas pelos cuidadores informais de familiares doentes em cuidados Continuados e/ou Paliativos Assunção Laranjeira de Almeida, Cecília Oliveira, Celeste Francisco, Luís Dias, Ana Patrícia Alves, Sara Sousa	230

PROBLEMÁTICAS EMOCIONAIS E ESPIRITUAIS DA PESSOA IDOSA

Perfil Sociodemográfico dos Cuidadores Informais do Distrito de Aveiro-Portugal

Lisneti Castro, Paula Vagos, Dayse Neri de Souza 235

Relação entre Obstinação Terapêutica e o Processo de Luto

Maria Lopes, Adriana Maciel, Eduarda Pedreda, Sónia Rocha 242

Instituição de Longa Permanência para Idosos: a última e indesejada morada?

Maria do Rosário de Menezes, Maria Fátima Bonfim, Juliana Bezerra do Amaral, Eduardo Nunes da Silva, Cintia Maria Souza de Oliveira, Jane Guimarães de Souza, Valdenir Almeida da Silva 247

Religiosidade e otimismo alicerçado em fatores intrínsecos vs. extrínsecos: estudo comparativo em idosos doentes e saudáveis

Lisete Mónico 253

Atribuição de sucessos e de fracassos ao longo da vida

Lisete Mónico 261

Terminalidade da Pessoa Idosa Hospitalizada: Reações e Desafios de Enfermeiras

Maria do Rosário de Menezes, Valdenir Almeida da Silva, Manuela Bastos Alves Arivaldo Pereira Reis Junior, Ana Rita Araújo de Oliveira Borges, Andrea dos Santos Souza 267

Dinámicas familiares complejas, violencias y cuidado informal. El caso de adultos mayores y sus cuidadoras en la ciudad de México

Concepción Arroyo, Verónica Montes de Oca, Janet Juanico, Ana Luisa Sosa, Isaac Acosta, Martin Prince, Rosie Mayston, Peter Lloyd-Sherlock 272

La fe como propuesta de bienestar en la vejez

Felipe R. Vázquez Palacios 277

PESSOA IDOSA E COMUNICAÇÃO

Prestadores de cuidados familiares de pessoas em fase terminal - Estratégias de supervisão

Maria João Cardoso Teixeira, Wilson Abreu, Nilza Costa 282

A importância da avaliação do reconhecimento da fala para aprimoramento nos cuidados com idosos

Aline de Moraes Arieta, Everardo Andrade da Costa, Christiane Marques do Couto 288

Interação Fonoaudiólogo-Paciente-Cão: Efeitos na Comunicação de Pacientes Idosos

Glícia Ribeiro de Oliveira, Maria Claudia Cunha 293

Comunicação Aumentativa e Alternativa em Idosos

Inês Mendes, Marisa Marinheiro 298

Comunicação do Idoso e Equipe de Saúde da Família: Presença da Integralidade?

Rita Tereza Almeida, Suely Itsuko Ciosak 303

O velho e os outros

Celina Maria Bacellar Monteiro, Maria Inês Bacellar Monteiro, Fernando Monteiro Camargo 308

O papel do cuidador na preservação da memória do idoso Cinthia Lucia de Oliveira Siqueira	313
--	-----

ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA

Capacidade funcional de idosos do concelho de Baião Cláudia Viana, Maria João Monteiro, Isabel Barroso, Conceição Rainho	320
Avaliação das necessidades das famílias com pessoas dependentes de uma aldeia da região de Basto Joana Costa ¹ , Isabel Barroso, Conceição Rainho, Maria João Monteiro	326
Mudanças no desempenho funcional e composição corporal em idosos institucionalizados. Um estudo longitudinal Leonel Preto, Eugénia Mendes, André Novo, Ana Santos	331
O Impacto de um Programa de Equilíbrio na Diminuição do Número de Quedas em Adultos Sénior Saudáveis: uma Revisão Sistemática Renato Andrade, Ana Silva	336
Cuidador Informal: limites e possibilidades no processo de envelhecimento Viviane Benes, Josiara Reis, Mirlene Caldas, Yoshiko Sasski	341
Dependência no autocuidado de idosos institucionalizados em lares e centros de dia Cristina Imaginário, Paulo Machado, Cristina Antunes, Teresa Martins	347
Participação do idoso no mercado de trabalho: independência e/ou dependência? Mohring, Giorgia Gomes, Iurino, Kethilin Schwingel, Malucelli, Andressa Pacenko, Oliveira, Maria Iolanda de, Banhos, Fernanda Gomes, Seremeta, Édina Cláudia de Lima Fernandes	352

ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO

Instrumentos para avaliação da dor crónica no idoso Sérgio Santos	357
Caso clínico de síndrome de saco de urina púrpura em mulher idosa institucionalizada Inês Mendes	363
Odontogeriatría: o Cuidador e a QDV! Luís Silva Castro, Filipa Aroso Oliveira	367
Percepción de Las Personas Mayores acerca de la Musicoterapia como Entrenamiento de La Neuroplasticidad Cognitiva Márcia Pinto, Natália Pereira, Augusta Veiga-Branco, M. J. Arabolaza	372
Adaptação após AVC na perspectiva dos cuidadores informais e pessoas pós-AVC: uma metassíntese Carla Pereira, Fiona Jones, Portia Woodman	377
Estudo de adaptação da escala de ansiedade, depressão e stresse (EADS21) envolvendo idosos colostomizados Francisco Reis, Amâncio Carvalho, Célia Santos, Vítor Rodrigues	386

ENVELHECIMENTO ATIVO

Novo olhar sobre nós e sobre as nossas diferenças – Uma iniciativa na e pela freguesia de Gonça – Guimarães
Cristina Alves 392

La Educación de los Séniores en Universidades para Mayores
Tiago Gonçalves, M. Augusta Veiga-Branco, M.J. Arabolaza 397

Bem-estar subjetivo na 3ª idade: estudo comparativo nas respostas sociais lar e serviço de apoio domiciliário
Daniela Clemente, Lisete Mónico, António Frazão, Hugo Lucas 403

Influência da atividade física no grau de dependência do idoso
Sérgio Santos, Marlene Moreira 409

CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOAS IDOSAS

Cuidar de cuidadores de pessoas idosas dependentes: conceção, implementação e avaliação de um programa psicoeducacional
Margarida Abreu, Alcione Silva, Nilza Costa 413

Curso básico para cuidador de idosos: Uma forma de capacitação dos cuidadores formais e informais
Fayanne Schaustz, Janiciene de Souza Silva, Roberta Parreira 419

Capacitar os familiares cuidadores para cuidar em casa da pessoa em fim de vida
Vanessa Machado, Elisa Garcia 423

Introdução

O crescente envelhecimento da população traz consigo implicações individuais e sociais às quais emerge dar resposta. Este envelhecimento associado ao aumento das doenças crónicas e incapacitantes traduz-se no incremento do número de pessoas que necessitam de cuidados e/ou apoio nas suas atividades de vida diária, frequentemente em contexto domiciliário, necessitando assim do suporte dos cuidadores informais.

A evidência científica aponta para repercussões graves nos domínios pessoais, psíquicos, físicos, sociais e económicos dos cuidadores informais.

A transição para o papel de cuidador nem sempre é fácil e está dependente de diversos fatores associados não só ao cuidador como também à pessoa idosa dependente. Relacionada com os cuidadores temos a salientar a idade, o estado de saúde, as condições económicas, as condições profissionais, o conhecimento da doença/situação do idoso e o conhecimento para a prestação de cuidados. Relacionado com os idosos a ser cuidados, temos a considerar a sua situação de doença/incapacidade e as necessidades emergentes dessa situação.

Neste contexto, emergem nos cuidadores necessidades às quais nos propusemos dar resposta, no âmbito do Projeto “Cuidadores Informais do Idoso: do levantamento das necessidades ao desenvolvimento de estratégias de intervenção”, que a equipa referida desenvolveu.

Como produto deste projeto emergiu um congresso com o objetivo de promover a reflexão e a troca de experiências e conhecimentos que de uma forma transversal possam trazer uma maior consciencialização da problemática e, encontrar caminhos de mudança através dos estudos/projetos realizados nas áreas afetas ao envelhecimento e aos cuidadores informais.

Este livro resultou assim da organização dos trabalhos apresentados pelos diferentes investigadores e pretende-se com o mesmo dar visibilidade aos referidos trabalhos, por forma a que outros investigadores possam compreender a importância da problemática e trabalhar no sentido de encontrar novos caminhos promotores de mudança.

Os capítulos estão organizados por temática. *O Perfil do cuidador* é a primeira temática a ser apresentada que relatar quem são, como se sentem, que suportem têm para o cuidar, a realidade do cuidar no domicílio, uma revisão sistemática da literatura acerca das intervenções de enfermagem ao familiar, assim como uma avaliação das dificuldades enfrentadas pelo cuidador informal aos idosos dependentes.

A segunda temática *Cuidador de Idosos*, aborda o significado de ser cuidador informal, quaisos tipos de cuidadores, as diferenças de género entre os cuidadores e por fim o auto conceito e a perceção sobre o envelhecimento dos cuidadores que lidam com os idosos.

A terceira temática evidencia a *Sobrecarga e Qualidade de Vida dos Cuidadores*. Tem como alvo revelar um estudo sobre a perceção da qualidade de vida dos cuidadores, inclusive na realidade portuguesa, identificar a sobrecarga vivenciada pelo membro familiar de idosos e as dificuldades enfrentadas e a procura de cuidados de saúde.

A *Relação Pessoa Idosa e Cuidador*, é a quarta temática que salienta a perspetiva do idoso acerca do seu cuidador, a rede colaborativa entre o cuidador e o idoso, a gestão emocional dos cuidadores, a promoção dos direitos da pessoa idosa como um plano de ação organizacional e educacional e o bem-estar da pessoa idosa em contexto rural e urbano.

A quinta temática revela estudos acerca do *Cuidar de Pessoa Idosa com Alterações Cognitivas*. Estudos que assentam no declínio cognitivo de cuidadores, a sobrecarga dos familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer, demência, bem como os sentimentos e crenças envolvidos, e a visão de estudantes do curso técnico em enfermagem sobre envelhecer e os vários sentidos do cuidar.

Os estudos sobre os *Cuidadores Familiares e a Prevenção à Pessoa Idosa* é a sexta temática a ser apresentada neste livro. Os estudos apontam para os tipos de intervenção dos enfermeiros no acompanhamento ao cuidador informal, desde um modelo de atuação no domicílio, o uso de técnicas como a Delphi, metodologias educativas,

prevenção de quedas e as necessidades (in) formativas percebidas pelos cuidadores dos doentes nos cuidados continuados e paliativos.

Na sétima temática, *Problemáticas Emocionais e Espirituais da Pessoa Idosa*, é tratado os estudos acerca do processo do luto, a instituição de longa permanência como uma morada indesejada para os idosos, o cuidador como um personagem importante nas histórias de vida dos idosos, a religiosidade e o otimismo em idosos doentes e saudáveis, as reações e desafios de enfermeiras na terminalidade da pessoa idosa hospitalizada, o sucesso e o fracasso ao longo da vida e a complexa dinâmica familiar da violência e cuidado informal na realidade mexicana.

Os capítulos que compõe a oitava temática referem à *Pessoa Idosa e a Comunicação*. É destacado os tipos de comunicação, a sua importância e aprimoramento na interação do idoso, equipa de saúde e família, bem como com animais. Ainda é tratado as estratégias de supervisão na prestação de cuidados pelos familiares às pessoas em fase terminal.

As temáticas nove, dez e onze descrevem estudos realizados no âmbito do envelhecimento. O *Envelhecimento e Dependência* sublinha a capacidade funcional dos idosos e a sua participação no mercado de trabalho, uma revisão sistemática sobre o impacto de um programa para a diminuição do número de quedas e os limites e possibilidades no processo de envelhecimento dos cuidadores informais.

O *Envelhecimento Patológico*, como décima temática, incide sobre um caso clínico institucionalizado, instrumentos de avaliação e adaptação de escalas, adaptação na perspectiva dos cuidadores e pessoas após AVC, a musicoterapia como entretenimento aos idosos e a qualidade de vida dos cuidadores na vertente da odontogeriatría.

A temática onze enfoca o *Envelhecimento Ativo* na perspectiva da educação dos idosos nas universidades sêniores, estudos sobre o bem-estar subjetivo da 3ª idade, a influência da atividade física e um novo olhar sobre as diferenças.

A última temática encerra o livro com estudos sobre a *Capacitação dos Cuidadores Informais de Pessoas Idosas*. Os autores asseveram a importância de concecionar, implementar e avaliar programas e cursos aos cuidadores formais e informais, no sentido de capacitá-los em como cuidar de pessoas e familiares.

Cuidado e Envelhecimento

Maria Arminda Mendes Costa

Enfermeira. RN. PhD

Falar num tema enquadrado no Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações e que motivou um longo trabalho de investigação de toda uma equipe, obriga-me a esquecer a definição e a percorrer o longo caminho do tempo:

Um tempo que não tem tempo,
Mas que se esvai no próprio tempo!
Um tempo que não tem gente
Mas que vive na alma que sente.

Um tempo que de tanto andar
Lança um grito pungente
Que varre o vento ao passar
E vive na alma que sente.

Um tempo que acabou cansado
À sombra da árvore erguida
Que de tanto olhar o tempo
Jaz com a alma ferida!

Mas levanta-se de novo ousando
Sorver o tempo de outrora
É que o velho que jaz caminhando
É fogo, é vida, é esperança agora!

Envelhecer define-se, mas não tem definição. Sente-se, mas arrisca-se sentir em cada dia, algo diferente, na experiência acumulada que o tempo nos deixa. Fortalece-se no lastro de juventude das múltiplas heranças que temos. Revive-se no convívio com as memórias que construímos e que deixamos. Reproduz-se nas gerações que caminham construindo um mundo novo: mais justo, mais igual, mais bonito.

Arrisco o acesso ao tema através de três histórias e uma adenda sobre envelhecimento que constam do meu memorando de vida e que repesquei com a simplicidade de quem retira da caixa um pouco de si e que utilizarei nesta comunicação.

1.º Momento. Chamava-se Rocha...

“Era isso. Chamava-se Rocha! E era como o nome: uma rocha empedernida que jazia na cama de um hospital. Barba por desfazer, cabelos pouco cuidados, olhos fundos, encovados...jazia dia após dia na pequena cama do canto da enfermaria. Raramente falava. Não era visitado. Era como se o seu mundo fosse ele e só ele e algum bem intencionado que lhe dirigia a palavra.

Rocha. Era isso. Rocha. Quem era o Sr. Rocha? Ninguém sabia. Viera de longe, trazido pelos bombeiros de uma aldeia e caíra, por milagre, na cama daquele hospital. Já lá vão quase quarenta anos sobre o encontro com o Sr. Rocha mas gosto de o recordar.

Aprendia enfermagem. Eu. E encontrei-me com o Sr. Rocha: eu jovem aprendiz de enfermeira; ele doente na cama de um hospital.

Se há coisa que existe na vida de um aluno de enfermagem é tempo para falar com os doentes. Foi o que fiz. Utilizei o meu tempo para promover a inter relação com o Sr. Rocha. Foi uma inter “ralação”...

Um dia o jovem da cama ao lado falou-lhe “Ó velhote: estás arrumado com essa perna partida!”

Quem era este idoso? Um solitário transmontano que há muito tempo tinha ido para Lisboa e vivia numa aldeia nas proximidades da capital. Tinha a sua horta e cuidava um gato de que falava com muito carinho.

O problema do Sr. Rocha é que tivera uma queda accidental e não sabia como ia continuar a cuidar do seu gatinho...

Passados tempo, o Sr Rocha teve alta. Voltou a casa pelo seu pé. Era um tempo em que não se falava em alta precoce... e a crise era outra!”

De facto, vivemos numa sociedade com muitos estereótipos relativos a esta etapa do ciclo de vida, sobretudo as sociedades ocidentais sendo vários os autores que identificam estereótipos relativos aos idosos (Berger, 1995; Richard e Mateev-Dirkx, 2004). Alguns estudos mostram que são os mais novos que têm perceções menos positivas a respeito dos idosos, mais do que as outras pessoas adultas (Molina, 2000).

Há vários fatores sociais que têm contribuído para uma visão menos positiva da parte dos mais novos sobre a velhice, devendo-se por vezes, ao facto de estar relacionado com a segregação das gerações na própria estrutura social. Por exemplo: as crianças vão para os infantários, os idosos vão para lares. Um outro aspeto parece estar relacionado com a fragmentação das famílias, que muitas vezes, priva e/ou reduz as oportunidades de relacionamento e contacto entre os membros mais novos e mais velhos da família.

Assim, consideramos o tema envelhecimento e cuidado de elevada atualidade e a necessitar integrar curriculum, incluindo os da saúde, sentindo a necessidade de educar os mais novos a gostar de envelhecer, a gostar de ver passar os anos e a não temer a velhice.

Segundo alguns estudos realizados por Bales, Eklund e Siffin (2000), os jovens tendem a modificar para melhor o seu conceito sobre os idosos, depois de terem sido inseridos em programas intergeracionais onde participaram também pessoas mais velhas.

Mas é também necessário desmistificar os estereótipos acerca da velhice, junto dos idosos que encaram a velhice como um período negativo das suas vidas, contribuindo para que se respeitem e dignifiquem a sua ancianidade.

2º Momento: Glória: A flor que um dia murchou!

Glória é um nome que na nossa língua significa triunfo. Se alguma coisa há de semelhante...é a sua diferença!

Conheci Glória, já a sua vida tinha passado do meio século, há muito tempo. Talvez mais de duas décadas. Era uma mulher de virtude: dessas que fazem da igreja o porto de arrimo e da sacristia o porto de abrigo. Era uma pessoa alegre: irradiava boa disposição e enchia o espaço que a cercava de risos e lufadas de gargalhadas que era um gosto ouvir.

Era analfabeta. Esta era uma coisa que Glória lamentava. Se pudesse voltar atrás teria estudado, pelo menos “para poder assinar um papel com o meu nome e ensinar os filhos”.

Crescera na aldeia, no meio dos verdes campos e aos mesmos foi dando a vida em cada semente.

“Trabalhei muito...lá em casa não havia tempo para luxos...nem ao domingo. Éramos oito irmãos, seis raparigas e

vivíamos do que a terra dava. Como imagina não havia tempo para mais nada que não fosse olhar pela terra. Saímos cedo de casa e o tempo ia passando...”.

Com o passar do tempo, Glória tornou-se uma moça bem apresentada (linda fotografia aos 18 anos: cabelo preso, olhar seguro e profundo, busto redondo, sobancelha farta, lábios carnudos) e de tanto o ser, os rapazes da terra andavam em magote atrás dela, contava com graça.

Ela cantava, ela organizava leilões, ela rezava, ela dava catequese...era um gosto vê-la diziam os vizinhos. Casou. “Foi a minha sorte. Se eu não casasse ainda hoje estava no campo...à volta dos bois, de sol e sol, e... “para nada ter ao fim do mês além do direito a comer”.

A vida deu-lhe três filhos, que já tinham saído de casa. Dois estavam há muito por terras de França procurando melhor futuro do que o que a sua terra lhes dava... e o outro... (os olhos ficaram tristes...e mais fundos!).

Será que não quer falar do assunto? Nada perguntei, mas permaneci calada...em silêncio, manifestando-me disponível para o diálogo, em situação de escuta (algo que a uma enfermeira fica sempre como arma de trabalho...).

O outro, “o tempo estava a ajudar a esquecê-lo” (mas será que uma mãe esquece um filho?).

Parou de novo, com os olhos perdidos num infinito que eu não conhecia...era um espaço íntimo que era seu. O outro...”não o vejo há muito...sei que vive na cidade...não sei onde...mas é um desgraçado!”

Deixei de ver Glória durante muito tempo, bastante mesmo. Um dia reencontrei-a.

Algo de estranho se passava. Glória, que sempre conhecera muito alinhada, de roupa bem combinada, pareceu-me mais desalinhada.

Está mais descuidada pensei.

Fui-me encontrando com Glória de vez em quando. Achei que alguma coisa continuava a não correr bem pois acentuavam-se os sinais de esquecimento: era o casaco que vinha do avesso, era um pé com um sapato e outro com um chinelo...

Um dia não me conheceu. Olhou-me, ficou parada, sentada na cadeira e quando a interpelei não reagiu.

Soube depois que tinha doença de Alzheimer e... que fora internada num lar bastante longe da terra e que morrera pouco depois.

Os novos contextos do cuidar surgem da necessidade de dar resposta às novas realidades culturais e sociais do séc. XXI. Inserem-se numa perspetiva de cuidado integral à saúde das pessoas, possibilitando um atendimento diferenciado, pois são dirigidos segundo as condições ambientais, familiares e socioeconómicas da comunidade. Assim, o indivíduo é percebido na sua globalidade proporcionando um cuidado específico e individual (Suhonen, Välimäki, & Leino-Kilpi, 2005). Os novos contextos do cuidar sustentam o compromisso dos enfermeiros em cuidar, a diversidade das suas práticas dos cuidados de Enfermagem para uma melhor qualidade de vida às pessoas.

Um estudo realizado por Carlson (2009), na Universidade de Washington, nos EUA, concluiu que as relações intergeracionais são importantes na prevenção de doenças e na promoção de um envelhecimento saudável. Neste estudo participaram 2000 voluntários com mais de 55 anos de idade, os quais tinham que acompanhar no máximo dois alunos com dificuldades escolares, na sala de aula e sendo os seus tutores. Estes alunos por norma tinham problemas de concentração e dificuldades de aprendizagem. Cada tutor acompanhava os alunos de acordo com o seu ritmo de aprendizagem, utilizando exercícios para melhorar o rendimento dos alunos. Este estudo foi desenvolvido em 22 escolas, com a participação de 20.000 jovens. No final, 60% dos alunos envolvidos melhoraram o seu rendimento escolar, particularmente a leitura; sentiam-se mais confiantes e mais calmos.

Em relação aos voluntários, foi possível observar a melhoria das capacidades psíquicas.

O autor observou que, o envolvimento destes voluntários na tarefa de tutor, pode reduzir os riscos de demência, além de promover uma adequada estimulação cognitiva, psíquica e social. Outros benefícios para os idosos foram o aumento da sua auto-estima e o sentimento de que eram úteis, levando-os a uma realização pessoal.

De facto, é na inconclusão do ser, que se funda a educação como processo permanente. Mulheres e homens se tornam educáveis na medida em que se reconheceram inacabados. Não foi a educação que fez mulheres e homens educáveis, mas a consciência de sua inconclusão é que gerou sua educabilidade. (Freire, 2003, p.34)

3º Momento: D. MARIA: ASSINE AQUI!

Maria é uma mãe de família como tantas outras.

“D. Maria, assine aqui a autorização, porque vamos ter que lhe retirar a mama toda...”

A D. Maria empalideceu. Já sabia das suspeitas sobre o mal que lhe tinha aparecido no peito...mas dito assim, a frio, ainda por cima de papel assinado, vieram aumentar as suas angústias sobre a vida, a sua vida, aquela que ela, a D. Maria perpetuara nos filhos e que agora lhe soava a balofo, porque lhe matraqueava a cabeça a ideia de que o fim poderia estar ao virar da esquina. E assinou. Era o seu destino.

“D. Maria, assine aqui, porque vamos ter que lhe fazer radioterapia, porque tem que autorizar já que há efeitos que...”

A D. Maria ouviu falar dos efeitos; percebeu pouco e ia-se afundando na cadeira, pálida, ouvindo as explicações técnicas de uma coisa que não entendia, mas sobre a qual tinha as maiores reservas, porque ainda não sentira ainda (e quem lhe poderia dizer?) que ficara bem da cirurgia que fizera.

“Sr.ª Doutora, a gente confia nos técnicos..., nos médicos... se fosse a um familiar seu, a senhora prescrevia este tratamento?”

E assinou. Vagueou pelos corredores do hospital, sem vontade de falar, pensando na vida, na sua vida, naquela que ninguém lhe garantia viesse a ser preservada com os tais tratamentos que lhe estavam a ser prescritos. O que lhe remoía a alma era a falta de algum técnico que lhe dissesse que sabia do sofrimento dela, das suas dúvidas, da sua angústia...olhava os doentes por quem passava nas inúmeras etapas desta peregrinação e falando calada, antevia o seu futuro: pálida, macilenta, sem cabelo...será que era isto que teria pela frente? Era o seu destino.

“D. Maria, assine aqui, porque vai começar a quimioterapia, já sabe que lhe vai cair o cabelo, vai ficar...”

Estava sentada com os olhos cheios de lágrimas. Pegou as receitas com a prescrição da peruca, da prótese mamária, do “p’ra não vomitar” e... ia-se esquecendo de assinar o papel do “consentimento informado”.

“D. Maria: Olhe o papel!” E assinou. Era o seu destino.

Chorou amargamente nesse dia. Telefonou-me nesse dia. Afinal estava sempre a assinar o seu próprio destino. E qual era?

Tem hoje 82 anos e... gosta de cuidar dos netos, de brincar com eles, de fazer bonecos, de juntar a família e de cozinhar para todos. Tem muito tempo livre e por isso gosta de fazer renda e malha e participa ativamente na Venda de Natal lá da terra. Com o tempo bom, D. Maria caminha diariamente com um grupo que organizou na aldeia; caminha cerca de 30 a 40 min. É entusiasta da caminhada...

Grün (2009) define o idoso:

(...) uma etapa da vida, tem historia, tem experiência, tem capacidade para avaliar situações, para superar crises, para encontrar soluções, tem sobretudo tempo para dar e receber, disponibilidade para amar e alegria para servir. (p.6)

Segundo Barros (2008) o idadismo e/ou a gerontofobia é encarado como um processo de declínio, em que predominam os aspectos negativos. Refere também este autor que os estereótipos a respeito do envelhecimento e da velhice são mais estigmatizados nas sociedades ocidentais e ditas desenvolvidas, havendo a percepção de que, em geral, as culturas africana e oriental prezam mais os seus mais velhos.

A arte de saber envelhecer é não nos deixarmos ficar assistir ao passar do tempo. O tempo cobra o seu tributo. Ninguém passa incólume.

O envelhecimento acompanha todo um processo de vida. A idade vai chegando, como os dias, como diz o poema de João Chaves.

O corpo transformar-se em escultura:
O Tempo apaixonado é um escultor
E a fêmea oculta na mulher madura
Explode em sensuais formas de amor!

Ser jovem cinquentão: não é preciso
provar que emagrecer rejuvenesce!
Pois a melhor ginástica é o sorriso,
E quem sorri de amor nunca envelhece.

Amar ou desamar sem sentir culpa,
Desafiando as leis do coração.
Não faça da velhice uma desculpa
E nem da juventude profissão.
Idade não é culpa, velhice não é desculpa,
Nem mesmo a juventude é profissão!

Ser idoso, é ter espaço para ser útil; poder ter um trabalho, sentindo que não o rouba a um jovem; é gostar de caminhar na vida, mesmo quando o caminho já é longo para a capacidade das pernas. É que as pernas ganham força no amor; no convívio, na alegria de ter alguém ao lado que não faz sacrifício, porque sabe que escolheu a melhor parte: ajudar!

4º Momento: O marido de Glória: Um homem que perdeu o nome!

Conversei com o marido já depois de “Glória se ter tornado uma flor murcha...”. Interessou-me a sua história (de Glória), o que lhe acontecera, como foi apoiada...

“Glória começou a ficar doente...eu não me dei conta. De vez em quando eu pensava: anda mais desarranjada... mas não liguei.

“Um dia reparei que as toalhas da casa de banho estavam trocadas: a do bidé e a do rosto. Falei com ela e ela disse-me que devia ter sido distração. Acreditei.

Fomos a um médico. Soubemos que tinha a tensão arterial alta e que devia tomar uns medicamentos.

Não os tomava. Esquecia. Passei a deixar-lhos em cima da mesa da cozinha (antes de ir trabalhar) ao lado da chávena e do pão.

Uma noite saiu de casa. Eu não dei conta. Encontrei-a de madrugada, já o sol clareava, não longe de casa, mas sem saber o caminho de regresso.

Comecei a vir a casa almoçar para estar mais tempo com ela.

Um dia cheguei a casa: tinha os bicos do fogão ligados, sem nenhuma panela em cima.

Voltamos ao médico. Que não senhora...que a minha senhora estava cansada da vida de casa e das preocupações que eram muitas e que era melhor ter um tempo de descanso. Veio o verão e fomos para umas termas para descansar. Foi o cabo dos trabalhos. Um dia fez as necessidades no bidé. Acabaram-se as férias.

Fui a outro médico, com quem falei antes e a quem contei o que se estava a passar. Glória tinha 68 anos. Fez vários exames, incluindo um exame à cabeça e o médico disse-me que ela tinha Doença de Alzheimer.

Nesse dia, o meu mundo acabou. Avisei os filhos de França..., negocieei com a empresa a minha reforma (o que daria bem para viver...pensava eu) e vim tomar conta da Glória. Não disse a mais ninguém que ela tinha essa doença. Acho que tive vergonha.

O diálogo tornou-se lento, mais pesado...fui sabendo como foi dando sinais de esquecer tudo ou quase tudo, de como o marido sem nome, passou mesmo a não ter nome, porque ela deixou de o conhecer:

“Foi o dia mais triste da minha vida! Vê-la a olhar para mim, sentada na cadeira e eu ser um estranho...”

O envelhecimento crescente da população portuguesa e a elevada morbilidade das doenças que lhe estão associadas, é uma realidade que não pode ser ignorada e cuja expressão tem vindo a acentuar-se nas últimas décadas como resultado da diminuição da população jovem e da taxa de natalidade, a pirâmide etária apresenta um duplo envelhecimento, ou seja, um envelhecimento no topo (aumento da população idosa) e um envelhecimento na base (diminuição da população jovem).

Não sendo possível datar o grau de envelhecimento do indivíduo, pois o mesmo está dependente de fatores biológicos, psicológicos, sociológicos e/ou ambientais, e a sua velocidade e gravidade são variáveis de indivíduo para indivíduo.

O envelhecimento depende naturalmente do passar do tempo, mas o ritmo desse processo pode ser determinado por cada um. As pessoas envelhecem sobretudo quando desistem dos seus ideais. Se nos mantivermos ativos e ocupados, teremos uma vida preenchida.

Cabe às gerações mais novas promover a inclusão dos seus seniores, ao gerontólogos e a outros técnicos sociais o encaminhamento para respostas sociais, de modo a quebrar o isolamento, para que o relacionamento com os outros possa ser o início de um envelhecimento mais saudável e feliz. Os jovens, enquanto construtores das suas identidades, têm de se preparar para se tornarem indivíduos autónomos conscientes da sua maturidade e evolução pessoal:

(...) Na juventude descobrimos o que desejamos fazer e quem desejamos ser (...) Enquanto jovens adultos aprendemos com quem desejamos estar (...) Na idade adulta, contudo, aprendemos de que e de quem podemos tomar conta (...) (Gleitman., et al., 2009:847)

Assiste-se a uma desfiguração do papel do geronte no meio social, aliada ao incremento dos estereótipos e preconceitos em relação a esta faixa etária, em virtude das alterações geracionais provocadas pelas mudanças nas estruturas familiares:

(...) gerações diferentes viviam frequentemente em conjunto, fazendo parte de um sistema de família alargado, e havia muito menos segregação com a idade. Os lares de terceira idade e comunidades de reformados não existiam. As pessoas mais velhas contribuíam para os recursos familiares, mesmo quando eram demasiado velhas para trabalhar, tomando conta das crianças, ajudando nas tarefas domésticas, etc. Os idosos, especialmente as mulheres, tinham ainda outra função: pedia-se-lhes muitas vezes conselho em questões da educação das crianças e de assuntos domésticos. (Gleitman., et al., 2009:846)

“Adote um Amigo”

Enfatizando a necessidade emergente de se promover a aprendizagem e a prática intergeracional, umas vezes perdida, outras esquecida, como meio de alcançar a solidariedade entre gerações, queremos focar alguns exemplos positivos da nossa profissionalidade.

O exemplo, de uma boa prática é o que atualmente se faz na Junta de Freguesia de Campolide para combater a solidão das pessoas idosas.

Esta Junta de Freguesia em parceria com os alunos da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa, dinamizaram o projeto “Adote um Amigo”, que visa combater a solidão entre as pessoas idosas da Freguesia.

A iniciativa surgiu através de um protocolo entre a autarquia local e a Faculdade, onde foi criada uma bolsa de voluntários, todos estudantes da Faculdade de Economia, que desde Março de 2011 vão uma vez por semana fazer companhia a um idoso, e os resultados têm sido considerados positivos.

Os ciclos de vida são momentos de mudança e desenvolvimento, pelo que o Homem deve saber encará-los com uma dinâmica diferente em cada etapa. Nota-se aqui a importância que as diferentes gerações têm no apoio nessas mesmas etapas.

Falar de gerações, idades ou ciclos de vida remete-nos para mudança, umas vezes positiva outras não, mas a vida é feita de transformações e adaptações, assim é também o envelhecimento, um ciclo, uma geração em determinada idade. Independentemente das limitações inerentes a este processo, deve ter-se em conta um conjunto de objetivos e projetos de vida, de forma a manter a pessoa ativa e integrada na sociedade. Deste modo, é olhando para esta perspetiva que compreendemos a importância da intergeracionalidade.

No sentido das múltiplas socializações a que estamos expostos todos ensinam e aprendem, pois é numa base de intergeracionalidade que se promove a transmissão e a herança sociais: “Transmitir e herdar são duas facetas de um mesmo momento que coloca gerações diante do desafio (...)” (Tomizaki,2010:239).

Acredito que no cuidado intergeracional caminhamos para a maturidade!

Bibliografia

- Bales, S., Eklund, S., & Siffin, C. (2000). *Children's perceptions of elders before and after a schoolbased intergenerational program*. *Educational Gerontology*, 26 (7), 677-689. In: NUNES, L. (2009). *Promoção do bem-Estar Subjectivo dos Idosos através da Intergeracionalidade*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: UC/FPCE.
- Barros, J. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis Editora.
- Berger, L. (1995). *Atitudes, mitos e estereótipos*. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier (Org.) *Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global*. Lisboa: Lusodidacta. (p.63-71).
- Carlson, M. (2009). *Evidence for Neurocognitive Plasticity in At-Risk Older Adults: The Experience Corps Program*. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. Volume 64A Issue (12).Pp.1275-1282
- Freire, P. (2003). *Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Gleitman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (2009). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Grün, A. (2009). *A Sublime Arte de Envelhecer e tornar-se uma bênção para outros*. Lisboa: Edições Paulinas.
- Mckenna, H., & Kenney, S. (2004). *Community nursing: health professional and public perceptions*. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (1), pp. 17-25.
- Molina, J. (2000). *Estereótipos hacia los ancianos. Estudio comparativo de la variable edad*. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53(3), 489-501.
- Neri, A. L. (2005). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas-SP: Alínea.
- Richard, J. & Mateev-Dirkx, E. (2004). *Psychogérontologie*. Paris: Masson.
- Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2005). *Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care*. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), pp. 283-292.
- Tomizaki, K. (2010) *Transmitir e herdar: O Estudo dos fenômenos educativos numa Perspectiva Intergeracional*. *Revista Educação e Sociedade*. Campinas, 31(11).Pp. 327-346

Atencio psicosocial e familias de personas mayores con perdidas de autonomia

Juan Muñoz Tortosa

1. Introduccion

La prolongación de la vida está acompañada de enfermedades y trastornos que tienden progresivamente a reducir la autonomía de las personas mayores. Ante esta circunstancia, pocas soluciones satisfacen realmente los problemas que presentan este colectivo, ya que la evolución técnica de la medicina no va acompañada de una evolución social y humana equivalente.

Así, las respuestas socio familiares, tanto a nivel de alojamiento como de hábitat, servicios y convivencia, normalmente proponen soluciones que no están adaptadas a las necesidades de estas personas.

Ni estos sujetos, ni su medio socio-familiar están preparados para afrontar los problemas que comporta la pérdida de autonomía; así, cuando aparece cualquier dificultad aunque sea temporal o ligera, la tendencia es pensar en el internamiento, cuando esta medida sólo tendría que arbitrarse cuando estos ancianos elijen esta vía, o sus circunstancias así lo aconsejen.

No obstante, todos los estudios apuntan a que tan sólo un 10% de las personas que presentan pérdidas de autonomía están atendidas en algún tipo de institución, lo que nos hace pensar, que una gran mayoría están atendidos en su medio familiar.

En consecuencia con lo anterior, el objetivo de este trabajo no es realizar una exposición de las causas físicas, psicológicas y ambientales que concurren en le persona mayor y pueden se el desencadenante de la pérdida de autonomía, más bien queremos centrarnos en la atención psicosocial que deberíamos prestar las familias que tiene en su seno un anciano no válido.

Queremos centrarnos en este aspecto por cuatro razones fundamentales:

1º Porque son las familias quienes «soportan» el mayor peso de la población anciana de 75 años y más y que, por ende, presentan algún tipo de pérdidas de autonomía.

2ª Porque es un aspecto nada estudiado, ya que todos los estudios e investigaciones se derivan a aspectos psicológicos, de salud, residenciales u otras alternativas, obviando por tanto a tantas familias e allegados, que permanentemente están en contacto con este colectivo de personas.

3º Porque se trata de atender a un colectivo de cierta edad y con unas dificultades, que tienen la suerte de vivir con sus familiar, hijos, primos, sobrinos, etc., además de no dejar el medio en el que han vivido toda su vida.

4º Porque bajo el punto de vista económica-social estos cuidadores están realizando un servicio a la sociedad muy superior al reconocimiento que se les tiene actualmente.

Por tanto, entendemos que las futuras acciones deberán ir encaminadas a movilizar el sostén natural y familiar donde se encuentra el anciano, ya que otras fórmulas lo que procuran es la consiguiente soledad como exponente de una patología más de nuestra sociedad.

Quizás nuestra propuesta puede parecer un paso atrás, pues en la actualidad, tan sólo se habla de centros residenciales de diferentes tipos, de ayuda a domicilio, sistemas de tele-alarma, hogares, pisos, clubs, etc., pero en ningún momento se habla de la familia; y si no apoyamos a las familias que tiene en su domicilio una persona mayor dependiente no podremos hacer frente a uno de los principales problemas que presentará la sociedad, con una población octogenaria; problemas que según las proyecciones demográficas podrán desembocar en un conflicto de insolidaridad generacional debido al excesivo peso que tendrán los ancianos en el futuro y nivel de uso y disfrute de recursos.

Por tanto, las acciones en un futuro tendrían que ir encaminadas no hacia una política de la vejez, sino hacia «una política familiar del envejecimiento». De hecho, en otros colectivos ya se ha hecho, asociaciones de minusválidos, afectados de enfermedades renales y las incipientes que están apareciendo de Alzheimer que se reagrupan para hacer frente a sus necesidades.

Creemos que éstas serían las nuevas líneas para actuar en el campo de las personas mayores desde una perspectiva comunitaria. Pero ¿cómo poner en funcionamiento una política familiar del envejecimiento? ¿Quiénes son los que ayudan? ¿Cómo ayudar a los que ayudan? ¿Qué medidas son necesarias? Conocer sus dificultades sus necesidades y tratar de dar respuestas posibles, válidas, realizables y adecuadas, será un interesante reto hacia el futuro.

2. Persona mayor dependiente y entorno familiar

El aumento de la longevidad es un hecho y nada nos hace pensar que exista o pueda existir un aumento de la natalidad.

Cada generación tiene tendencia a ser autónoma: modo de vida diferente, vivienda aparte, etc. Entre otros muchos factores, esto es consecuencia del aumento de nivel de vida y de nuevos valores generacionales, etc., lo que conduce a un mayor aislamiento de toda la sociedad en general.

Es cierto que asistimos a una fragilidad en la estructura familiar:

- Aumento de parejas (no matrimonios), nacimiento de hijos fuera de la pareja, divorcios, familias monoparentales, etc. A título de ejemplo, en Europa el 75% de las parejas que cohabitan, no tienen intención de casarse. En 1970 se casaban entre el 80 y 90% de las mujeres. Actualmente sólo se casan en 65%.

De ahí que actualmente muchos nietos tienen relación con las familias naturales pero también con familias de adopción.

Quizás estos estereotipos están vistos con una cierta perspectiva de futuro, pero actualmente no se atiene mucho a la realidad por lo que es corriente escuchar y de forma simplista «no hay familia», «ya no es como antes», «los ancianos se encuentran abandonados», «tendría que darnos vergüenza llevarlos a las residencias»; sin embargo, estudios recientes contradicen este discurso pesimista pudiéndolo contrastar a través del gran número de ancianos que viven con las familias.

Es cierto que actualmente existe menos cohabitación padres mayores-hijos, pero también es cierto que hay una búsqueda de aproximación y que, en un porcentaje muy elevado de familias, siempre busca esa «distancia afectiva»; además, cada vez más frecuente observar el flujo de servicios entre padre-hijos adultos, los primeros ayudan de forma general a la guarda de los hijos, compra de vivienda, ayudas económicas, etc., este rol se invierte cuando los padres son mayores.

Começar no primeiro parágrafo da página 268

También producto de la longevidad y baja mortalidad, la estructura familiar ha cambiado y de dos o tres generaciones se ha pasado a cuatro o cinco, lo que tiene repercusiones no solo en que existen más posibilidades de que personas adultas se ocupen de personas mayores, sino que, además con esta estructura se ha notado un crecimiento de las relaciones en la familia extensa especialmente en el ocio y los actos de solidaridad independientemente que existan diferencias que separan las generaciones bajo el punto de vista de los valores

como: familia sexualidad, educación, trabajo, etc., donde en el seno familiar se prefiere no afrontar -los.

A pesar de todo, el concepto de familia que nosotros vamos a utilizar es el de aquellas personas que viven bajo un mismo techo, especialmente los descendientes y descendientes en línea directa: padres, hijos y ocasionalmente sobrinos o alguna persona que por su relación directa con el anciano pueda ser considerada como tal.

Es precisamente en este campo donde se elabora principalmente la ayuda a la persona mayor dependiente materializada de forma general por las mujeres de la familia: hijas, nueras, nietas, sobrinas etc., constituyéndose así la familia como el sostén natural de sus miembros a lo largo de su existencia.

El fenómeno descrito anteriormente se describe como un fenómeno natural, pues el anciano, ante la pérdida de autonomía, se apoya en su domicilio y en sus hijos como soportes esenciales.

En los hechos, la familia e particularmente los hijos ocupan un papel preponderante en la vida de los ancianos, las relaciones de ayuda se establecen bien progresivamente o de forma brusca cuando se produce un evento, enfermedad caída etc.

No podemos enumerar comportamientos estándar en las relaciones padres- hijos: existen determinadas situaciones con un tipo de relaciones que se establecen a causa de la incapacidad y/ o dependencia.

en estos casos hablar de ayuda familiar es difícil, porque en ocasiones podemos estar hablando de un campo pseudo-profesional.

Sí vamos a hablar de ayudas corrientes e informales que nos van a permitir comprender mejor el anciano y procurarle una mejor e mayor calidad de vida.

A través del envejecimiento, la persona mayor se hace menos presente y insensiblemente, sus primeras necesidades de ayuda se hacen presentes; en otros casos estas necesidades surgen de pronto.

En ambos casos la dinámica familiar se altera produciendo situaciones de angustia: lo más corriente es la búsqueda de estructuras hospitalarias y después de éstas, se procura el entorno a la familia produciendo en ella gran confusión, hasta que el “portavoz” se decide por el internamiento en una institución o por la atención en el propio domicilio.

Cuando se opta por esta segunda opción, toda la familia inclusive el anciano, adquieren un nuevo modelo de relaciones adaptadas a la nueva situación. Con la atención a la persona mayor, todos los lazos familiares sufren cambios, pues esta situación es vivida por la familia como un peso, como un sufrimiento que está acompañado de numerosas dificultades especialmente en situaciones que tienen como denominador común la colaboración. Es precisamente en esta donde se crean malas relaciones.

La violencia surge también cuando la persona que cuida se encierra en la situación que vive, no vivenciándola como una ayuda que presta al anciano. Si ésta perdura los familiares jóvenes son presa del cansancio moral con riesgo de desmotivación total.

3 .Subsistemas familiares y pérdida de autonomía

El tiempo que pasa a familia al lado y cuidado de persona mayor dependiente es considerable; higiene personal, síntomas de demencia, vigilancia etc.

No obstante, esta relación nos ofrece diferentes situaciones de las que podemos destacar entre otras las siguientes:

3.1 Subsistema inicial

Es la más frecuente que se presenta y que comienza cuando las personas mayores comienzan con los primeros síntomas de pérdidas de autonomía o ésta es producida por un evento físico, con perspectivas de recuperación.

La relación entre persona mayor dependiente y la persona que lo cuida, hijos, sobrinos, vecinos, etc, es buena y se realiza de corazón con generosidad. Esta situación puede perdurar durante varios años.

A nivel cognitivo, se establece una relación unidireccional por la/s persona/s que cuidan “antes se han ocupado

de mi ahora es necesario que yo corresponda de la misma forma”.

Las relaciones suelen ser cordiales y casi siempre se añoran tiempos pasados. La pérdida de autonomía en el anciano suele ser física guardando intactas sus facultades mentales

La ayuda prestada por la familia en este período suele ser puntual, regular, y repetitiva. Se utilizan con cierta asiduidad los contactos telefónicos y indirectos para mantener la relación.

La ayuda prestada por la familia ha modificado ligeramente su vida que lo vivencia como una preocupación, como una angustia permanente pero soportable.

En estas situaciones, la preocupación está en la posibilidad de una caída o enfermedad grave; si esto sucede así modificará el frágil equilibrio establecido. En esta situación también se ve modificado el desarrollo de la vida normal (salidas, vacaciones, fines de semana) ya que se realizan existe una mala consciencia de poder quebrantar la vigilancia del anciano.

En estas familias que raramente cohabitan, puede funcionar el servicio de ayuda a domicilio, telefónico telealarma, pero no existe otro tipo de ayudas.

3.2 subsistema entre personas mayores

Describimos esta situación en la que se encuentran aquellas personas mayores que presentan algún tipo de pérdida de autonomía y que una está al cuidado da otra aún más dependiente:

Normalmente suelen ser marido-mujer, dos hermanos mayores, primos incluso madre-hija mayor soltera. Han vivido y envejecen juntas. En este caso la ayuda es escasa quizás podríamos interpretarlo más como una compañía, como una situación de presencia del uno para el otro.

En este caso la persona que cuida vive la situación de una forma pesada y estresante en la medida que psicológicamente se siente frágil.

La preocupación la siente no solo la persona que cuida, sino también la persona que es cuidada. Son situaciones difíciles de vivir y sostener, pues permanecen durante largo tiempo surgiendo situaciones de agresividad en muchos momentos del día.

Esta situación es precaria y en muchas ocasiones se necesita la ayuda de una tercera persona que será encargada de buscar las soluciones pertinentes para que esta situación cese.

3.3 Subsistema hijo/a persona mayor dependiente:

En ocasiones es una situación de extrema necesidad. Es la situación de un hijo/a que ayuda su padre/madre que presenta grandes pérdidas de autonomía. Se inscribe esta relación en una ayuda de cohabitación.

El cansancio físico y moral, el nerviosismo y la depresión no tardan en aparecer en la persona que cuida.

Esta ayuda podemos inscribirla dentro de un contexto familiar difícil y conflictivo. En estos casos el hijo/a no tiene trabajo, porque nunca lo ha hecho, o se encuentra jubilado por enfermedad.

La casa en muchos casos se asimila como una habitación del hospital; el sistema familiar es hermético y cerrado entre el anciano e la persona que lo cuida.

El hijo/a se encierra cada vez más en esta situación, no dejando lugar a otro tipo de alternativas.

La persona que cuida se encuentra angustiada por esta situación, que dice despreciar, pero transforma su actitud en una sobreprotección del padre/madre de una forma compulsiva, sin que tenga reconocimiento por parte de nadie.

Los servicios de ayuda a domicilio tienen grandes dificultades para penetrar en círculos familiares tan cerrados.

La persona que cuida no tiene tiempo de vacaciones, fines de semana, salida con los amigos, etc, sólo vive para esta situación.

En estos casos no se acepta ni por parte del anciano, ni por parte de los hijos el internamiento en una residencia, aunque sea temporal. Tan sólo se acepta y, en casos justificados, la hospitalización.

Estas situaciones pueden durar largo tiempo y no están exentas de violencia verbal entre ambos, aunque ocasionalmente también se puede presentar la violencia física.

3.4 Subsistema de cohabitación hijos padre/madre dependiente

Esta situación frecuentemente presentada: se realiza cuando un pariente acoge en su domicilio a un familiar de avanzada edad después de un accidente o enfermedad.

Este acogimiento se realiza como consecuencia de una enfermedad o accidente y por diversas causas se ha optado por la no institucionalización.

También esta situación produce cansancio en el sistema familiar; no tardando en surgir conflictos familiares entre los cónyuges, hijos y/o ambos; normalmente se suele sobrellevar porque se acomodan dependencias de la vivienda con objeto de no invadir el campo familiar primario.

El anciano no siempre es acomodado en el mejor entorno y los familiares que cuidan se sienten invadidos por el tiempo de atención que necesita la persona mayor.

Estas situaciones son difíciles de sostener si no se preserva el espacio de cada uno, siendo corriente de ser los adolescentes de la familia los más afectados, ya que son los más propensos a ser cambiados de espacio, además de que por su propia edad son los que menos soportaban la presencia de los ancianos.

En esta situación incide negativamente las dificultades económicas y muy especialmente si el anciano no contribuye al sostenimiento de la economía familiar.

3.5 Subsistema de cohabitación afectivo

Se produce esta relación en determinadas situaciones donde la persona dependiente no guarda una estrecha relación con la persona que lo cuida.

La relación en este subsistema es de respeto ya que la persona que cuida no vivencia la situación como tal, ya que no modifica su situación familiar ni de relación con el exterior; la ve en términos afectivos y de respeto pero de forma relajada.

Al mismo tiempo, la persona mayor la ve como una situación de ayuda a cambio de algo que ella ha dado y deposita su confianza en sus asuntos de la vida cotidiana.

Podríamos enumerar algún subsistema más de relación; en realidad, alguno de los anteriormente dichos puede estar impregnado de situaciones del otro e viceversa, lo que puede facilitar o dificultar aún más la situación, aunque hemos tratado de exponer los más representativos por su frecuencia en el análisis de situaciones.

4. Situaciones de la persona mayor dependiente en el seno familiar

La persona mayor no aparece por generación espontánea; son producto y actores del sistema familiar; son el apéndice de la cadena generacional. El anciano cumple en la familia diferentes roles. Lazos afectivos, transmisión de la cultura, valores, etc., tiene necesidad de la presencia familiar y sobre todo tiene necesidad de estar presente.

Las familias de hoy no son menos sensibles a los problemas de los ancianos que las antiguas, quizás vivencian las situaciones de forma diferente.

Actualmente los adultos también tienen sentido el deber familiar y el respeto hacia los ancianos que en épocas anteriores. No obstante, existe una prolongación de la vida y los viejos son más viejos, pero los hijos también envejecen, el contexto económico ha cambiado. El trabajo de ambos cónyuges se ha generalizado. Los sistemas educativos son más complejos.

La generación actual cumple varios roles; profesional y familiar con múltiples dimensiones, de ahí que las necesidades afectivas de los ancianos pueden pasar a un segundo plano ante las numerosas preocupaciones del sistema familiar actual, así la ayuda a los ancianos se centra en numerosas ocasiones sólo en aspectos muy concretos y utilitarios en detrimento de la dimensión psico-afectiva.

Es precisamente este aspecto donde nos centraremos más adelante, pues pensamos que las respuestas familiares o las necesidades afectivas de los ancianos necesitan de un poco de aprendizaje.

No obstante, se puede detectar que la persona mayor dependiente atendida en el seno familiar presenta una serie de necesidades que por su importancia podríamos clasificarlas en:

Necesidades físicas

Con el envejecimiento la imagen corporal del anciano sufre una degradación progresiva que para algunas personas mayores es difícil de soportar. El aspecto de joven, la vivacidad, la habilidad motora, etc., están siempre en el recuerdo.

Así, la progresiva lentitud, la aprehensión a la hora de realizar movimientos, etc., hacen mella en estas personas, por ello la familia debe comprender estos cambios, reconociendo sus limitaciones y la buena voluntad que pone el anciano en la realización de todos sus actos.

La persona dependiente también espera de la familia su comprensión y no que estén reprochando continuamente todo lo que hace mal. Tiene necesidad de que su familia próxima le motive elogiando su voluntad, sus progresos, su perseverancia, etc. Esta actitud por parte de la familia le sirve de aliento, de autoestima, a pesar de su degradación física.

Ante esta situación de necesidades físicas de la persona mayor dependiente, la familia tiene de información: sobre las deficiencias que presenta su familiar, evolución, previsible de enfermedad/es, diferentes posibilidades de reeducación, así como esperanza de vida que tiene.

También la familia deberá estar informada sobre los límites y hasta dónde puede llegar, repercusiones de la enfermedad residual, así como dónde puede conseguir determinadas ayudas, cómo organizarlas y como financiarlas.

Esta dimensión comporta necesariamente que la familia conozca las distintas vías para acceder a las diferentes ayudas o prestaciones.

Necesidades psicológicas

Los problemas ligados a la dependencia psicológica en la persona mayor son vividos no solamente por ella, sino también por su familia.

Para el sujeto, los inicios del deterioro intelectual son molestos sin lugar a duda y, por esporádicos que sean, los síntomas comienzan a generarle estados de ansiedad: los olvidos, la pérdida de memoria, las pequeñas confusiones, la imposibilidad de llamar por su nombre a alguien que conoce perfectamente, etc..., estos actos amnésicos cada vez más frecuentes le producen estupor y angustia que le pueden generar estados de agitación.

La impresión de estar siempre en peligro es algo que acompaña continuamente el anciano. En estas situaciones de sufrimiento psicológico, las necesidades de hablar, de ser comprendido, la necesidad de expresar su dolor e su miedo son necesarios. En muchos casos estas situaciones pueden desencadenar un síndrome depresivo. Esta depresión que se desencadena con el principio del deterioro intelectual, puede aumentar la progresión de las desorientaciones.

En esta primera etapa es el entorno familiar quien debe afrontar las primeras dificultades. Para ello la familia debe poseer adecuada información: ensimismamiento de la persona, desinterés, dejadez, pequeños olvidos, etc.

Lo principal del entorno familiar es que debe estar informado de:

- Que estos desajustes son fuente de inquietud y ansiedad en la persona mayor.
- Que es necesario un reconocimiento médico-psicológico con objeto de evaluar al estado de la persona para poner los medios necesarios con objeto de evitar los posibles deterioros.
- Que es posible poner á la disposición de lo anciano determinados medios de estimulación en diferentes áreas como: memoria, relajación, psicoterapia, etc., encaminadas a recobrar la confianza en el mismo lo que repercutirá positivamente en aliviar sus posibles sufrimientos psicológicos.

En contextos más desfavorables, es decir cuando se agrava el deterioro de las funciones superiores, la persona mayor se hace totalmente dependiente en su entorno inmediato, por su seguridad e instinto de supervivencia.

Entonces, existe pérdida de memoria, desorientación témporo-espacial, pérdida de lenguaje corriente, pérdida del lenguaje lógico, etc..., las necesidades de la persona mayor se acrecientan, se diversifican y en muchos casos se hacen permanentes. En estos casos se debe hacer todo lo posible porque el deterioro no se vaya agravando.

En este estadio regresivo, la persona mayor pide ayudas concretas a su situación, especialmente soportes afectivos que son esenciales para su funcionamiento emocional. Estar apoyado en sus gestos, motivado y felicitado por sus progresos, desdramatizar sus errores, estar valorado y querido, son necesidades vitales.

A nuestro juicio, son éstas las necesidades que debe cubrir la familia: luchar contra el aislamiento psicológico de las personas mayores. Saber repartir las diferentes atenciones entre los diferentes miembros de la familia y momentos del día es algo fundamental.

Normalmente estas acciones recaen sobre un solo miembro que suele ser una mujer y que parece ha sido "designada" para ello.

Luchar contra el aislamiento de esta persona que cuida y de la familia que tiene en su seno una persona mayor dependiente representa también una necesidad importante.

5. ACTITUDES DE LA FAMILIA

Las familias que tiene en su seno una persona mayor dependiente tienen sentimientos dolorosos y de incomprensión frente a los cambios rápidos que se producen en su padre/madre o familiar.

Son sentimientos extraños pues esta persona no es la misma.

También la familia presenta síntomas de ansiedad, aprehensión y angustia pensando en el futuro, surgen dudas si no han hecho todo lo necesario con lo que podrían haber evitado esta situación y, en muchas ocasiones, la familia se ve imposibilitada ante tal estado que cada vez se va degradando más.

Dos sentimientos aparecen en la familia:

- Agresividad recíproca debido a exigencias del anciano, que cada vez es menos soportable, produciéndose en consecuencia determinados episodios de violencia, verbal e incluso física, producto de la saturación y el cansancio que ha alcanzado sus cotas máximas.
- Y búsqueda de ayudas concretas para afrontar la situación.

Ante estas situaciones de excesiva exigencia por parte de la persona mayor, se producen alteraciones en el sistema familiar que puede traducir el aislamiento social de la familia que lo cuida o en un cansancio e impotencia ante tal situación.

Cuando esto se produce, puede estar amenazada la integridad afectiva e de relación del sistema familiar pudiéndolo abocar a su destrucción o, por el contrario, la familia puede reforzar sus lazos afectivos ante tal eventualidad.

6. Apoyos psicosociales a la familia y/o persona mayor dependiente

El apoyo a la persona mayor dependiente y/o su familia debe de comportar una serie de servicios e intervenciones suficientemente diversificadas y adaptables que en cada situación pueda encontrar la respuesta adecuada.

Independientemente de aquellos servicios de tipo directo que deberían disfrutar las familias que tienen a su cargo una persona mayor dependiente como podrían ser: los servicios de ayuda y/o mantenimiento en el domicilio, tele-alarma, servicios de transporte, ayudas económicas, ventajas en la instalación y disfrute de teléfono, facilidades en el arreglo y modificación de la vivienda, ventajas fiscales, etc., creemos que deberían propulsarse diferentes medidas legales para que estas familias pudiesen adaptar sus horarios de trabajo para cumplir con las obligaciones y cuidados que prestan a su familiar dependiente.

Otras medidas deberían ir encaminadas a computar un tiempo parcial de trabajo de uno de los cónyuges que se ocupa de la persona mayor por el tiempo que dedica a la atención del anciano. O al igual que el tiempo de lactancia ofrecido a la mujer que acaba de tener un hijo, deberían de ofrecérsele las mismas ventajas a aquellas personas que se ocupan de este colectivo de personas.

Pero no creemos que sean solo las ventajas económicas y las ayudas sociales, lo único que necesitan estas familias. Toda persona que se ocupe de un familiar dependiente está sufriendo un impacto por esta situación, constituyendo estos cuidadores un grupo de riesgo que pueden desarrollar determinadas patologías e estrés.

Diversas formas de ayuda e apoyo psicológico se deberían proponer a dichas familias: escucha e comprensión por parte de los profesionales de los servicios sociales y médico-sanitarios, así como la formación de grupos de discusión hechos con familias que presenten la misma problemática, podrían tener efectos positivos.

En cuanto a la información, ha sido detectada como una de las necesidades fundamentales de las familias y las personas mayores dependientes.

Esta necesidad de información es a menudo compleja porque las situaciones que se presentan también lo son.

Así, no todas las familias tienen el mismo problema por lo que la información debería de adaptarse a cada una de ellas.

Bajo nuestro punto de vista, serían los médicos de cabecera, A.T.S. y profesionales de los servicios sociales los gerontólogos del lugar. Excepto contadas excepciones, los médicos de cabecera utilizan los volantes para derivar hacia intervenciones más especializadas, cuando posiblemente estas intervenciones no hagan falta.

No se puede realizar una verdadera acción preventiva prescribiendo-se medicamentos de forma puntual e no realizando intervenciones encaminadas a estimular el resto de las capacidades que permitan a las personas mayores y sus familias afrontar los estados de crisis, pero lo que la evaluación del anciano tendrá que realizarse por diversos profesionales con capacidad e información suficiente para hacer una aproximación exacta de la situación: exploración médica, psicológica y social.

También la formación de grupos de familias que reciban terapias de orientación sistémica podrían ser adecuados. La expresión de lo vivido por parte de las familias y su comprensión mutua puede tener una doble función: libertarse de los afectos dolorosos de tal situación y la toma de consciencia de los niveles de adaptación de cada uno. La formación de psicólogos, trabajadores sociales, A.T.S., médicos, etc., en psicogerontología ya una necesidad.

Otra fórmula de ayuda mutua sería la creación de asociaciones de familias que tienen en su seno personas que prestan pérdidas de autonomía.

Escuchar a otras familias que tienen o han tenido el mismo problema puede mejorar las situaciones. El asociacionismo es el medio idóneo para combatir el aislamiento por parte de las familias. Es una fuente de información concreta y de ayuda mutua. Estas situaciones podrían organizarse para asegurar la comunicación entre familias y profesionales. El objetivo sería que las familias hablasen con otras familias con el apoyo de profesionales.

Creación de talleres de información, creatividad, reflexión, estimulación, etc., podrían ser los cauces adecuados para combatir algunos de los problemas que presentan estas familias.

7. Conclusión

Como podemos apreciar, la atención gerontológica nos ha hecho pasar del campo de las personas mayores dependientes a una reflexión más amplia sobre la evaluación de nuestra sociedad y el equilibrio de las familias.

Entendemos que estas reflexiones representan un interés evidente para todos los profesionales de los servicios sociales y sanitarios. En todo momento se trata de respetar las raíces socio-afectivas del anciano, guardando el equilibrio de la familia que lo cuida, pues el enfermo, está más enfermo por la familia y esta está peor por el enfermo, creándose un vínculo vicioso donde todo el mundo está enfermo.

Es precisamente con estas reflexiones que queremos hacer nuestra pequeña aportación para que el enfermo se más feliz y la familia también.

A modalidade heróica do envelhecimento e da velhice

Catarina Antunes Gomes

“But as scientists lead their lives as men in an environment and social setting that is not exclusively scientific, the history of science cannot neglect the history of ideas”

(Canguilhem, 1991: 46).

Reconhecendo o óbvio – a importância de se pensar criticamente sobre a forma pela qual se pensa, o que corresponde a um tantas vezes necessário exercício de vigilância epistemológica –, este contributo tem por objectivo principal considerar como a história das ideias, no contexto do Ocidente, tem influenciado os debates em redor do envelhecimento e da velhice com importantes implicações ontológicas e identitárias. Tal permitirá realizar, por sua vez, uma leitura mais crítica e menos passiva, sobre as formas pelas quais a velhice é pensada, nomeada e normalizada (Canguilhem, 1991).

I. Introdução

Oscilando entre concepções negativas, pelas quais a velhice é interpretada simbolicamente em estreita associação com imagens de sofrimento, de debilitação e morte, e redescrições que almejam atribuir-lhe um sentido mais positivo¹, a velhice tem sido, na tradição do pensamento ocidental, um frutífero recurso para reflectir sobre a condição humana.

Reconhecer essa diversidade constitui o primeiro passo para abordar a forma pela qual se foi lidando e expressando esta questão. E este reconhecimento traz consigo uma implicação de maior porte: a de que a compreensão das representações sociais da velhice não pode ignorar a profunda ambivalência com que a velhice foi sendo conceptualizada. Esta constatação leva-nos a fazer duas considerações prévias. Em primeiro lugar, a idade, enquanto tema cultural, assume-se como um importante interlocutor para a construção e a decifração de mundos culturais. Em segundo lugar, concepções conflitantes dependem e são influenciados por dinâmicas sociais e por estruturas de pensamento específicas a um dado contexto. Daqui decorre a possibilidade heurística de considerar a idade como um sistema de significados e interpretações sobre o mundo social. Desta forma, enquanto sistema semiótico, o tema *idade* deve ser contextualizado e relacionado

¹ Antes de Platão, o tratamento filosófico ou poético dado à velhice apresentava a propensão para ser predominantemente pessimista, na medida em que a observação dos seus efeitos negativos não era acompanhada pela exortação em viver esse período da melhor forma possível. Autores como Aristóteles e Aristo de Ceos foram alguns dos mais influentes e cujos trabalhos são hoje melhor conhecidos. O culminar da tradição reflexiva e moralizante de pensar a velhice é ilustrado pela conversação entre Sócrates e Cephalus presente em *A República* de Platão. Este diálogo influenciou os escritos da Antiguidade sobre este tema, nomeadamente o trabalho de Cícero, e é com ele que, como se verá, «one first finds the formulation and refutation of standard points of complaint against old age (the absence of physical pleasures, and the bad treatment of the old by their family and acquaintances) together with the general moralistic idea that how one fares in old age depends on one's character and behaviour more than on external circumstances» (Powell, 1988: 24 - 25).

com princípios de organização social e cultural, tais como a noção de pessoa, de tempo, género, morte, curso de vida, etc. Tal esforço permite desvelar os principais debates culturais de dada sociedade. De facto, o discurso sobre a velhice tem operado como um enquadramento para que certos temas, conflitos e tensões do mundo social se possam desenrolar. Nesta perspectiva, a questão da idade não pode, pois, ser reduzida a uma mera prática classificatória; a idade constitui, antes, uma fonte de acesso aos sistemas conceptuais e simbólicos de um dado contexto social.

Neste contributo, analisar-se-á criticamente a emergência nas sociedades euro-americanas de uma modalidade particular de envelhecimento: a do envelhecimento activo. A expressão ‘Envelhecimento Activo’ foi adoptada pela Organização Mundial de Saúde nos finais da década de 90 e designa o processo de optimização das oportunidades de vida, em termos de saúde, de participação e de desenvolvimento multidimensional da pessoa à medida que esta envelhece. Advogado e cientificamente legitimado por novas disciplinas de conhecimento, das quais se destaca a Gerontologia Social, o envelhecimento activo será aqui abordado à luz do conceito helénico de heroísmo.

Sumariamente o argumento é o seguinte: o envelhecimento activo almeja uma redefinição positiva do envelhecimento e da velhice. Ao fazê-lo, recorre a um repertório simbólico cujos traços fundamentais evocam imagens específicas de vitalidade, actividade, iniciativa, ousadia, individualidade, independência, utilidade, entre outros, que se reportam ao imaginário heróico veiculado pela Antiguidade Clássica. Esse repertório simbólico propõe e fornece novas formas de construção identitária bem como novas oportunidades e estilos de vida, os quais respondem, por seu turno, às expectativas normativas associadas, no contexto do capitalismo global, ao tipo-ideal vigente da noção de personhood, isto é, a constelação de valores e normas que propõe formas culturalmente elaboradas de presença e pertença social significativa e socialmente validada.² Estes recursos identitários e sociais pretendem fomentar, por seu turno, a (re)integração do envelhecimento e da velhice na experiência participativa no mundo social contemporâneo. Ou seja, constituem estratégias pelas quais a velhice deixa de ser conotada como a retirada ou afastamento dos indivíduos da vida social.³

Enquadramento

A emergência de uma visão eminentemente negativa sobre o envelhecimento e a velhice poderá ser analisada em dois níveis: ao nível social, o qual foca as transformações sociais geradas na modernidade e que motivaram um reposicionamento dos mais velhos no seio das relações de poder e autoridade, e ao nível epistémico, ou seja, da produção de conhecimento e, conseqüentemente, da própria construção da realidade.⁴

A polarização entre a ‘glorificação da juventude’ e a ‘desvalorização dos velhos’ são as dimensões mais visíveis destas inextrincáveis transformações sociais, conducentes à afirmação de um *ethos* social que, desvalorizando a figura do idoso, celebra uma constelação de valores, tais como inovação, mudança, produtividade, autonomia, independência, e que, para os propósitos desta reflexão, se denominará de *ethos* do novo. Aceder ao mundo social contemporâneo como actor válido e participativo requer a adequação da identidade aos requisitos deste

2 Tal discussão poderá ser especialmente contundente se associada às propostas veiculadas pelo paradigma do envelhecimento produtivo (Ferreira *et al*, 2001; Choi; Dinse, 1998).

3 O acesso e usufruto das potencialidades desta re-inscrição são, todavia, fortemente mediados por factores como classe, estatuto socioeconómico e educacional, pelo que permanecem restritos a determinados grupos sociais. Trata-se apenas de uma modalidade específica de vivenciar o envelhecimento e a velhice, a qual não é passível de ser generalizada. Outros grupos sociais desenvolverão outras estratégias de obviação dos processos estigmatizantes correntemente associados à velhice.

4 Estando amplamente mapeados estes processos, não nos iremos deter na sua enunciação por razão de economia de texto. Foner (1984), Gutmann (1987) e Hareven (1994, 1995), por exemplo, elegem diversos processos que, em conjunto, ajudam a compreender a emergência de uma visão negativa sobre o envelhecimento e a velhice. Destes processos destacam-se, v.g., a industrialização e a inauguração de um novo *ethos* de produtividade e de eficiência que, re-organizando as relações estruturais de poder na sociedade, terão secundarizado os mais velhos; a modificação dos modelos de família e a instauração e reforço dos valores do individualismo; a institucionalização da reforma; o declínio das funções parentais na velhice; a secularização do poder, perdendo os mais velhos o controlo do imaginário cultural colectivo; a desmistificação das imagens do idoso como guardião da sabedoria ancestral gerada e ampliada pela institucionalização e democratização da educação de massas e pelo ritmo das transformações tecnológicas, entre outros. A emergência de estereótipos negativos - o idoso como ‘inútil’, ‘ineficiente’, ‘senil’ -, não deve ser, todavia, interpretada como a causa unívoca do declínio do estatuto dos idosos, mas antes como reflexo da diminuição do seu ascendente nas dinâmicas de reprodução social.

ethos do novo. O ritmo célere das transformações sociais intensifica o processo e o risco de obsolescência de saberes, práticas e cosmovisões, os quais, em função do propósito magno de integração social, devem sofrer um constante processo de actualização. O reconhecimento da validade do indivíduo como actor social dependerá, pois, da sua capacidade em re-afirmar a sua pertença ao presente. No que concerne à velhice, portanto, o *ethos* do novo requer o desempenho e a comprovação dessa pertença.

A ideologia do envelhecimento activo actuará como articulação entre o predomínio do *ethos* do novo e a possibilidade da velhice não gerar um processo de descredibilização dos indivíduos como actores sociais válidos. Tal processo corresponderá ao cerne do conceito de despessoalização, discutido por Viegas, o qual retrata a forma pela qual «o fim do curso de vida e o processo de ‘substituição’ a ele associado, conduz a uma reavaliação da noção de pessoa que descrevemos pelo termo ‘despessoalização’. A ‘despessoalização’ refere-se ao perigo iminente da perda da autonomia e capacidade deliberativa que fazem da pessoa uma entidade corpórea» (1994: 135).

II. A velhice no *ethos* heróico

Como referido, pretende-se analisar a ideologia do envelhecimento activo à luz da categoria homérica de heroísmo, identificando as analogias e apropriações que discursos e práticas actuais realizam a partir da inscrição naquela tradição. As apropriações realizadas sofrem, no processo de incorporação nas práticas sociais contemporâneas, algumas transformações e adaptações, mas, como se verá, a imagem que emerge ressoa fortemente no imaginário heróico.

O protagonismo atribuído e reconhecido à população mais velha nas últimas décadas tem sido interpretado, para autores como os norte-americanos Kenneth Gergen e Mary Gergen (2000), como um indicador da passagem de concepções obscurantistas sobre o envelhecimento e a velhice para uma suposta *Nova Era do Envelhecimento*, a qual inauguraria um conjunto de novas práticas que re-situariam o envelhecimento e a velhice em registos sociais, simbólicos, políticos e ideológicos mais capacitantes. De modo similar, seguindo a perspectiva advogada pelo construcionismo social e abrindo-se aos estudos antropológicos⁵, a Gerontologia Social tem defendido a demissão das imagens negativas do envelhecimento e a elaboração de uma iconografia alternativa. Tal requer a criação de um novo discurso que se distancie das associações sedimentadas entre velhice, doença, incapacidade e declínio. A ideia é transformar o destino do envelhecimento: em vez de recolhimento, activação; em vez de adscrever àquele um destino inexorável de declínio e morte, interpretá-lo como um processo de desenvolvimento em aberto. Neste sentido, o envelhecimento activo tem sido conceptualizado como correspondendo a um «bio-psycho-social balance and completeness of a human being that is embedded in a social context and that, although elderly, is still able to develop their potential». Por conseguinte, «despite the existence of losses during its process, active aging should be encouraged among the elderly because it is synonymous with quality and full life» (Ferreira, *et al*, 2010: 1064).

Aborde-se agora, ainda que brevemente, o universo heróico da Antiguidade Grega através de uma leitura de A *Ilíada*, relato épico sobre o cerco de Tróia pelos Gregos, de Homero (cerca do século VII a.c.).⁶

O ideal de Homem na Antiguidade Grega ancora-se nos conceitos de *areté* e heroísmo. O valor grego de *areté*, intimamente ligado ao universo heróico, tem sido traduzido como ‘excelência’ e ‘perfeição’ (Jaeger, 1933; Pereira, 1965; Falkner, 1995). A pessoa que possui a qualidade de *areté* dispõe de todo o potencial das suas faculdades: força, vitalidade, coragem, ousadia e capacidade de alcançar os objectivos superiores a que se propõe. A *areté* heróica baseia-se no primado da acção. Enquanto que o pensamento filosófico posterior, com Aristóteles e Platão, desloca o conceito para virtudes internas, tais como o conhecimento e a sabedoria, o Homem Homérico adquire consciência do seu valor pelo reconhecimento social advindo da apreciação daquilo

5 A interdisciplinaridade entre antropologia e gerontologia social permitiu a esta última explorar a centralidade da dimensão cultural para a compreensão da diversidade e do carácter de *constructo* das experiências de envelhecimento e da velhice. A associação entre as duas disciplinas consolidou-se, nos anos 70, nos EUA com a criação da Associação para a Antropologia e Gerontologia (in www.oucom.ohiou.edu/som/sage/aagy) e, posteriormente, com a criação do Journal of Cross-Cultural Gerontology e The Journal of Aging Studies (in www.ingentaconnect.com).

6 A autoria da obra é ainda alvo de polémica.

que efectivamente faz e realiza e da sua capacidade em superar os seus próprios limites⁷. No mundo homérico domina, pois, uma ética individualista e competitiva. A responsabilidade pela batalha recai sobre os ombros de uma elite de indivíduos, denominados genericamente de heróis. Homero oferece uma clara enunciação dos valores que norteiam a acção do herói na passagem em que Sarpédon se dirige a Glauco:

Se, de facto, meu bom amigo, desde que escapássemos a esta guerra, pudéssemos ficar isentos de velhice e de morte, eu próprio não combateria na primeira fila, e não te traria para a batalha gloriosa; mas já que, de qualquer modo, as divindades da morte se erguem a nosso lado aos milhares - e é impossível a um humano escapar-lhe ou evitá-las -, vamos, dêmos glória a outrem, ou que ele no-la dê. (Canto XII)

Um desempenho honroso no campo de batalha, a glória universal e perene, o superar-se a si mesmo, são alguns dos valores mais relevantes do imaginário heróico. Mas, neste excerto, Sarpédon expõe uma outra importante motivação heróica: o escapar à velhice e à morte por esta. Arriscando a sua vida no combate, o herói conquista a glória imortal, a qual será inscrita na memória colectiva. Esta morte prematura e violenta é o que dará acesso à juventude eterna.

A rejeição da velhice pelo *ethos* heroico é, até certo ponto, contrabalançada pelo discorrer de outras imagens da velhice. De facto, a configuração literária dos poemas de Homero reflecte uma certa ambivalência com que a velhice é retratada. Em certos aspectos, a sociedade homérica parece corresponder aos sistemas de idade tradicionais: a guerra, a competição e a gestão do *oikos* são ocupações da juventude, enquanto que a eloquência e a sabedoria são as características distintivas dos mais velhos. É neste sentido que, em Homero, os velhos são publicamente tidos como o laço entre o presente e as tradições ancestrais, usufruindo do prestígio decorrente desta ligação ao passado heróico e sagrado. Na descrição do cerco a Tróia e do duelo entre Páris e Menelau, Homero retrata da seguinte forma os anciãos:

Os que rodeavam Príamo: Pântoo, Timetes, Lampo, Clítio e Hicetáon, rebento de Ares, em seguida Ucalegonte e Antenor, ambos sábios, estavam sentados como Anciãos do povo, sobre as Portas Ceias. A idade afastava-os do combate, mas eles falavam bem, semelhantes a cigarras que, no bosque, pousadas numa árvore, fazem ouvir numa voz clara como os lírios (Canto III).

A valorização da velhice, enquanto fonte do que Falkner denomina de «passive mastery» (1995: 9)⁸ veicula uma certa imagem daquela associada à sapiência, à experiência, à eloquência, à quietude contemplativa da sensatez que os que tiveram uma longa e bem conduzida vida usufruem. No contexto deste *ethos*, emerge a popular imagem do velho sábio, dedicado quase exclusivamente aos 'deleites do intelecto'. Esta frequentemente veiculada pela tradição literária e integra uma visão romântica do velho que, ao aproximar-se do fim da vida, secundariza as preocupações e as exigências mundanas em prol de uma maior proximidade para com o mundo espiritual. Montaigne, por exemplo, no seu ensaio sobre a solidão, lembrando o seguinte:

Diz Sócrates que os jovens devem instruir-se; os homens feitos para procurar agir acertadamente; os velhos abandonar toda a ocupação, civil ou militar, e viver para a sua ideia, sem obrigações precisas (in Da Solidão).

E, de facto, na tradição do pensamento euro-americano contemporâneo frutifica ainda uma relevante tradição de se pensar a velhice. Esta poderá ser denominada de 'ethos contemplativo' e poderá ser retratada através da obra emblemática de Cícero (106 - 44 a.c.), *Cato Maior de Senectute*.⁹ Na obra, o autor realiza a apologia da velhice, encarando-a, sobretudo, como uma fase de desenvolvimento e de libertação do espírito.

A obra assume a forma de diálogo entre Catão, o ancião, e dois jovens Laelius e Scipion. Pela voz de Catão, Cícero refuta as principais acusações dirigidas contra a velhice: o afastamento das ocupações, o enfraquecimento do corpo, a privação dos prazeres e a proximidade da morte (Belmont, 1997: 160). Os dois jovens interlocutores

⁷ Nos poemas homéricos, sobretudo em *A Ilíada*, areté é frequentemente associada à bravura, à força e à actuação dos guerreiros: «En general designa (...) la fuerza y la destreza de los guerreros o de los luchadores, y ante todo el valor heroico considerado no en nuestro sentido de la acción morale y separada da la fuerza, sino intimamente unido» (Jaeger, 1933: 22). Neste sentido, a obra, retratando um mundo situado numa época marcada pelo conflito, ilustra o espírito heróico da areté, onde o desempenho na guerra, a vitória e o alcançar da glória eterna constituem os valores mais elevados.

⁸ Em contraposição ao «active mastery» do herói.

⁹ Mais homem de Estado do que filósofo, escreveu sobre diversos temas distintos (sabedoria, lógica, moral, política, etc). A sua característica distintiva é o eclecismo, bebendo das várias doutrinas existentes no seu tempo. Com a obra de Cícero «one first finds the formulation and refutation of standard points of complaint against old age (the absence of physical pleasures, and the bad treatment of the old by their family and acquaintances) together with the general moralistic idea that how one fares in old age depends on one's character and behaviour more than on external circumstances» (Powell, 1988: 24 - 25).

veiculam, assim, a representação social da velhice da sociedade romana na época de Cícero. Pela voz de Catão, Cícero refuta as principais acusações dirigidas contra a velhice: o afastamento das ocupações, o enfraquecimento do corpo, a privação dos prazeres e a proximidade da morte (Belmont, 1997: 160). Vejamos alguns dos seus argumentos.

Cícero argumenta que se a idade avançada não permite actividades que exijam vigor, agilidade e robustez física, ela concede as que assentam na sabedoria e na autoridade. Nesta óptica, a maturidade e a sabedoria consistem em frutos valiosos do tempo e da experiência e são esses mesmos valores aqueles que devem presidir aos destinos colectivos. Refuta, igualmente, a ideia de que a velhice traz necessariamente consigo a redução ou a perda das faculdades intelectuais, arguindo que, mantendo-se o espírito activo e combatendo uma «velhice sonolenta» (XI-36), uma idade avançada pode inaugurar uma fase de plenitude intelectual. A segunda acusação dirigida contra a velhice baseia-se na constatação dos processos de envelhecimento físico, pelos quais o enfraquecimento do corpo seria interpretado como a debilitação da pessoa em si mesma. Desenrolando alguns dos argumentos já apresentados, Cícero subordina agora, e de maneira explícita, a dimensão física ao espírito e à consciência. Não se deve, pois, lastimar a diminuição da vitalidade do corpo, pois «cada idade tem o seu temperamento» (Belmont, 1997: 161).¹⁰

Já em *A Ilíada*, o ascendente do *ethos* heróico da Antiguidade tende a retraduzir a ambivalência com que a velhice (ora como depositário da sabedoria ancestral, ora como declínio e fim), é retratada num sentido predominantemente negativo. Isto porque a sabedoria, a sensatez e uma vida longa e bem sucedida não são em suficientes para o *ethos* heróico se não forem concretizados em acções implicadas no centro das dinâmicas da vida social. A *areté* heróica não se compatibiliza com a retirada do campo de batalha originada pela perda de vitalidade da juventude que a velhice impõe. No mundo heróico, de facto, a acção toma precedência sobre a palavra. Nesta perspectiva, a velhice é vista como o início do processo pelo qual o herói perde gradualmente as qualidades que mais necessita e valoriza: vitalidade, agilidade, impetuosidade, ousadia, individualidade, competitividade. Assim, «in Homer (...) heroism clearly means youthful heroism (...). But the physical degeneration of old age disqualifies the elderly from the activities that mark one as a hero» (Falkner, 1995: 30 - 31). Tal está bem presente quando Agamémnon, chefe grego, irmão de Menelau, exorta Nestor, o Ancião:

Ó velho, que bom seria se, do mesmo modo que o teu coração em teu peito, os teus joelhos te obedecessem e as tuas forças fossem firmes! Mas a velhice apoquentá-te, igual para todos. Quisessem os céus que outro homem a sofresse! Para que tu pertencesse ao número dos jovens! (Canto, IV).

Outro exemplo destes valores ambíguos atribuídos à velhice na Antiguidade é a maneira como se valoriza em absoluto a morte heróica. O herói homérico opta por ter uma vida curta, mas plena, esperando que a glória lhe possa garantir uma vitória simbólica sobre a morte. Como a morte heróica é a morte jovem, a velhice (e a morte de/na velhice) é a antítese do *ethos* heróico. É, por exemplo, neste sentido que, em *A Ilíada*, se deverá interpretar a escolha apresentada a Aquiles entre um destino de fama e glória imortal ou uma vida longa sem glória. Esta escolha implica não só a afirmação da morte heróica, mas também um certo desprezo e rejeição da velhice.

Se continuar aqui, a combater, em volta da cidade dos Troianos, perderei a esperança no regresso, mas a minha glória será imortal; se tornar a casa, à terra da minha pátria, perderei a esperança na nobre glória, mas a minha vida será longa, e só ao cabo de muito tempo o fim, a morte, me atingirá. (Canto IX).

Será precisamente a isto a que Jaeger chama de sentimento heróico: preferir cumprir uma acção grandiosa e magnífica, a preencher os anos com insignificantes actos ou com uma existência em indolente repouso; preferir superar-se a si mesmo a resignar-se. Relembre-se que no *ethos* heróico é a acção que dignifica e define o valor do indivíduo. O estatuto de herói e o reconhecimento da sua excelência são alcançados com a sua morte prematura, jovem, no campo de batalha. Neste sentido, a morte é a componente de *areté* da categoria de heroísmo.

Em suma, enquanto que o *ethos* contemplativo assenta no primado do espírito, valorizando a sabedoria, 10 O subtexto do seu pensamento consubstancia-se na ideia de que uma boa velhice é o corolário de uma vida boa, donde se conclui que, para o autor, e à semelhança da concepção renascentista, a experiência do envelhecimento depende em grande medida do carácter do sujeito e das suas acções: *Les armes qui conviennent vraiment le mieux à la vieillesse, ce sont, Scipion et Léluis, les lettres et la pratique des vertus: cultivées à tout âge, après une vie longue et bien remplie, elles portent des fruits merveilleux, non seulement parce qu'elles ne nous abandonnent jamais, même au dernier stade de la vie, - et c'est déjà très important - mais encore parce que la conscience d'avoir bien mené sa vie et le souvenir d'avoir accompli nombre de bonnes actions sont des plus agréables* (III - 9).

a quietude e um certo afastamento do mundano, o *ethos* heroico baseia-se no primado da acção que está colocada no centro do mundo social e da avaliação das identidades. Levar à perfeição e à excelência os ideais de ambos *ethos* depende do cumprimento da *areté*. Todavia, se, no *ethos* contemplativo, a *areté* da sabedoria só é alcançada com a acumulação da experiência e da sabedoria trazida pela velhice, no *ethos* heróico a velhice é, à partida, a antítese da *areté*, superada apenas quando a perfeição e a excelência são alcançadas com a superação do si mesmo, a qual só a morte jovem, violenta, decorrente de uma acção grandiosa, pode concretizar.

III. A velhice no *ethos* do novo: o envelhecimento activo

A comemoração de 1999 como o Ano Internacional das Pessoas Idosas, proclamado pela ONU, popularizou a expressão ‘envelhecimento activo’. Ao abrigo desta celebração, o paradigma do envelhecimento activo foi sendo ancorado e elaborado de acordo com diversos princípios. Destes destacar-se-ão três: o princípio da autonomia, o princípio do desenvolvimento pessoal e o princípio da participação activa na sociedade.¹¹

Os objectivos do princípio da autonomia consistem, fundamentalmente, em reforçar a autonomia das pessoas idosas e em proporcionar rendimento digno, acesso à formação pessoal e uma participação mais activa na família e na comunidade. O princípio do desenvolvimento pessoal assume, igualmente, uma especial relevância. Destina-se a redescrever a *terceira idade* como fase de desenvolvimento a ser promovida ao nível da educação, da cultura, dos tempos livres, etc. Por fim, o princípio da participação activa na sociedade tenta materializar as ideias já implícitas nos princípios anteriores, nomeadamente a de emancipação, pelo envolvimento dos indivíduos na definição e aplicação das políticas que, directa ou indirectamente, interferem na sua qualidade de vida.

Sublinhe-se, neste ponto, o emprego de novos instrumentos e estratégias discursivas destinadas à fundação de um novo idioma sobre a velhice ancorado em ideias de emancipação, cidadania e participação. E são estes os elementos centrais com que se tece ideologicamente o paradigma do envelhecimento activo. Neste paradigma, aquilo que são princípios centrais do envelhecimento activo – autonomia, desenvolvimento pessoal e participação/envolvimento – convertem-se em estratégias de (re)integração da experiência social do envelhecimento no mundo social contemporâneo, i.e., no *ethos* do novo. Tal (re)integração passa, por seu turno, por uma espécie de actualização, pela qual se re-adquire o controlo da construção identitária. O pertencer à contemporaneidade requer, pois, o estabelecimento de uma relação activa, existencial e hermenêutica com o tempo presente. Como?

Na prossecução das propostas elaboradas pelo envelhecimento activo, os sujeitos, apesar das suas pertenças geracionais e apesar dos visíveis marcadores do seu envelhecimento, são desafiados a adequar as suas subjectividades aos ideais veiculados por esse *ethos* do novo: dinamismo, vitalidade, engajamento no mundo, etc. Essa adequação, ou actualização, permite negociar o processo de estigmatização, encetado pelo envelhecimento. Mas exige uma performance particular: a performance de presenças sociais actuautes e re-significadas.

Dois exemplos performativos poderão ser evocados brevemente para ilustrar este trabalho de produção identitárias na velhice: a centralidade das narrativas pessoais na interacção social e a adesão ao que se poderá denominar de ‘dever saúde’.

As narrativas constituem o meio privilegiado para a circulação da projecção ideal da identidade pessoal e para a construção de uma sociabilidade não enclausurada pelas imagens negativas da velhice. De facto, as narrativas pessoais são exercícios de uma profunda reflexividade que se destinam a veicular re-estruturas valorativas das subjectividades. Os indivíduos constroem as suas auto-representações, fundadas em processos que naturalizam as suas personalidades como sendo combativas, não acomodadas, interventivas, energéticas, e, ao fazê-lo, re-apresentam-se a si próprios e aos outros.

Nestas narrativas, aquilo que cada um foi no passado é desencarcerado e ganha uma nova significância, não unicamente numa perspectiva de rememoração nostálgica, mas, antes de mais, como forma de re-afirmar a pertença ao mundo social. O contar histórias do passado possui, por isso, uma racionalidade que valida

11 Consultar: <http://www.un.org/swaa2002/bol1.htm>. Refira-se que, em 2002, foi realizada a Segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento.

auto-representações. As histórias e as memórias convertem-se em processos interpretativos, incitados por interrogações ontológicas ('o que eu sou hoje?'), suscitadas por preocupações do presente. Os indivíduos podem manipular a sua narração do passado como forma de pertencerem ao presente. Tal capacidade torna-se especialmente importante em situações onde são confrontados com estereótipos ou práticas que tendem a desconfirmar as suas projecções identitárias. Re-significar o passado, tornando pertinente para o presente mediante novos códigos linguísticos, novas ficções, novas projecções identitárias, é uma apetência, uma capacidade crucial, levada a cabo através de estratégias de perpetuação (re-significar o passado) e de emancipação (participar no presente). Trata-se de um novo trabalho cultural de produção identitária que, inserido nas propostas do envelhecimento activo, recorre a ideias veiculadas pelo imaginário heróico: o jovem herói intrépido é, assim, transfigurado no idoso que vive «por todos os poros».

Uma outra forma de ilustração é a que realiza uma abordagem à velhice através da problematização da temática do corpo.¹² Nestes casos, as estratégias de negociação do envelhecimento são realizadas mediante o controlo atento dos corpos e da saúde. Ao contrariar os efeitos negativos do envelhecimento, potencialmente conducentes a situações de dependência e/ou incapacidade, a demanda por uma longevidade saudável é aqui o cerne da luta pela definição da identidade. Nestes casos, observa-se, portanto, uma importante transformação relativamente ao *ethos* heróico da Antiguidade Grega: se neste, a velhice é a antítese da areté heróica (alcançada pela morte jovem e gloriosa), neste contexto é a longevidade saudável que permite, mesmo à velhice, o cumprimento do ideário heróico, agora ligado a um corpo são, e, simultaneamente, o do envelhecimento activo.

Neste âmbito, por exemplo, a prática de desporto e de um 'dever saúde' exigem uma rotina em que o desempenho é pautado por dinamismo, vigor e vitalidade – valores estes simbolicamente associados ao imaginário da juventude. Simultaneamente, essas qualidades são especialmente valorizadas, porque são visíveis em indivíduos cujos processos de envelhecimento são reconhecidos pelos próprios e por outros. O seu desempenho constitui, nesta perspectiva, uma demonstração da qualidade *heróica* dos seus autores que superam os seus limites e cumprem o seu potencial. Encontramos aqui duas similaridades importantes entre o envelhecimento activo e o *ethos* heróico. Por um lado, o primado de acção deste último é convertido na necessidade de desenvolver e ser-se envolvido em actividades, tal como é advogada pelo envelhecimento activo. Por outro lado, e à semelhança do *ethos* heróico, o desempenho dessas actividades deverá ser visível e comunicado a terceiros. Esta dimensão pública da performance identitária é extraordinariamente importante, porque será a apreciação pública das acções que irá assegurar a validade da projecção identitária (Goffman, 1991).

A pertença dos mais velhos ao *ethos* do novo não é, culturalmente, óbvia, dado o peso de representações sociais idosistas da velhice e/ou de visões bucólicas da mesma decorrentes do *ethos* contemplativo, como analisado aquando da discussão sobre Cícero. É na medida em que os indivíduos se re-inscrevem na experiência da contemporaneidade, mediante a sua adequação ao *ethos* do novo (a qual é proporcionada pelo cumprimento da ideologia do envelhecimento activo), que faz com que as suas performances identitárias se constituam como *actos heróicos* de reinvenção pessoal. São actos heróicos, porque integrar o *ethos* do novo, assim como as estratégias preconizadas pelo envelhecimento activo, implica a superação da condição de debilitação atribuída, quer socialmente, quer por eles próprios, à velhice.

IV. A modalidade heroica da velhice: uma crítica

Observou-se que o *ethos* heróico da Antiguidade Grega se encontra simbolicamente associado à imagem da juventude. Para além disso, congrega valores específicos - ousadia, coragem, autonomia, vitalidade, capacidade de auto-superação -, que parecem ser especialmente adequados ao cumprimento do *ethos* do novo, o qual é marcado por ideais de inovação, produtividade, desenvolvimento, mudança, etc. A inscrição das propostas identitárias do envelhecimento activo na tradição epistemológica do Ocidente requer um exercício de vigilância

12 Para autores como Featherstone e Wernick (1995) e Hewitt (1996), vários dos estereótipos atribuídos à velhice devem ser entendidos num contexto histórico onde se desenvolveu uma sensibilidade especial para com o controlo do corpo. Csordas (1994: 28) poderá contribuir para uma melhor contextualização do processo agora retratado. Segundo o autor, no capitalismo tardio, a «new life politics of personal identity has focused so largely on issues of bodiliness because, I suggest, the appropriation of bodiliness, in all its aspects (...) is the fundamental matriz (...) of the production of personhood and social identity. What is at stake in the struggle for control of the body, in short, is control of the social relations of personal production».

epistemológica. Reconhecendo-se, pois, que nenhuma produção cultural e científica existe no vácuo, mas sim na esteira sedimentar do pensamento, poder-se-á ler criticamente o paradigma do envelhecimento activo à luz dos legados de *ethos* heróico da Antiguidade Clássica e à luz das demandas do *ethos* do novo.

As similitudes identificadas entre o envelhecimento activo e o *ethos* heróico dizem respeito, sobretudo, às questões relativas ao valor da individualidade e ao primado da acção. As performances identitárias regem-se pela procura do reconhecimento da pertença - não serôdia, mas actualizada -, ao mundo social. Tal exige um envolvimento específico que, compatibilizando-se com o *ethos* do novo, é validado mediante a apreciação das acções levadas a cabo. Cumprir o primado da acção é, assim, inseparável da possibilidade da projecção identitária. Trata-se, fundamentalmente, de «recuperar o existir (que) é recuperar a posição do ‘si-mesmo’ em toda a espessura das suas obras, porque o esforço ou o desejo de existir exigem ser testados em obras» (Mongin, 1994: 60).

A diferença relativamente ao imaginário heróico da Antiguidade é que se processou uma transformação da componente de *areté*. A excelência e a perfeição encontra-se agora numa longevidade saudável que permitirá aceder ao imaginário da juventude. Viver intensamente, por causa e apesar da velhice, glorifica uma vida bem sucedida. Trata-se de um feito grandioso, alcançado pese embora as dificuldades decorrentes do próprio processo de envelhecimento e dos obstáculos criados social e culturalmente por uma visão negativa da velhice.

Apesar do seu potencial emancipatório, esta modalidade heróica de envelhecimento apresenta alguns limites importantes. Em primeiro lugar, trata-se apenas de uma modalidade de experienciar o envelhecimento e a velhice, a qual se encontra profundamente ancorada nas condições objectivas de existência dos indivíduos. Quer isto dizer, que o seu acesso e o usufruto são fortemente condicionados por factores de classe, estatuto sócio-económico e educacional. Significa, também, que tal modalidade não é universalizável, podendo, inclusivamente, operar como um eixo de desigualdade ao nível das possibilidades de reinvenção pessoal entre grupos sociais distintos. Por outro lado, como refere Holstein, estas imagens apresentam uma importante dimensão normativa, ao promoverem a associação entre o envelhecimento activo e o prolongamento da juventude: «This image of youth and glamour (...) has both normative and descriptive dimensions. If we are thinking about it normatively in terms of the aging self, then I want to know: does this image perpetuate oppression, deepen marginalization or enhance hegemonic power? What will this image do for the aging person who is chronically ill or otherwise disable, a time when the sense of self is dramatically challenged? What would it mean if this became one of the dominant narratives about old age (...)? Can it provide meaning to any but the relatively few?» (2000: 325). Por fim, ao redescrever a velhice de um modo que ressoa no imaginário heróico, a ideologia do envelhecimento activo re-inscreve aquela no tempo presente, mas de acordo com o *ethos* do novo. O seu potencial emancipatório é, assim, não só restringido a grupos específicos, como também opera como fonte de normalização e adequação à ordem social vigente.¹³

Apesar destas limitações, a modalidade heróica do envelhecimento e da velhice, propiciada pelo envelhecimento activo, oferece possibilidades existenciais relevantes, nomeadamente a da própria possibilidade de uma ontologia crítica.

BIBLIOGRAFIA

- Belmont, Nicole, 1997, «Velhice». *Enciclopédia Einaudi*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda. 152 - 166.
- Canguilhem, Georges, 1991, *The normal and the pathological*. NY: Zone Books.
- Choi, Nainkee G.; Dinse, Sau-Ling, 1998, «Challenges and opportunities of the aging population : social work education and practice of productive aging». *Educational Gerontology*, 24: 2. 159-173.
- Cícero, 1989, *Caton l'Ancien (De La Vieillesse)*. Paris: Les Belles Lettres.

¹³ Reportando-se ao estudo que realizaram no Brasil, Ferreira *et al* consideram que «when not associated with the word active, aging was represented as a synonym for losses and disability, which demonstrates the difficulty experienced by the elderly to accept this phase of life» (2010: 1063).

- Csordas, Thomas, 1994, «Introduction: The Body as Representation and Being-in-the-World» in Thomas Csordas (org), *Embodiment and Experience - The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Falkner, Thomas M., 1995, *The Poetics of Old Age in Greek Epic, Lyric and Tragedy*. Oklahoma: University of Oklahoma Press.
- Featherstone, Mike; Wernick Andrew, 1995, «Introduction» in Mike Featherstone; Andrew Wernick (ed.), *Images of Aging. Cultural Representations of Later Life*. London: Routledge. 1 – 18.
- Ferreira, Olívia *et al*, 2010, «Active ageing from the perspective of aged individuals who are functionally independent». *Rev. Esc. Enferm. USP*. 44 (4). 1060-4.
- Foner, Nancy, 1984, «Age and Social Change» in David Kertzer; Jennie Keith (org.), *Age and Anthropological Theory*. Ithaca: Cornell University Press. 195 - 214
- Fortes, M., 1984, «Age, Generation and Social Structure» in David Kertzer; Jennie Keith (org.), *Age and Anthropological Theory*. Ithaca: Cornell University Press. 99 - 120
- Gergen, Kenneth; Gergen, Mary M., 2000. «The New Aging: Self Construction and Social Values» in K. Warner Schaie; Jon Hendricks (org), *The Evolution of the Aging Self. The Societal Impact on the Aging Process*. New York: Springer Publishing Company, Inc. 281 -306
- Goffman, Erving, 1993, *A Apresentação do Eu na Vida de Todos os Dias*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Gutmann, David, 1987, *Reclaimed Powers. Towards a New Psychology of Men and Women in Later Life*. London: Hutchinson
- Holstein, Martha, 2000, «The 'New Aging': Imaginig Alternative Futures» in K. Warner Schaie; Jon Hendricks (ed.), *The Evolution of the Aging Self. The Societal Impact on the Aging Process*. New York: Springer Publishing Company, Inc. 319 - 333
- Homero, 2004 (850 a.c.), *A Ilíada*. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Jaeger, Werner, 1933, *Paidea. Los Ideales de la Cultura Clássica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Mongin, Olivier, 1994, *Paul Ricoeur: As Fronteiras da Filosofia*. Lisboa: Piaget
- Montaigne, Michel de, 1991, (1580), *Ensaio*s. Lisboa: Nova Cultural.
- Pereira, M^a Helena da Rocha, 1965, *Estudos de História da Cultura Clássica*. Vol. I. Lisboa: Calouste Gulbenkian
- Powell, J. G. F., 1988, *Cicero: Cato Maior de Senectude*. Cambridge: Cambridge University Press
- Thonnard, F.-J-, 1953, *Compendênio de História de Filosofia*. Roma: Desclée e Cna, Editores Pontifícios.
- Viegas, Susana, 1996, «Corpo ausente» in Miguel Vale de Almeida (ed.), *Corpo Presente. Treze Reflexões Antropológicas sobre o Corpo*. Oeiras: Editora Celta. 154 – 171.

Famílias Cuidadoras: Problemas e Desafios

Anita Liberalesso Neri

Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Os temas família e cuidado são de grande interesse para a teoria e a intervenção em Gerontologia. No caso da teoria, é importante gerar princípios e generalizações baseadas em dados, que ajudem a compreender as mudanças que ocorrem nas relações familiares, na presença de idosos doentes e com algum grau de dependência física e cognitiva. Paralelamente, importa conhecer modalidades de intervenção que tragam mais benefícios à qualidade de vida dos idosos e de seus familiares e à eficácia dos cuidados oferecidos no contexto doméstico.

A família pode ser definida como um microsistema formado por pessoas ligadas por relações de dar e receber afeto, proteção e educação, as quais propiciam o desenvolvimento de ligações afetivas, identidade e senso de pertencimento. As relações familiares são regidas por normas econômicas, legais, de compromisso e de consanguinidade. Ao longo do tempo, as mudanças na estrutura e nas funções da família são definidas pela emergência de novas tarefas evolutivas de seus membros e da família como sistema e pela ocorrência de eventos de vida não-normativos. Além disso, o funcionamento da família e as mudanças que sofre ao longo de seus ciclos, refletem influências socioeconômicas e culturais. Os cuidados oferecidos a idosos no contexto da família podem ser definidos como ações de criação, manutenção e oferta de apoios materiais, instrumentais, afetivos, cognitivos, sociais e culturais, ações essas pautadas por princípios de solidariedade, compromisso e obrigação. Estes são valores essenciais à manutenção e ao desenvolvimento da família e da cultura.

Em comparação com aqueles oferecidos por organizações dedicadas a oferecer serviços formais de saúde e proteção social a idosos, os cuidados prestados em família e os oferecidos por amigos, vizinhos, membros de grupos religiosos e voluntários são de natureza informal. Não institucionalizados, não profissionalizados e não remunerados, eles são regidos por normas sociais de obrigação, solidariedade, amizade, filantropia e caridade. O caráter formal dos cuidados prende-se ao fato de serem subordinados a regulações econômicas e legais e a normas profissionais e éticas das profissões. Essas normas prescrevem por quem, como, quando, onde e sob que condições a ajuda e a proteção à saúde e ao bem-estar dos idosos podem e devem ser oferecidos e com quais critérios podem ser avaliadas. Oferecidos por profissionais e por instituições de saúde e proteção social, eles podem ocorrer em contextos institucionais (ex: hospitais, clínicas geriátricas, residências coletivas, abrigos), comunitários (ex: centros-dia) ou domésticos (por meio de visitas domiciliares). Os cuidados informais são oferecidos por familiares, amigos, vizinhos, grupos religiosos e voluntários, que atuam predominantemente nos domicílios familiares.

Em muitos países, entre as categorias de prestação de cuidados formais e informais, existe uma área de transição em que a informalidade se mescla com a formalidade. Cita-se aqui o caso específico de pessoas contratadas pelas famílias como trabalhadores domésticos, especificamente para prestar cuidados a idosos, ou mesmo de pessoas que mesclam o desempenho de funções de cuidar da limpeza da casa, do arranjo do ambiente físico e da alimentação da família com o desempenho de cuidados instrumentais e companhia a idosos com algum grau de dependência. Geralmente são pessoas de baixa escolaridade, muitas vezes imigrantes, que não conseguem postos de trabalho no mercado formal ou desejam ganhar mais do que o mercado lhes oferece, e não têm treino em prestação de cuidados. Não se encaixam na categoria de cuidadores familiares informais, porque

suas relações não cumprem os requisitos de consanguinidade, obrigação e mesmo solidariedade e porque são remuneradas. A questão então reside no fato de não serem profissionais do cuidado a idosos e assim, não estarem submetidos às regulações das profissões tradicionalmente vinculadas à prestação de cuidados a saúde. Discute-se também a qualidade dos cuidados prestados, uma vez que a remuneração geralmente mais baixa desses profissionais corresponde à inexistência de preparo e, eventualmente, à precariedade dos serviços prestados. Seja como for, e sem entrar no mérito da legitimidade, eles respondem à uma demanda social. Assim, constituem mais um elemento a ser considerado na constelação de variáveis envolvidas no cuidado familiar a idosos.

A relevância social do estudo do cuidado familiar é grande, considerando-se que, em todo o mundo, esta modalidade de cuidado predomina sobre os formais. Estima-se que nos países da OCDE e nos Estados Unidos, 80% dos idosos com perda de capacidade funcional para desempenhar atividades instrumentais de vida diária sejam cuidados por familiares (Jacobzone, Cambois e Robine, 2000/2001) e um em cada quatro adultos americanos cuide de pelo menos um adulto com mais de 50 anos. Por outro lado, a proporção de idosos vivendo em instituições varia entre 0,2% nas Filipinas e 3,3% no Uruguai, passando por 0,8% no Brasil (Lloyd-Sherlock, 2010).

Este texto tem três objetivos. O primeiro é sintetizar os principais dados da literatura sobre cuidados familiares a idosos. Apontar duas lacunas nessa literatura é o segundo objetivo deste texto. Para cumprir o último objetivo, serão apontados problemas e desafios a serem considerados pela pesquisa para que ela possa melhor cumprir sua missão de iluminar os caminhos de busca de explicações sobre os fenômenos envolvidos.

Tendências da literatura sobre prestação de cuidados a idosos no contexto da família

A literatura sobre cuidado familiar a idosos é caracterizada por três tendências. A primeira delineou-se entre os anos 1960 e 1980, movida pelas dúvidas sobre os resultados que a combinação entre o aumento do número de idosos, a expansão da longevidade, as mudanças na família e o aumento da escolaridade e da profissionalização das mulheres trariam para o cuidado familiar a idosos. Foi um período caracterizado pela condução de estudos de natureza sociodemográfica e explanatória sobre quem eram, quantos eram, o que faziam e onde viviam os cuidadores familiares de idosos.

Nos vinte anos que se seguiram (1980-2000), as novas teorias sobre estresse e enfrentamento que estavam emergindo na Psicologia (Lazarus & Folkman, 1984; Aldwin, 1994) serviram como fundamentos para a realização de estudos correlacionais que objetivavam identificar variáveis de saúde, sociológicas e psicológicas associadas ao bem-estar físico e psicológico do cuidador. Predominou nessa literatura a ênfase nos conceitos de ônus, sobrecarga e estresse do cuidador, todos subprodutos negativos do prestar cuidados no contexto da família (ver por exemplo, Pearlin et al, 1990). Pouca importância foi dada à identificação de subprodutos positivos ou ganhos. Deu-se grande realce às avaliações cognitivas dessas condições, com base no reconhecimento de que as avaliações subjetivas explicam melhor o impacto do cuidado sobre o bem-estar global do cuidador do que as avaliações objetivas.

Nos anos 2000 delineou-se a tendência de realizar estudos envolvendo a avaliação dos efeitos de intervenções educacionais e clínicas sobre suas competências para enfrentar tarefas e sobre o senso de ônus físico e psicológico gerado pelo prestar cuidados. Poucos entre esses estudos são rigorosamente experimentais e poucos investem no acompanhamento dos cuidadores ao longo do tempo, tendências que vêm se delineando aos poucos nos últimos anos. Hoje em dia, a pesquisa é caracterizada pela continuidade das tendências presentes anteriormente e pelo refinamento dos instrumentos de coleta de dados e das técnicas estatísticas.

As meta-análises de literatura desenvolvidas por Pinquart e Sörensen nos anos 2000 (2003a, 2003b, 2003c, 2004, 2006a, 2006b, 2007) são a principal e mais confiável fonte de informações sobre a literatura sociodemográfica dedicada ao estudo do cuidado familiar. As principais conclusões dos autores acompanhadas por breves comentários são apresentadas em tópicos. A seguir:

1. Existe um padrão hierárquico que preside a assunção de adultos e idosos ao papel de cuidador: em primeiro

- lugar a esposa, depois as filhas, em seguida outros parentes e por último, vizinhos, amigos e voluntários. Esse padrão é em parte determinado por tendências sociodemográficas e epidemiológicas (em geral as mulheres são mais novas que os maridos e, embora sejam geralmente mais doentes, as mulheres vivem mais do que os homens).
2. A maioria das cuidadoras de idosos são mulheres com 65 anos e mais, que enfrentam demandas competitivas, como cuidar de crianças e da casa e cuidar da própria saúde. Com o envelhecimento populacional, cresce a probabilidade de que as cuidadoras de idosos também sejam idosas. Raramente os cuidadores são homens (entre eles sobressaem os cônjuges),
 3. Em todo o mundo, as famílias respondem majoritariamente pela prestação de cuidados contínuos, intermitentes e agudos a idosos doentes, dependentes e incapacitados. Estima-se que entre 80 e 90% dos idosos, em diferentes países, sejam cuidados pela família.
 4. A institucionalização e o apelo a recursos formais são as últimas coisas que as famílias cuidadoras fazem. Mesmo em países em que os recursos formais objetivados em residências permanentes ou temporárias, e mesmo naqueles em que existem menos preconceitos com relação a confiar os idosos a espaços institucionais, a família é a principal fonte de apoio aos idosos. Em países mediterrâneos e na América Latina, onde há menos recursos formais a oferecer a idosos do que em países mais ricos (Exs: Canadá, Estados Unidos, Noruega e Inglaterra), internar um familiar mais velho é uma decisão muito mais difícil, em virtude do peso dos preconceitos e das ideologias, que acarretam críticas e culpas nos âmbitos pessoal, familiar e social (Neri, 2010).
 5. A maioria dos idosos vivem geograficamente próximos de pelo menos um filho. Isto facilita os contatos, a prestação de cuidados diretos e a supervisão de cuidados prestados por outrem.
 6. O intercâmbio de ajuda entre as gerações é mais a regra do que a exceção. As mulheres idosas ajudam mais as filhas, em trabalhos domésticos e de cuidado com as crianças; os homens idosos ajudam mais os filhos e em termos materiais.
 7. Os cuidadores pontuam mais baixo do que os não-cuidadores em depressão, estresse, senso de autoeficácia e bem-estar subjetivo, mas entre eles há poucas diferenças com relação à saúde física.
 8. As mulheres cuidadoras relatam ter mais ônus, pontuam mais alto em depressão e têm níveis mais baixos de bem-estar subjetivo e de saúde física do que os homens cuidadores.
 9. As mulheres cuidadoras trabalham por mais horas, relatam mais problemas comportamentais nos idosos que são recipientes de cuidados, realizam mais tarefas de cuidado e dão mais ajuda em cuidados pessoais do que os homens cuidadores.
 10. Os problemas de comportamento dos idosos que são alvo de cuidado são mais importantes na determinação de desfechos negativos na saúde física e psicológica dos cuidadores familiares do que outros estressores, entre eles o ônus das tarefas.
 11. A quantidade do cuidado oferecido e os déficits físicos dos idosos que são alvos dos cuidados associam-se menos fortemente com o ônus percebido e a depressão em cuidadores de idosos demenciados do que em cuidadores de idosos não demenciados.
 12. Os déficits físicos e os problemas comportamentais dos alvos dos cuidados afetam mais a percepção de ônus das esposas cuidadoras do que as filhas cuidadoras.
 13. A melhoria da qualidade do cuidado prestado associa-se com mais bem-estar subjetivo e os estressores associam-se com depressão em familiares cuidadores.
 14. Sörensen, Pinquart e Duberstein (2002) criaram uma tipologia para as intervenções junto a cuidadores de idosos, com os seguintes elementos:
 - Intervenções de alívio, que ocorrem principalmente no âmbito do cuidado institucional.

- Intervenções de suporte, representadas por grupos de apoio emocional.
 - Abordagens psicoeducativas, que focalizam principalmente a informação.
 - Treino de competências, com o objetivo de contribuir para que os cuidadores melhor desempenhem a gestão das alterações físicas e comportamentais.
 - Intervenções psicoterapêuticas, representadas por programas de psicoterapia individual ou familiar.
15. Dados de meta-análise envolvendo estudos de intervenção mostram que aquelas de natureza psicoeducacional que visam ao desenvolvimento de conhecimentos e competências do cuidador e as intervenções clínicas são mais eficazes na determinação do seu bem-estar do que as demais.

A literatura resenhada até aqui é bastante esclarecedora e heurística com relação à pesquisa e à intervenção. No entanto, por motivos que não vem ao caso comentar, ela não leva em conta que o idoso que necessita de cuidados é um ser histórico, interpretativo e envolvido por redes de relações familiares vitalícias. Não é necessariamente uma vítima, nem um santo, assim como o cuidador tampouco o é. Ambos são pessoas com suas peculiaridades, e mais que isso, que compartilham uma história de relacionamento. Não considera que a família muda ao longo do tempo, desenvolvendo-se em ciclos, conforme nascem e crescem filhos que vão cumprindo suas tarefas evolutivas, assim como os que um dia foram fundadores do núcleo familiar tornam-se pais e depois avós, cumpriram e cumprem papéis, envelhecem, adoecem e tornam-se necessitados de ajuda da descendência. Não leva em conta que a força da família para resistir a pressões externas e internas é aspecto central de sua adaptação em momentos críticos de sua história, caso do adoecimento de seus antigos provedores.

Lacunas na literatura sobre o cuidado a idosos oferecido no contexto familiar

Decorrência dos comentários que fecham o tópico precedente é o apontamento de duas lacunas a serem preenchidas na literatura sobre cuidado familiar. Uma diz respeito ao estudo das relações entre a estrutura, a dinâmica e a funcionalidade de famílias com idosos, famílias essas que vivem em diferentes situações socioeconômicas contextualizadas por diferentes condições macroestruturais, que podem ser mais ou menos benéficas às relações que nelas se desenvolvem. A outra diz respeito à escassez de estudos sobre o papel desempenhado pela resiliência familiar na funcionalidade e na adaptação de famílias cuidadoras de idosos. Entende-se por resiliência familiar a capacidade dela de resistir e de recuperar-se dos efeitos de estressores externos e internos e de florescer, mesmo em meio a adversidades.

problemas e desafios a serem considerados pela pesquisa e pela intervenção no trato com as questões associadas ao cuidado familiar a idosos

Entre os problemas e desafios contemporâneos com relação ao cuidado familiar a idosos podem ser citados:

1. Mudanças na composição e na complexidade da família tenderão a se refletir em sua dinâmica e funcionalidade.
2. Famílias pequenas com poucos membros em cada geração gerarão maior demanda por cuidado formal.
3. Idosos física e cognitivamente mais dependentes serão os mais prejudicados em situações de transição da família, mormente em contextos de pobreza.
4. O envelhecimento dos cuidadores e dos idosos que são alvos do cuidado demandará o aporte de mais recursos formais às famílias cuidadoras.
5. As mudanças nos papéis da mulher acarretarão menor disponibilidade de cuidadoras e de cuidados familiares.

6. Eventual da solidariedade intergeracional pode incrementar conflitos familiares e fazer decrescer o apoio prestado pela família.
7. A criação do conceito de intimidade à distância (Lawton, Silverstein & Bengtson, 1994) é reveladora de como as sociedades desenvolvidas se viram lidando com a impossibilidade de residência próxima ou coabitação. Hoje, o uso crescente da internet e das mídias sociais pelos idosos é uma tendência a ser investigada quanto a seus efeitos reaproximadores sobre a qualidade das relações familiares.
8. A imigração, o desemprego e a pobreza entre os mais jovens poderão determinar maior necessidade de os idosos se tornarem provedores familiares e cuidadores de crianças e adolescentes.
9. Na presença de crise financeira e desemprego, os filhos adultos tendem a permanecer por mais tempo residindo com os pais e até a voltar para o domicílio parental depois de terem saído para constituir família e trabalhar. A coabitação é ocorrência mais comum em contextos de pobreza e vulnerabilidade social, nos quais, mais do que se configurar como estratégia de cuidado, é estratégia de sobrevivência para o núcleo familiar. Nessas situações, geralmente os idosos saem prejudicados, pois o mais usual é que as famílias invistam mais nas crianças e nos adultos produtivos do que nos idosos. Quando devido à incapacidade, o idoso não pode mais ajudar a família, cresce a probabilidade de que seja negligenciado, discriminado, maltratado ou abandonado.
10. O declínio da capacidade de custeio da seguridade social pelo Estado determinará que a família e a comunidade precisem criar novas estratégias de proteção e cuidado aos idosos.
11. A expansão da longevidade dos deficientes mentais, dos doentes mentais, dos portadores de doenças que causam progressivo aumento da incapacidade ou progressiva perda de imunidade acarretará maior diversidade das situações de cuidado do que a observada hoje. Novas pressões sobre os sistemas informal e formal de apoio advirão dessas ocorrências.

Tais desafios geram prioridades para a pesquisa, entre as quais a melhor compreensão sobre:

1. a diversidade e a complexidade hoje existentes nas famílias com idosos;
2. as variações nas formas de transferência de recursos e de suporte;
3. as origens e as formas de manifestação das tensões entre as gerações;
4. como as mudanças nos papéis de gênero afetam as relações e os recursos internos da família;
5. os apoios formais necessários para propiciar aos cuidadores, conciliar trabalho e cuidado;
6. as mudanças nas normas e nos valores sobre o cuidado;
7. a variedade e a imprevisibilidade das trajetórias de cuidado;
8. os componentes da resiliência interna da família, entre eles valores, espiritualidade, coesão em situações de crise, afetividade e capacidade de negociação;
9. a interação entre os componentes da resiliência da família e os recursos sociais, entre eles informação, dinheiro e cuidado formal;
10. os limites entre o público e o privado, o pago e o voluntário e o formal e o informal;
11. a disponibilidade e a capacidade das famílias para cuidar dos idosos em diferentes regiões do país;
12. o impacto da migração rural-urbana, da pobreza e da crise econômica sobre a disponibilidade de cuidado familiar.

Finalmente, é necessário compreender o cuidado familiar num quadro de referencia sistêmico que envolve o idoso que é alvo de cuidados e o adulto ou idoso que cuidam; a estrutura e as funções das famílias cuidadoras; a estrutura e as funções das redes de apoio social informal externas à família, e a estrutura e as funções das redes de apoio social formal disponíveis para as famílias cuidadoras.

Referências

- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping and development: An integrative perspective*. New York: Guilford.
- Jacobzone, S., Cambois, E. & Robine, J. (2000/2001). Is the health of older persons in OECD countries improving enough to compensate for population ageing? *OECD Economic Studies*, Paris, n.30.
- Lawton, L., Silverstein, M. & Bengtson, V. (1994). Affection, social contact, and geographic distance between adult children and their parents *Journal of Marriage and the Family*, 56 (1), 57-68.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, coping and appraisal*. New York: Springer.
- Lloyd-Sherlock, P. (2010). *Population ageing and international development – from generalization to evidence*. United Kingdom: Policy Press.
- Neri, A.L. (2010). Desafios ao bem-estar físico e psicológico enfrentados por idosos cuidadores no contexto da família: Dados do Fibra Campinas (pp.303-336). In A. A. Camarano (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Sempre, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30 (5), 583-591.
- Pinquart e Sörensen (2003a). Predictors of caregiver burden and depressive mood: A meta-analysis. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B, P112-P128.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003b). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiving burden and depressive mood: A meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B, P112-P128.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003c). Differences between caregivers and non-caregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18, 250-267.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2004). Associations of caregivers stressors and uplifts with subjective well-being and depressive mood: A meta-analytical comparison. *Aging and Mental Health*, 8, 438-449.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2006a). Helping caregivers of persons with dementia: Which interventions work and how large are their effects: *International Psychogeriatrics*, 18, 577-595.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2006b). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 61 B (1), P33-P45.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: A meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62, P126-P137.
- Sörensen, S., Pinquart, M. & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42 (3), 356-372.

Idosos que cuidam de idosos

Helena Maia^{1,2} & Vanessa Dal Pozzo^{1,3}

1. Estudante de Doutoramento em Enfermagem, UCP - Porto

2. Centro Hospitalar de São João

3. CIIS - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, UCP - Porto

Resumo:

O envelhecimento faz emergir o fenómeno da assunção do papel de prestador de cuidados a idosos, por um cuidador informal também idoso. Este fenómeno tende a tornar-se mais frequente dadas as alterações sócio-demográficas. Por este motivo foi realizada a revisão da literatura onde se efetuou uma análise descritiva dos estudos. O cuidador informal assume o papel por diversos motivos, no seio da família. São várias implicações que emergem do cuidar. Neste contexto, os enfermeiros devem centrar-se no cuidador informal que presta cuidados a idosos mas que também vivencia simultaneamente o próprio processo de envelhecimento.

Palavras-chave: envelhecimento; idoso; cuidador informal; família

Resumen:

El envejecimiento lleva a cabo el fenómeno de cumplir el papel de proveedor de cuidado de ancianos por los cuidadores informales también mayores. Este fenómeno cada vez más frecuentes debido a los cambios socio-demográficos. Por este motivo se realizó una revisión de la literatura, donde se realizó un análisis descriptivo de los estudios. El cuidador informal asume el papel por varias razones, dentro de la familia. Hay varias implicaciones que surgen de cuidado. En este contexto, las enfermeras deben centrarse en los cuidadores informales de atención a las personas mayores, sino también experimentar al mismo tiempo el proceso de envejecimiento.

Palabras clave: envejecimiento, mayor, informal cuidadores, familia

INTRODUÇÃO

O presente artigo pretende apresentar o estado da arte sobre o fenómeno da assunção do papel de prestador de cuidados a idosos, por um cuidador informal idoso. Para efeito da revisão de literatura realizada, considerou-se pessoa idosa aquela que possui 65 ou mais anos de idade (Instituto Nacional de Estatística, 2012a).

Verifica-se uma aumento de famílias unipessoais e muitas destas tratam-se de idosos que vivem sós (28%) (Instituto Nacional de Estatística, 2012b). A solidão é um fenómeno muito frequente na população idosa e que merece a atenção dos enfermeiros (Ekwall, Sivberg, & Hallberg, 2005).

O aumento do índice de longevidade, índice de envelhecimento e da esperança média de vida, suportam a necessidade de estudo desta população tão específica que são as pessoas idosas. As necessidades dos idosos não se limitam ao facto de as pessoas viverem mais anos, mas também por outros motivos, como o facto de “idosos cuidarem de idosos” (Imaginário, 2004).

A assunção do papel de prestador de cuidados surge, geralmente, no seio da família (Sequeira, 2007). Emerge, portanto, um novo desafio, não só para a pessoa idosa que é cuidada, mas também para os seus familiares que por um lado, assumem o papel de prestador de cuidados e em simultâneo, vivenciam eles próprios o envelhecimento.

METODOLOGIA

Optou-se pela revisão da literatura com o objectivo de conhecer o estado da arte sobre este fenómeno da assunção do papel de prestador de cuidados a idosos, por um cuidador informal idoso.

Como fontes para a elaboração da revisão da literatura foram utilizados artigos periódicos das bases de dados: CINAHL Plus, MEDLINE, MedicLatina, PsycARTICLES, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Academic Search Complete, PsycBOOKS, e Scielo. Os artigos incluídos apresentavam texto completo e encontravam-se escritos em português ou inglês. A pesquisa foi realizada com as palavras-chave: elderly caregiver, older caregiver, old caregiver, family, home, carer. Foram igualmente utilizadas como fontes dissertações e teses, bem como livros de referência portugueses, subordinados à temática da prestação de cuidados.

Esta revisão da literatura foi realizada nas fontes referidas, cuja data de publicação se encontrasse entre os anos 2003 e 2013.

ANÁLISE

Através da leitura realizou-se uma análise descritiva dos estudos das diversas fontes utilizadas, com o objectivo de descrever o fenómeno referido.

Verificou-se que muitos dos estudos se referiam a estudos com cuidadores de idosos e não propriamente, idosos cuidadores de idosos. Além disso, muitos dos artigos incluíam amostras de cuidadores com idades muito variadas, não estando limitadas ao critério definido para a pesquisa: cuidadores de 65 ou mais anos.

RESULTADOS

Após leitura dos estudos que foram consultados, optou-se por uma questão de organização, dividir a apresentação dos resultados de acordo com as seguintes temáticas: cuidadores informais, quando o cuidador é também idoso e implicações do cuidar.

Cuidadores informais

A família tornou-se o contexto de prestação de cuidados informais por excelência (Petronilho, 2007; Abreu, 2011). O cuidador informal é considerado “o eixo da assistência familiar” (Lage, 2007).

O cuidado aos familiares é prestado, geralmente por mulheres (Imaginário, 2004; Petronilho, 2007; Sequeira, 2007), no entanto existem estudos em que os cuidadores informais são homens (Botelho, 2011).

No que se refere ao grau de parentesco, vários estudos referem a esposa e filha, como cuidador do idoso (Imaginário, 2004; Diogo, Ceolim & Contra, 2005; Sequeira, 2007). A dependência no autocuidado surge na literatura como um dos motivos para a assunção do papel (Diogo, Ceolim, & Cintra, 2005).

Quando o cuidador também é idoso

São vários os motivos para a assumpção do papel de prestador de cuidados a pessoas idosas dependentes: negação da institucionalização pelo idoso, estado de saúde do mesmo; dever de obrigação / retribuição; dependência financeira; proximidade física – afetiva; estado civil do cuidador; tradição familiar; empregabilidade (do cuidador). O amor e o carinho motivam, muitas vezes, a assunção do papel de prestador de cuidados (Abreu, 2011). A ausência de outra pessoa para prestar cuidados, é também uma das motivações para o exercício do papel (Botelho, 2011).

A tarefa de cuidar de pessoas idosas depende de variados fatores, como por exemplo: o grau de dependência; a disponibilidade de recursos materiais; ou, a possibilidade de obtenção de outros apoios (Pimentel & Albuquerque, 2010). A necessidade de recursos humanos, financeiros, materiais e de apoios institucionais é referida frequentemente pelos familiares cuidadores de dependentes idosos (Imaginário, 2004; Petronilho, 2007). No entanto, outros autores referem que, em Portugal, os serviços de apoio têm como objetivo ajudar os idosos, e não propriamente os prestadores de cuidados familiares (Fonseca, Gonçalves, & Pereira, 2010).

Com o envelhecimento, muitos dos cuidadores informais serão também eles idosos (Organização Pan-Americana da Saúde, 2005; Ekwall, Sivberg, & Hallberg, 2007). Muitos dos estudos centrados nos cuidadores informais de pessoas idosas tratam-se de cuidadores que em média apresentam 65 ou mais anos de idade (Rodrigues, Watanabe, & Derntl, 2006; Botelho, 2011). Esta realidade faz com que os cuidadores também eles idosos, se questionem sobre o futuro da pessoa a ser cuidada, pela morte ou incapacidade do cuidador (Botelho, 2011).

Implicações no cuidar

Cuidar pode conduzir a um isolamento, por restrição dos contactos sociais (Ekwall, Sivberg, & Hallberg, 2005) e diminuição do tempo disponível para si (Sequeira, 2007), dedicando a maior parte do seu tempo ao receptor de cuidados (Lau & Au, 2011).

A sobrecarga do cuidador idoso depende da saúde do próprio e do comportamento da pessoa cuidada (Ekwall, Sivberg, & Hallberg, 2007). Pelo isolamento e sobrecarga a que estão sujeitos os cuidadores idosos, há mesmo autores que chamam a estes cuidadores “vítimas ocultas” (Diogo, Ceolim, & Cintra, 2005).

Quanto maior for a limitação nas actividades de vida diária, estadio mais avançado da doença e agravamento das funções cognitivas do receptor de cuidados, maior é a sobrecarga do cuidador informal (Lau & Au, 2011). Esta noção de agravamento do estado de saúde do familiar idoso faz com que os cuidadores se sintam mais cansados no exercício do papel (Petronilho, 2007; Botelho, 2011). O cuidado prestado pelos cuidadores idosos a pessoas idosas pode levar o primeiro a “negligenciar-se” e a “vivências desconfortáveis” (Botelho, 2011).

A atenção e o suporte aos cuidadores idosos são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida do idoso fragilizado e do próprio idoso cuidador (Diogo, Ceolim, & Cintra, 2005). Deste modo, o prestador de cuidados e a pessoa cuidada, devem ser foco da atenção e intervenção de enfermagem.

CONCLUSÃO

A revisão da literatura realizada permitiu aprofundar o conhecimento deste fenómeno que é “idosos que cuidam de idosos”, que se estima cada vez mais frequente fruto das alterações sociodemográficas.

A atenção dos enfermeiros deve centrar-se não só na pessoa idosa mas também no cuidador idoso. São necessários mais estudos sobre estes cuidadores que vivenciam simultaneamente assunção do papel de prestador de cuidados e o próprio envelhecimento.

Os enfermeiros devem desenvolver intervenções de enfermagem promotoras de maior qualidade de vida e saúde dos cuidadores e da pessoa cuidada. Devem incentivar a manutenção dos contactos sociais dos

cuidadores, procurando diminuir/ prevenir a sobrecarga do cuidador e prevenindo o agravamento do seu próprio estado de saúde. Estes aspectos são de extrema relevância para a manutenção do exercício do papel de prestador de cuidados e simultaneamente a manutenção do idoso no domicílio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2011). *Transições e contextos culturais* (2.^a ed.). Coimbra: Formasau.
- Botelho, M. (2011). *Idoso que cuida de idosa*. Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Diogo, M., Ceolim, M., & Cintra, F. (2005). Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, 39 (1), 97-102.
- Ekwall, A., Sivberg, B., & Hallberg, I. (2005). Loneliness and older caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (1), 3-32.
- Ekwall, A., Sivberg, B., & Hallberg, I. (2007). Older caregivers' coping strategies and sense of coherence in relation to quality of life. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (6), 584-596.
- Fonseca, A., Gonçalves, D., & Pereira, S. (2010). Working family carers in Portugal: between the duty and the burden of caring for old vulnerable people. *International Journal of Palliative Nursing*, 16, 476-480.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012a, Fevereiro 3). *Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos*. Acedido em Maio 20, 2013, em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=134582847&DESTAQUEStema=00&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística, I. (2012b). *Census 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Instituto Nacional de Estatística, I.P.: Portugal.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Lage, M. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem - Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar, Porto.
- Lau, K., & Au, A. (2011). Correlates of Informal Caregiver Distress in Parkinson's Disease: A Meta-Analysis. *Clinical Gerontologist*, 34, 117-131.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* (1^a edição traduzida para o português ed.). (S. Gontijo, Trans.) Brasília.
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- Pimentel, L., & Albuquerque, C. (2010, dezembro). Solidariedades Familiares e o Apoio a Idosos: Limites e Implicações. *Textos & Contextos*, 251-263.
- Rodrigues, S., Watanabe, H., & Derntl, A. (2006). A saúde de idosos que cuidam de idosos. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, 40 (4), 493-500.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Helena Maria Ramos de Azevedo Maia, correio electrónico: eusoualeninha@hotmail.com

Vanessa Caroline Dal Pozzo, correio electrónico: vanessadalpozzo@hotmail.com

Idosos que cuidam de idosos no domicílio

Liliana Gonçalves¹, Maria Almeida², & Lígia Antunes³

1. Enfermeira, Mestre em Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria, Hospital Arcebispo João Crisóstomo Cantanhede

2. Doutora em Ciências de Enfermagem, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

3. Enfermeira, Mestre em Gerontologia, Hospital de Anadia

Resumo:

O progressivo envelhecimento populacional e a crescente dificuldade da família em estar disponível para prestar cuidados estão a proporcionar o aparecimento de uma nova realidade: os idosos dependentes estão a ser cuidados por outros idosos. O aumento desses cuidadores, as consequências na sua saúde e a importância do trabalho que realizam transforma o cuidado informal numa área de grande importância para a enfermagem. Reconhecendo que a prestação informal de cuidados é uma tarefa complexa que envolve múltiplas e específicas condições e experiências, pretendeu-se com este estudo identificar as necessidades de informação/formação em cuidados de saúde dos cuidadores informais idosos, no domicílio. Trata-se de um estudo qualitativo, fenomenográfico. A amostra intencional foi constituída por nove idosos que cuidam de um idoso dependente. A colheita de informação foi realizada através da entrevista semiestruturada e observação.

Palavras-chave: idoso dependente; cuidador informal; visita domiciliária

Resumen

El progresivo envejecimiento de la población y la creciente dificultad de la familia que esté disponible para la atención es proporcionar a la aparición de una nueva realidad: los ancianos frágiles están siendo cuidados por otras personas mayores. El aumento de estos cuidadores, las consecuencias para su salud y la importancia de su trabajo transforma el cuidado informal en un área de gran importancia para la enfermería. Reconociendo que el cuidado informal es una tarea compleja, que implica múltiples y específicas condiciones y experiencias, el objetivo de este estudio fue identificar las necesidades de información / formación sobre el cuidado de la salud de los cuidadores informales de ancianos en el hogar. Se trata de un estudio cualitativo, fenomenográfico. La muestra se compone de nueve personas mayores que cuidan de un anciano dependiente. La recogida de información se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas y observación.

Palabras clave: personas mayores dependientes; cuidador informal, visita domiciliaria

INTRODUÇÃO

O gradual envelhecimento populacional e conseqüentemente o aumento do número de pessoas de idade cada vez mais avançada, com doenças crônicas de longa duração e início mais tardio constitui uma realidade incontornável.

Estas transformações têm conduzido a inúmeros problemas sociais, políticos e económicos, com o conseqüente aumento dos custos médico-sociais, criando maiores necessidades de suporte familiar e comunitário e exercendo uma pressão crescente sobre os sistemas formais de prestação de cuidados, que se veem confrontados com a incapacidade para fazer face ao elevado número de internamentos, pela inexistência de serviços vocacionados para cuidar de pessoas em situação de doença prolongada e pela escassez de respostas organizadas, relativamente a situações de dependência e de alta hospitalar em que a componente social é fundamental (Silva, Ferreira & Formigo, 2002).

O desenvolvimento da área de cuidados continuados tem na sua essência a manutenção das pessoas dependentes no seu domicílio sempre que lhe possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e apoio sociais necessários. No entanto, os internamentos hospitalares cada vez mais curtos levam ao aumento da responsabilidade individual e familiar no apoio às pessoas idosas. Todavia, verifica-se na realidade, que as políticas de saúde a nível nacional não têm dado grande relevo à prestação de cuidados informais. De facto, responsabilizam-se as famílias sem se avaliar se estas detêm condições sociais, económicas, psicológicas e até mesmo se os seus elementos têm condições físicas para assumirem essa responsabilidade, sem comprometerem o equilíbrio familiar bem como a qualidade dos cuidados (Veríssimo & Moreira, 2004). A família serve como alicerce dos cuidados, pois tem vindo a crescer o ênfase e o interesse nos cuidados continuados, nomeadamente no que se refere aos cuidados prestados pelos familiares no seu domicílio.

Em Portugal, constata-se que a maior parte dos idosos em situação de dependência continua a ser cuidada pelos seus próprios familiares, recaindo sobre estes um papel importante no cuidado a essas pessoas e destacando-se, normalmente, um cuidador principal. A este respeito Quintela (2000) refere que dos cuidados informais prestados às pessoas idosas, 80% são exercidos pela família, vizinhos, amigos e voluntários. Contudo, as alterações das estruturas familiares, a formação de novos modelos de família e a alta taxa de atividade das mulheres portuguesas, no conjunto dos países da União Europeia, são uma realidade que revela que, apesar da mulher portuguesa continuar a ser a principal prestadora de cuidados, ainda que isso constitua uma sobrecarga de trabalho, é provável que a sua disponibilidade para os cuidados a pessoas idosas venha a diminuir.

De acordo com o INE (2012) cerca de 60% da população idosa vive só ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas, refletindo um fenómeno cuja dimensão aumentou 28%, ao longo da última década. Para estas mudanças observadas, certamente em muito contribuiu o aumento da esperança média de vida, a desertificação e a transformação do papel da família nas sociedades atuais. Ora, tais factos estão proporcionar o aparecimento de uma nova realidade: os idosos dependentes estão a ser cuidados por outros idosos. Assim, pessoas que vivenciam o envelhecimento, ou que já se encontram em plena velhice, assumem a tarefa de cuidar, embora apresentem alguma alteração na capacidade funcional e até mesmo na saúde (Diogo, Ceolim & Cintra, 2005). Apesar da abundante investigação no campo do cuidado familiar, o que reflete a sua importância na atualidade conhece-se pouco sobre a riqueza, diversidade e complexidade das situações de cuidado de vida real e especial da capacidade dos cuidadores idosos em construir um mundo para o cuidado. A pessoa idosa, enquanto cuidador é uma realidade em crescimento, embora pouco estudada.

METODOLOGIA

Optou-se por uma metodologia de carácter qualitativo, associada a processos de investigação fenomenográfica. A fenomenografia "...procura a diversidade de formas sob as quais as pessoas vivenciam o mundo à sua volta (Marton & Booth, 1997 *apud* Fernandes, 2005, p.4). É um método de abordagem qualitativa e empírica, relativamente recente, que se revela profícua quando se pretende a compreensão da experiência das pessoas. Por outro lado, torna-se importante quando se pretende enfatizar as diferenças entre e como as pessoas experienciam a sua situação (Santos, 2009). Etimologicamente, o termo fenomenografia provém do grego "*phánomenon*", ou

aparência “*apperance*” e “*gráphein*” que quer dizer ideia de escrita o que significa descrição das aparências ou seja descrição das coisas tal como elas nos apresentam (Marton & Fai, 1999 *apud* Fernandes, 2005).

Pela fenomenografia pretende-se, fundamentalmente, identificar e descrever diferentes modos de os cuidadores experienciarem as situações significativas de cuidados ao seu familiar idoso, no contexto do domicílio. Deste modo, tratando-se de um estudo fenomenográfico, na análise seguimos as etapas sugeridas por Marton citado por Fernandes (2009): i) *redução dos dados*, distinguindo o que é imediatamente relevante, expressando ou não uma forma de experienciar o fenómeno em estudo; ii) *verificação dos diferentes tópicos ou fenómenos*; iii) *distinção das diferentes formas de compreender, vivenciar ou experienciar o fenómeno*, através das semelhanças das expressões e do efeito contrastante das mesmas, identificando-se e agrupando-se as formas expressas de experienciar o fenómeno; iv) *confrontação das várias conceções*, onde se colocam dois contextos: um considerado o ‘conjunto de significados partilhados’ que reflete o que todos os participantes disseram sobre a mesma coisa e o outro, onde se considera o que a mesma pessoa disse de outras coisas, ou seja procura-se encontrar o sentido das expressões particulares em função não só do contexto coletivo, mas também do contexto individual, o que se considera o elemento hermenêutico da análise fenomenográfica; v) *relação entre grupos*, onde se distingue quais as características de cada grupo, o que permite caracterizar a variação da forma como o fenómeno é experienciada, conceptualizado e compreendido; vii) *encontro de relações lógicas entre categorias*, através da hierarquização das categorias, formando o ‘espaço de resultados’. O objetivo das categorias é alcançar a expressão resumida do conteúdo ou significado dos dados de modo a descrever semelhanças e diferenças no significado.

O estudo foi realizado no concelho de Cantanhede, com uma amostra de nove cuidadores informais idosos de pessoas idosas dependentes, após um período de internamento da Unidade de Convalescença (UC) do Hospital do Arcebispo João Crisóstomo-Cantanhede (HAJC), através de entrevistas semiestruturadas e observação.

A finalidade última desta investigação é contribuir para a implementação de um projeto de melhoria contínua dos cuidados domiciliários da Unidade de Convalescença (UC), nomeadamente da visita domiciliária (VD) do Hospital de Cantanhede (HAJC). A necessidade, bem como o interesse sentidos para a realização deste estudo, surge da perceção dos enfermeiros da UC têm aquando das VD’s, onde as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais idosos são uma realidade constatada no dia-a-dia. Esta perceção indica que os cuidadores informais necessitam de apoio profissional, daí a importância de se identificarem as necessidades de ajuda.

Definiram-se os objetivos específicos seguintes:

- Identificar os motivos do cuidador informal para assumir o cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio; Identificar as repercussões da prestação de cuidados no cuidador informal;
- Identificar as dificuldades que o cuidador informal perceciona na prestação de cuidados à pessoa idosa;
- Analisar a opinião do cuidador informal acerca do apoio prestado pela equipa de enfermagem da UC do HAJC na sua preparação para cuidar, no domicílio, do familiar idoso dependente e na VD após a alta do idoso para o domicílio.

RESULTADOS

Os dados permitem verificar que num total de 9 pessoas idosas dependentes, a maioria (5) é do género feminino. As suas idades variam entre os 70 e os 90 anos, sendo que 5 destes se encontram na faixa etária dos 70 aos 80 anos e dois deles têm mais de 90 anos. Quanto ao nível e grau de dependência verifica-se que a maior parte dos idosos (8) apresenta dependência total na satisfação das atividades básicas de vida diárias, somente um encontra-se com dependência moderada. A maioria dos idosos é totalmente dependente em todos os autocuidados, avaliado pelo índice de Barthel.

No que respeita ao cuidador informal verifica-se que o “mais novo” tem 65 anos e o “mais velho” tem 85 anos, sendo que a maior parte (7), se situa na faixa dos 71 aos 80 anos. Relativamente ao género, a maioria dos cuidadores informais é do género feminino (7) sendo as esposas e as filhas quem assume maioritariamente a

tarefa de cuidar seguindo-se dos esposos (2).

Quanto ao nível educacional, verifica-se que dois dos cuidadores não frequentaram o sistema de ensino formal, contudo ambos sabem assinar o seu nome, e os restantes, na sua maioria, tem a 3^o ano do ensino básico. Como fonte principal de rendimentos todos os participantes referem que usufruem da reforma por velhice ou limite de idade, de ambos, para além do complemento por dependência da pessoa cuidada.

Face à temporalidade do cuidado verifica-se uma amplitude considerável, variando de 1 a 15 anos. Observa-se que na maior parte dos casos (6) a situação de prestação de cuidados tem um tempo de duração entre 1 a 5 anos, seguindo-se o número de casos (2), com uma duração entre 6 a 10 anos e apenas um dos casos tinha um tempo de duração de 15 anos. A maioria dos cuidadores informais refere prestar apoio ao idoso dependente 24h por dia ou seja, presta cuidados permanentes.

Da análise das entrevistas destacam-se as dimensões *motivação para cuidar do familiar; a tarefa de cuidar; necessidades percecionadas; dificuldades sentidas*.

Motivação para cuidar do familiar:

Assumir a responsabilidade de cuidar de um idoso dependente no domicílio, quando se também é idoso é um processo complexo e que tem por base vários fatores e motivações. Embora existam diferentes motivações na assunção do papel de cuidador todos os cuidadores cuidam de pessoas idosas evocaram razões de âmbito pessoal, familiar, afetivo, social, económico e moral/ético.

Apresentamos no diagrama 1 as principais razões e respectivas subcategorias

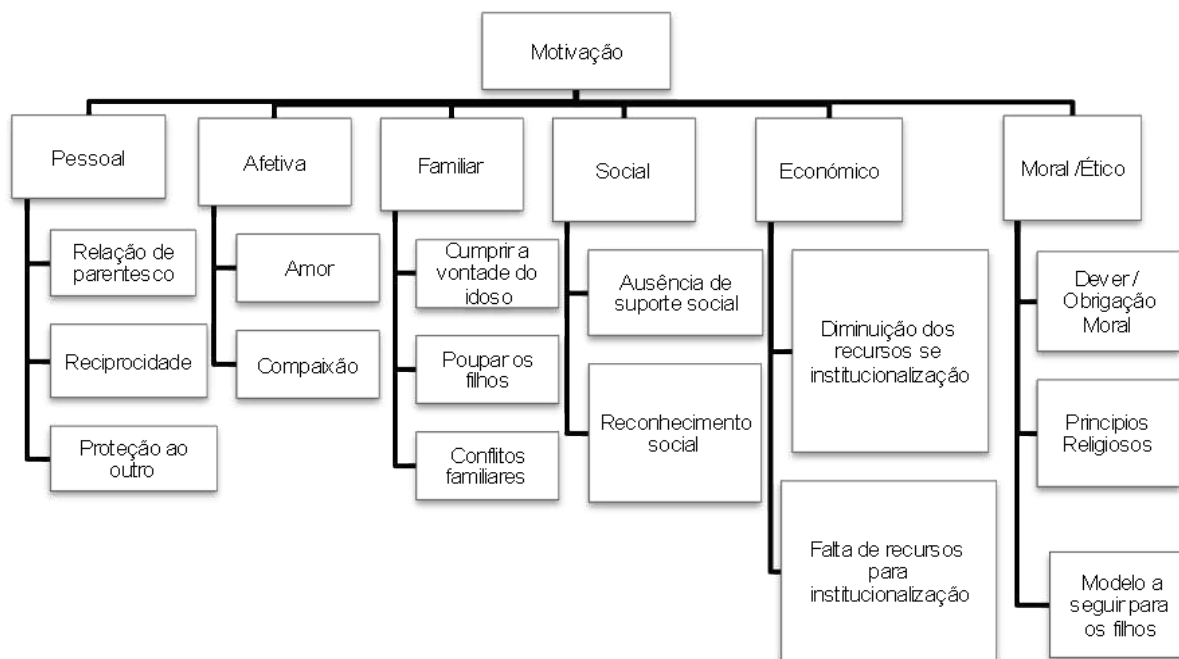


Figura 1: Motivação para cuidar

A tarefa de Cuidar

A tarefa de cuidar para além de conduzir a um impacto negativo na vida dos cuidadores em que é destacada a sobrecarga física (doença, cansaço e a idade do cuidador), social (ausência de colaboração, isolamento e tempo de prestação de cuidados), económica e emocional, conduz também a um impacto positivo na vida dos mesmos (reconhecimento pessoal e satisfação pessoal).

Necessidades percebidas

A nível das necessidades identificaram: tempo livre/lazer, apoio socio relacional e espiritual (religiosas e de conviver); apoio financeiro e apoio no cuidar, nomeadamente apoio formal (integração do idoso na RNCCI, melhoria da respostas dos serviços e ajudas técnicas).

Dificuldades sentidas

Os participantes no estudo referem as dificuldades a dois níveis: financeiro e físico (problemas de saúde e cansaço do cuidador).

CONCLUSÃO

Numa sociedade cada vez mais envelhecida o aumento da necessidade de apoio a pessoas idosas dependentes e seus cuidadores surge como um problema prioritário nas políticas sociais de saúde e económicas dos países desenvolvidos, do qual Portugal não é imune. Uma das prioridades é manter o idoso no seu ambiente, o domicílio, o que implica que todos os setores da sociedade intervenham e se co-responsabilizem no cuidar dos seus cuidadores, especialmente quando eles também são idosos. Neste sentido, acredita-se que temática do cuidador idoso, num futuro próximo ganhará contornos que não irá passar despercebida.

O contato direto com os cuidadores informais no contexto de prestação de cuidados, ou seja, o domicílio, permitiu uma experiência muito rica, facilitando o conhecimento mais completo do seu papel, através da identificação das suas motivações, o impacto nas suas vidas, as suas necessidades e dificuldades, bem como a sua perceção acerca do papel dos enfermeiros da UC na sua preparação e apoio no cuidar.

Os resultados deste estudo assumem importantes implicações teóricas e práticas na medida em se impõe aos profissionais de saúde, a mudança de uma abordagem baseada em modelos patológicos para uma abordagem baseada num modelo mais salutogénico. Assim, uma abordagem mais salutogénica permite aos profissionais perspetivar a progressão do cuidador de uma condição de dificuldade, de insatisfação, de disfuncionalidade para uma situação de vitalidade, de funcionalidade, de satisfação, ou seja, este pode progredir de um ponto de menor saúde para um ponto de maior saúde. Na prática, será importante potenciar, nos cuidadores informais, os mecanismos de *coping* e desenvolver as competências para o cuidar, resultando em benefícios terapêuticos mais do que os que se baseiam em modelos patológicos, que visam a diminuição da sobrecarga.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diogo, M. J. Ceolim, M.F. Cintra, F.A. (2005). Orientações para Idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. *Revista Enfermagem Universidade de São Paulo* 39 (1): 97-102. Acedido em 18/05/2012 em: <http://www.ee.usp.br/reusp/upload/pdf/51.pdf>

Fernandes, M. (2005). Introdução à fenomenografia: potencialidades de aplicação à investigação em saúde e enfermagem. *Revista Investigação em enfermagem*. n.º 12 - Agosto, pp. 3-10.

IMAGINÁRIO, C. (2008): *O idoso dependente em contexto familiar em contexto familiar- uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formassau.

Instituto Nacional de Estatística (2012). *Estatísticas demográficas*. Lisboa: INE

Quintela, M.J., (2000). O idoso em estado terminal em casa. in *Geriatría Clínica* (pp. 313-324). Lisboa: Faculdade de Medicina.

Direção Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Liliana Gonçalves- liligoncalves28@hotmail.com

Avaliação das Dificuldades dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes

Jacinta Lemos¹, Carlos Pires Magalhães^{2,3,4}, & Augusta Mata^{2,3,4}

1. Centro Social e Paroquial Nossa Senhora de Assunção

2. Escola Superior de Saúde/Instituto Politécnico de Bragança

3. Núcleo de Investigação e Intervenção no Idoso

4. Membro da UNIFAI

Resumo

O cuidador familiar ao assumir a responsabilidade do cuidado depara-se muitas vezes com dificuldades e situações constrangedoras que lhe provocam algum desconforto e mal-estar. Este projeto de intervenção visou: avaliar as dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes residentes em duas freguesias rurais do distrito de Bragança; identificar as áreas onde os cuidadores informais apresentam maiores dificuldades; contribuir para a melhoria da prestação do cuidado informal. Desenhou-se um estudo quasi-experimental recorrendo à metodologia quantitativa. Iniciou-se com o diagnóstico das dificuldades percebidas pelos cuidadores utilizando o Índice das Dificuldades do Cuidador (CADI). Posteriormente elaborou-se um programa de intervenção com a realização de seis secções formativas/informativas, seguindo-se uma nova aplicação do CADI, comparando os dados com os obtidos na fase de diagnóstico. Os resultados obtidos evidenciam que os cuidadores apresentam dificuldade em lidar com a dependência do idoso, sobretudo, por falta de formação/preparação. Após o plano de intervenção verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa nas médias de dificuldades. Concluímos assim pela efetividade dos programas de intervenção junto destes cuidadores.

Palavras - chave: Cuidador informal; Idosos dependentes; Dificuldades.

Resumen

El cuidador al asumir la responsabilidad del cuidado, a menudo se enfrenta con dificultades y situaciones embarazosas que provocan molestias y malestar. Este proyecto de intervención pretendió: evaluar las dificultades de los cuidadores informales de ancianos dependientes residentes en dos pueblos rurales en el distrito de Bragança; identificar las áreas donde los cuidadores informales tienen más dificultades; contribuir por una mejora de la prestación del cuidado informal. Se diseñó un estudio cuasi-experimental con recurso a la metodología cuantitativa. Se empezó con el diagnóstico de las dificultades percibidas por los cuidadores, utilizando el Índice de las Dificultades del Cuidador (CADI). Posteriormente se elaboró un programa de intervención con la realización de seis sesiones formativas/informativas, siguiéndose una nueva aplicación del CADI, comparando los datos con los obtenidos en la fase de diagnóstico. Los resultados obtenidos indican que los cuidadores tienen dificultades para hacer frente a la dependencia del anciano, debido, principalmente a la falta de formación y preparación. Después del plan de intervención, se ha verificado una disminución estadísticamente significativa en las medias de dificultades. Se concluyó por la efectividad de los programas de intervención con cuidadores.

Palabras-clave: Cuidador informal; Mayores dependientes; Dificultades.

INTRODUÇÃO

Embora a maioria dos idosos não seja doente nem dependente, a verdade é que com o avançar da idade os idosos perdem autonomia, fazendo com que alguns necessitem de ajuda para a realização das suas atividades básicas de vida diária.

O cuidado ao idoso dependente constitui um grande desafio para os prestadores de cuidados, nomeadamente para os informais, isto, deve-se à história de vida do idoso, valores e cultura adquirida ao longo da vida, tornando-se num processo dinâmico e complexo. O cuidado envolve esforço mental, físico, psicológico, social e económico que muitas vezes não é possível assegurar por uma rede de apoio formal devido à falta de recursos. Neste sentido, emerge a necessidade do prestador de cuidados informais que, sendo familiar, amigo/a, e/ou vizinho/a assume a responsabilidade do cuidado ao idoso dependente (González-Valentin & Calvez-Romero, 2009; Peterson & Burgess, 2009; Sequeira, 2010; Gomes & Mata, 2012). A prestação do cuidado torna-se complexa quando o cuidador informal não consegue dar resposta às necessidades que provêm do cuidado, situações constrangedoras e dificuldades que exigem ao cuidador conhecimentos e capacidades para satisfazer as necessidades básicas de vida diária do idoso dependente.

O cuidador deve confiar nas suas capacidades, ter confiança e vencer as dificuldades que ocorrem durante a prestação do cuidado, procurando apoio e auxílio para o desempenho das suas atividades, de forma a garantir o seu bem-estar físico, psicológico e social. A autoeficácia do cuidador, isto é, a forma como ele percebe as suas capacidades determina o seu estado de pensar, estar, sentir, motivação e comportamento durante a prestação do cuidado (Mata & Rodríguez, 2012a).

Ser cuidador implica muitas vezes um crescimento pessoal, aprendizagem e iniciativa, para a resolução das adversidades. Daí a urgência da identificação das necessidades, criação de um plano de intervenção e implementação do mesmo (Villar, 2009). Gomes e Mata (2012) salientam que ser cuidador de idosos dependentes no domicílio requer uma constante aprendizagem, conhecimentos e habilidades baseados nas necessidades dos cuidadores, sejam físicas, psíquicas, biológicas e/ou sociais. O sucesso do cuidado no domicílio depende do cuidador, da sua capacidade de lidar com as situações e a aprendizagem dos cuidados sem pôr em causa o seu bem-estar e o da pessoa cuidada.

Para o presente estudo definiram-se os seguintes objetivos:

- Avaliar as dificuldades dos cuidadores informais na prestação de cuidados ao idoso dependente;
- Com base na avaliação pré-estabelecida, desenvolver um projeto de intervenção junto desses mesmos cuidadores;
- Avaliar a efetividade desse projeto.

METODOLOGIA

Desenhou-se um estudo quasi-experimental, recorrendo-se à metodologia quantitativa. Realizou-se o diagnóstico das dificuldades percebidas pelos cuidadores utilizando o Índice das Dificuldades do cuidador (Carers' Assessment of Difficulties Index - CADI). Posteriormente estabeleceu-se um programa de intervenção com a realização de seis secções informativas ao longo de outras tantas semanas. Por fim fez-se nova aplicação do índice das dificuldades comparando os resultados com os obtidos na fase de diagnóstico.

Participantes

A população acessível era constituída por 80 cuidadores informais, que faziam parte de duas freguesias (Rebordãos e Nogueira) da área de abrangência do Centro Social e Paroquial Nossa Senhora de Assunção (CSPNSA) e que obedeciam aos seguintes critérios de inclusão:

- Ser cuidador de pessoas dependentes com 65 ou mais anos;
- Não receber qualquer participação monetária pelo cuidado que presta.

Após o contacto inicial com todos os cuidadores de idosos, a quem foi apresentado o estudo, esclarecidos os objetivos e solicitada a sua participação, 24 declinaram o convite pelo que, a amostra em estudo ficou constituída por 56 cuidadores, com uma idade média de 57,5 anos (mínimo 26, máximo 79) $\pm 14,3$ anos. A maioria pertencia ao género feminino ($n=40$; 71,4%), era casada ou vivia em união de facto ($n=47$; 83,9%) e tinha baixos níveis de escolaridade ($n=31$; 55,4%). As filhas ($n=19$; 33,9%) e as esposas ($n=13$; 23,2%). Realça-se ainda que os filhos e os maridos representavam 28,6% desta prestação de cuidados. O tempo de cuidado variava entre 1 e 26 anos, com uma média de 5,8 anos $\pm 5,2$ anos. O cuidado era prestado maioritariamente de forma contínua ($n= 43$; 76,8%).

ANÁLISE

Para se efetuar o tratamento dos dados recorreu-se ao Programa Statistical Package for Social Sciences 18,0 for Windows (SPSS), utilizando a seguinte metodologia estatística:

- Estatística descritiva para a caracterização dos cuidadores;
- Análise fatorial com rotação varimax para analisar a dimensionalidade do índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador.
- Reliability Analysis - Scale (Alpha), com determinação do coeficiente de alfa de Cronbach para analisar a consistência interna de cada escala, bem como dos itens e dimensões que a compõem;
- Para verificar se as variáveis seguiam uma distribuição normal, fez-se uso do teste de Kolmogorov-Smirnov;
- A comparação de médias foi estabelecida com a utilização do teste de t de Student para amostras emparelhadas ou, nos casos em que não se verificassem os pressupostos da normalidade, recorreu-se em alternativa, ao teste de Wilcoxon.

Instrumento de medida (CADI)

O Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador desenvolvido por Nolan e colaboradores (Brito 2002) é composto por 30 potenciais dificuldades que estão relacionados com a prestação de cuidados ao idoso e implicações na vida social, saúde, situação económica, relacionamento e apoio dos profissionais aos cuidadores. Apresenta ainda uma questão em aberto para os cuidadores poderem expor outras dificuldades além das questionadas anteriormente (Sequeira 2010). Foi traduzido e adaptado à população portuguesa por Brito (2002) e posteriormente utilizada por Sequeira em 2007 junto de 182 cuidadores.

No presente estudo o valor de alfa calculado (0,955) revelou uma excelente consistência interna. Da análise factorial imprimida resultaram cinco dimensões que explicavam 67,691% da variância total, com alfas a variarem de 0,703 a 0,888:

- Implicações familiares e pessoais - composta pelas questões 3, 10, 16, 17, 20, 28 e 29.
- Relações familiares - constituída pelas questões 9, 12, 14, 19 e 22;
- Reações ao cuidar - integra as questões 1, 6, 13, 15, 21, 23 e 24;
- Consequências do cuidar - integra os itens 2, 5, 8, 11, 18, 25 e 26;
- Apoio sociais e de saúde - composta pelas questões 4, 7, 27 e 30.

Projeto de Intervenção

Após a análise do diagnóstico foi traçado um plano de intervenção constituído por seis sessões baseadas nas seguintes áreas: Ser Cuidador; Prestação de Cuidados Básicos de Saúde à Pessoa Dependente; Ajudas Técnicas; Família e Apoio Social; Dependência do Idoso; Controlo de Emoções e Primeiros Socorros. Teve início no

dia 18 de fevereiro de 2012 e terminou no dia 24 de março de 2012. Sequeira (2010) salienta que após o diagnóstico das dificuldades dos cuidadores informais, as intervenções delineadas devem ser articuladas com os profissionais de saúde e da área social. Neste sentido as sessões de formação foram desenvolvidas por profissionais que desenvolvem a sua atividade nestas áreas, que amavelmente aceitaram colaborar. Também Crespo e Lopez (2007) apontam a necessidade de se efetuarem programas de curta duração, com uma equipa formada para lidar com problemas emocionais dos cuidadores.

RESULTADOS

No diagnóstico da situação, as principais dificuldades sentidas pelos cuidadores informais em estudo centraram-se na falta de formação ou preparação para lidar com a dependência do idoso, implicações familiares e pessoais, relações familiares, reações ao cuidar, consequências do cuidar, falta de apoios sociais e de saúde. Dos 56 cuidadores, 41 responderam à questão aberta “Prestar cuidados pode ser difícil porque?”. As principais dificuldades apresentadas (tabela 1) centravam-se na falta de formação e/ou preparação para lidar com a doença (44%); no comportamento agressivo, controlo das emoções, incompatibilidade de feitios, cansaço físico e psicológico (24%); na falta de apoio familiar e/ou técnico (15%); na falta de recursos económicos e/ou habitacionais (10%); no isolamento social (5%) e por último na falta de disponibilidade (2%). Sequeira (2010) no seu estudo efetuado em 2007 junto de 182 cuidadores de idosos dependentes com e sem demência, concluiu que os cuidadores se deparavam com mais dificuldades relativamente às restrições sociais, problemas relacionais, falta de apoio familiar e exigências do cuidar que lhes estavam associadas. Concluiu ainda, que isto se devia, à falta de informação e preparação para o desempenho do papel. Também Mata e Rodríguez (2012b) num estudo envolvendo 232 cuidadores realçaram a falta de preparação do cuidador para desenvolver uma série de novas tarefas.

Tabela 1- Respostas à questão: “Prestar cuidados pode ser difícil porque?”

Prestar cuidados pode ser difícil porque:	Nº	%
1- Falta de formação e / ou preparação para lidar com a doença	18	44
2- Comportamento agressivo, controlo das emoções, incompatibilidade de feitios, cansaço físico e psicológico	10	24
3- Falta de apoio familiar e / ou técnico	6	15
4- Falta de recursos económicos e / ou habitacionais	4	10
5- Isolamento	2	5
6- Falta de disponibilidade	1	2

Como se pode observar na tabela 2, a comparação dos resultados nos períodos pré e pós intervenção vai ao encontro dos objetivos definidos durante a realização deste projeto de intervenção.

Relativamente à dimensão “implicações familiares e pessoais”, verifica-se que antes da intervenção a amostra apresentava uma média de 13,7 pontos e, após a intervenção essa média desceu para 9,5 pontos. A aplicação do teste de Wilcoxon confirma que as médias são significativamente diferentes (Wilcoxon=-3,065; p=0,002).

Na dimensão “relações familiares”, verifica-se que antes da intervenção a amostra apresentava uma média de 8,0 pontos e, após intervenção essa desceu para 6,8 pontos. A aplicação do teste de Wilcoxon confirma que as médias são significativamente distintas (Wilcoxon = -2,050; p=0,040).

Em relação à dimensão “reações ao cuidar”, verifica-se antes da intervenção a amostra apresentava uma média de 12,9 pontos e, após intervenção essa média teve um decréscimo para 9,7 pontos. A aplicação do teste de Wilcoxon confirma que as médias são significativamente distintas (Wilcoxon = -2,998; $p=0,002$).

Na dimensão “consequências ao cuidar”, antes da intervenção os cuidadores apresentavam uma média de 12,0 pontos e, após intervenção a média desceu para 9,6 pontos. Na aplicação do teste de Wilcoxon confirma que as médias são significativamente diferentes (Wilcoxon = -2,445; $p=0,013$).

Por último em relação à dimensão “apoios sociais e de saúde”, verifica-se antes da intervenção uma média de 6,4 pontos e, após intervenção 5,0 pontos o que revela uma diminuição. A aplicação do teste de Wilcoxon confirma que as médias são significativamente diferentes (Wilcoxon = -2,350; $p=0,017$).

Tabela 2 - Comparação de médias de dificuldades no pré e pós intervenção

Variáveis	Comparação de médias		Wilcoxon	Nível de significância
	Antes da intervenção	Após intervenção		
Implicações familiares	13,7	9,5	-3,065	0,002
Relações familiares	8,0	6,8	-2,050	0,040
Reações ao cuidar	12,9	9,7	-2,998	0,002
Consequências do cuidar	12,0	9,6	-2,445	0,013
Apoios Sociais e de Saúde	6,4	5,0	-2,350	0,017

CONCLUSÃO

O cuidado a idosos dependentes no domicílio coloca inúmeros desafios ao prestador de cuidados que muitas vezes se depara com dificuldades associadas às características da pessoa cuidada e do cuidador, bem como à falta ou pouca preparação para execução da função do cuidar, facto que motivou o presente estudo e do qual se apresentam as seguintes conclusões.

Os resultados obtidos no CADI após execução do plano de intervenção revelaram que os cuidadores apresentaram uma diminuição das pontuações médias em todas as dimensões, pelo que é possível inferir que tal intervenção se revelou positiva. Visto isto, salienta-se a importância de dar continuidade à implementação de programas educativos e a necessidade de se criarem estratégias de intervenção e redes de suporte formal ou informal de apoio ao cuidador, família e idoso a ser cuidado, de modo a beneficiar a qualidade de vida do próprio cuidador, mas também do indivíduo a ser cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brito, L. (2002). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Crespo, M., & López, J. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*, 19 (1), 72-80.
- Gomes J. M., & Mata A. (2012). A família provedora de cuidados ao idoso dependente. In F. Pereira (ed.), *Teoria e Prática da Gerontologia: um guia para cuidadores de idosos*. (1ed.). Viseu: PsicoSoma.
- González-Valentin, A., & Gálvez-Romero, C. (2009). Características sociodemográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. *GEROKOMOS*, 20(1), 15-21.
- Mata, M. A. P., & Rodríguez, M. T. V. (2012a). Autoeficácia do cuidador informal de idosos. In F. Pereira, *Teoria e Prática da Gerontologia: um guia para cuidadores de idosos*, (1ª ed.). Viseu: PsicoSoma.

Mata, M. A. P., & Rodríguez, M. T. V. (2012b). El cuidado no remunerado de mayores dependientes en el noreste de Portugal. *Prisma Social: Revista de ciencias sociales*, (8), 333-357.

Paterson, D. A., & Burgess, M. J. (2009). *Report of Findings on Aging Services Network*. New York: New York State Office for the Aging. Recuperado de: <http://www.aging.ny.gov/Caregiving/Reports/InformalCaregivers/ExecutiveSummary.pdf>.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Porto: Lidel.

Villar, F. (2009). *Discapacidad, dependencia y autonomia en la vejez*. Barcelona: Editorial Aresta SC.

Contacto para correspondência:

Maria Augusta Pereira da Mata; Instituto Politécnico de Bragança; augustamata@ipb.pt

Ser cuidador em contexto domiciliário: a gestão do cuidado ao idoso

Dorotea Carvalho¹ & Cristina Silva²

1. Enfermeira ACES CavadoI (doroteacarvalho@gmail.com)

2. Professora Assistente da Universidade Católica de Braga (cristsilva_42@hotmail.com)

Resumo:

Com o aumento da longevidade é cada vez maior a probabilidade de os indivíduos poderem partilhar a última etapa da sua vida com os seus descendentes, ou seja, de várias gerações conviverem e se relacionarem. Hoje, apesar de se falar em crise da família, observa-se que este é o local privilegiado para o idoso envelhecer e receber cuidados, especialmente quando emerge a doença e algumas dificuldades para a realização das atividades da vida diária. Contudo, da prática profissional muitas vezes temos a perceção de que os familiares sentem que não estão preparados para cuidar do idoso em casa, quando este perde a sua autonomia e passa a depender de terceiros para quase tudo. No sentido de compreender se o que percecionamos correspondia à realidade realizamos um estudo exploratório, recorrendo a uma abordagem qualitativa, no qual entrevistamos sete cuidadores de idosos dependentes. Assim, numa abordagem compreensiva e a partir dos seus discursos quotidianos, procuramos conhecer a realidade experienciada pelos cuidadores informais de idosos dependentes no domicílio. Desta forma, o presente estudo visou, por um lado, identificar as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais na prestação de cuidados ao idoso dependente, e por outro lado, conhecer as estratégias utilizadas pelos cuidadores informais na resolução dos problemas que emergem do cuidar do idoso dependente no quotidiano.

Resumen:

Con el aumento de la longevidad está aumentando la probabilidad de que los individuos pueden compartir la última etapa de su vida con sus descendientes, es decir, varias generaciones conviven y se relacionan. Hoy en día, a pesar de hablar de la familia en crisis, se observa que este es el lugar privilegiado para la edad y los ancianos reciben atención, sobre todo cuando surge la enfermedad y algunas dificultades para realizar actividades de la vida diaria. Sin embargo, en la práctica, a menudo tenemos la percepción de que los miembros de la familia sienten que no están preparados para cuidar de los ancianos en el hogar cuando pierde su autonomía y se convierte en dependiente de los demás para casi todo. Con el fin de entender si lo que observamos corresponde a la realidad, se realizó un estudio exploratorio con abordaje cualitativo, en el que se entrevistó a siete cuidadores de personas mayores dependientes. Por lo tanto, un enfoque integral y de su discurso cotidiano, buscan realidad que viven los cuidadores informales de personas mayores dependientes en el hogar. Por lo tanto, el presente estudio tuvo como objetivo, en primer lugar, la identificación de las dificultades experimentadas por los cuidadores informales en la atención a las personas mayores dependientes, y por otro lado, conocer las estrategias utilizadas por los cuidadores informales para resolver los problemas que surgen de cuidado de personas mayores dependientes en la vida cotidiana.

Palavras-chave: Cuidar; Cuidadores informais; Família; Idoso

INTRODUÇÃO

A experiência de cuidar um idoso em contexto domiciliário e familiar, apresenta-se como a situação mais recorrente e mais adoptada pelas famílias, sendo reduzida a percentagem de idosos institucionalizados em Portugal (Girardon-Perlini & Faro, 2005). Assim, a maioria dos cuidados aos idosos hoje, tal como no passado, continuam a ser realizados pela família, que ao invés de entregar os idosos aos cuidados institucionais, prefere cuidar dos seus idosos e estes também manifestam a essa vontade, preferindo terminar o seu ciclo da vida na presença destes, o que faz com que a família tenha que assumir cuidados domiciliários. A figura do cuidador emerge assim naturalmente no seio da família numa situação inesperada ou em que a evolução da doença ou coabitação com o familiar, proporcione que o cuidador assuma naturalmente este papel de cuidar no dia a dia.

O ato de cuidar de um idoso dependente é um ato complexo uma vez que confronta o cuidador com a realização de um conjunto de novas funções ou tarefas para as quais não está naturalmente preparado e que por isso necessita de múltiplos conhecimentos e habilidades para cuidar melhor, pois a situação de cuidar de um familiar idoso dependente está, muitas vezes, repleta de dúvidas, incompreensões, medos ou receios que podem e devem ser ultrapassados com formação e informação adequada às suas necessidades. Assim, com o aumento considerável de indivíduos com idades cada vez mais avançadas e a necessitar de cuidados, torna-se imprescindível dotar as comunidades, e nomeadamente as famílias, de conhecimentos específicos para lidarem com estas situações que são cada vez mais complexas e heterogêneas, pois saber cuidar é uma preocupação constante daqueles que têm a seu cargo um familiar numa situação de dependência.

Num contexto de emergência de novas necessidades, desempenhar o papel de cuidador e conhecer as suas necessidades é algo que nos inquieta porque acreditamos que a tarefa de cuidar de um idoso, em especial em situação de dependência, requer conhecimentos específicos. Trata-se por isso de um cuidado diferenciado: o cuidado gerontológico.

METODOLOGIA

Este estudo metodologicamente enquadra-se numa abordagem compreensiva e interpretativa do sentido conferido à ação - por parte dos entrevistados - no ato de cuidar da pessoa idosa em contexto domiciliário. Trata-se por isso de uma investigação qualitativa, mais especificamente um estudo exploratório e descritivo. Assim, através desta abordagem procuramos conhecer as dificuldades e estratégias adotadas pelos cuidadores de idosos dependentes em domicílio.

A informação apresentada foi recolhida através de entrevistas semi-estruturadas a sete cuidadores informais de idosos pertencentes à freguesia de S. Vitor - Braga. Os cuidadores foram selecionados, primeiro, intencionalmente (recorrendo-se para o efeito a informantes privilegiados), depois em bola de neve. Todos os nomes apresentados neste estudo são fictícios, de modo a preservar o anonimato dos entrevistados, e a realização das entrevistas foi feita após a obtenção de consentimento informado dos participantes.

ANÁLISE

Para a análise dos dados recolhidos optamos pela técnica de análise de conteúdo, para tratar o material resultante das entrevistas, com a “*finalidade descrever o conteúdo das comunicações*” (Marconi & Lakatos, 1996, p.101). As entrevistas efetuadas constituíram, assim, o *corpus* de análise. Desta forma, organizou-se o material resultante das entrevistas para se tornar operacional e depois realizaram-se leituras e releituras flutuantes de forma a estabelecer contacto com os documentos a analisar, e a tornar cada vez mais precisa a leitura em função dos dados emergentes e assim se iniciou todo o processo de codificação e classificação de material. Selecionaram-se as unidades de análise, definiram-se as categorias e optou-se pela unidade de registo como uma unidade de significação. Elaboramos, assim, uma grelha que nos permitiu uma leitura longitudinal e transversal das entrevistas, primeiramente para apreender o conteúdo de cada entrevista, e depois para a organização dos temas em categorias e para a compreensão da relação das categorias. A análise de conteúdo das entrevistas ocorreu entre Março e Maio de 2012.

RESULTADOS

Dificuldades no cuidar de um idoso dependente em domicílio

Começemos pelas dificuldades sentidas na prestação de cuidados ao idoso dependente. Observa-se que os resultados deste estudo começam por evidenciar que são várias as dificuldades que os cuidadores informais sentem ao cuidar do idoso no seu quotidiano, relacionando-se estas essencialmente com a alimentação, a higiene e conforto, o posicionamento, a vigilância permanente, a ausência de suporte social, a falta de apoio da família e até dos profissionais de saúde. Sendo estas dificuldades diversas, Ana (46 anos e cuidadora de sua mãe de 84 anos) realça os diversos medos e dúvidas que o cuidar de um idoso dependente implica: *“As dificuldades que eu senti e sinto ainda são muitas (...) na alimentação, a medicação pela sonda, a higiene corporal, principalmente a higiene vaginal, por causa da algália que pode sair (...)”*. Ainda, no sentido de compreendermos mais especificamente estas dificuldades, interrogamos os cuidadores sobre cada um dos tipos de dificuldades enunciadas de forma a obtermos relatos mais pormenorizados das suas experiências quotidianas.

• Alimentação

No âmbito das dificuldades relativas à alimentação do idoso, os cuidadores evidenciaram dificuldades diversas na prestação deste cuidado. Assim, no que se refere à escolha dos alimentos, como nos relata Fernanda (53 anos, cuidadora de mãe com 88 anos) as dificuldades são várias: *“(...) eu nunca sei o que lhe hei-de dar (...) a dificuldade, é alimentá-la o melhor possível”*. A preparação dos alimentos é também uma dificuldade muito referida pelos cuidadores entrevistados, em especial nos casos em que a alimentação é realizada através de sonda. Um outro aspeto que emergiu dos discursos dos cuidadores entrevistados nesta categoria foi a morosidade do ato de alimentar o idoso: *“Passo praticamente uma hora, para lhe dar só um bocadinho de sopa ou de batatas (...)”* (Ana, 46 anos, cuidadora de sua mãe de 84 anos). Por fim, emerge ainda dos discursos dos cuidadores a referência a dificuldades relacionadas com a vivência próxima da fase terminal da vida traduzidas na recusa da alimentação por parte do idoso, o que lhes causa grande insegurança e sofrimento, como é o caso que Fernanda, 53 anos e cuidadora de sua mãe de 88 anos, em que nos relata *“(...) ela já não come praticamente nada e eu estou sempre preocupada, penso até se serei eu que não lhe sei fazer a comida, não sei o que lhe hei-de fazer (chora muito)”*.

• Higiene pessoal e conforto

Uma outra categoria que emergiu nesta temática foi, ainda, as dificuldades sentidas na higiene pessoal e conforto do idoso motivadas, por um lado pela falta de conhecimentos para a higiene do idoso dependente, nomeadamente a insegurança perante a realização do banho na cama *“(...) Temos muitas dificuldades para o lavar, não sei como dar-lhe banho na cama, lavar o cabelo (...) é complicado para mim conseguir fazer aquilo”* (Manuel, 60 anos, cuidador de seu pai de 86 anos). Estas dificuldades são também referidas no que se refere à manipulação de dispositivos urinários como nos relata Ana *“Tenho sempre muito receio que a algália saia (...)”*. Por outro lado, foram ainda referidas dificuldade na higiene pessoal do idosos motivadas pelas despesas económicas que implicam *“(...) Sempre que faz qualquer necessidade mudo-lhe a fralda. Mudo-lhe duas, três vezes ou quatro vezes por dia ou mais e isto fica muito caro (...)”* (Almerinda, 45 anos, cuidadora de seu pai de 86 anos). Por fim, de destacar ainda, nestas entrevistas, os relatos relativos à sobrecarga de trabalho físico que o cuidar da higiene implica como nos refere Almerinda *“(...) Mudo-lhe o pijama todos os dias e os lençóis cada dois dias (pausa) isto é muito cansativo, pois todos os dias tenho que por a máquina a lavar”*.

• Posicionamentos e transferências

Relativamente à categoria posicionamento e transferências importa realçar nos discursos das entrevistadas a falta de conhecimentos dos tipos e horários de posicionamentos. Como relata Ana (46 anos, cuidadora de sua mãe de 84 anos): *“(...) tenho muita dificuldade, porque mesmo na cama, tenho receio para a mudar (...) por isso fica muito tempo assim deitada e agora já está a ganhar umas feridas (...)”*. Verificou-se, assim, nos discursos

dos cuidadores entrevistados que o desconhecimento das possíveis transferências do idoso da cama para a cadeira e vice-versa, aliado à não colaboração por parte do idoso e o peso do idoso como as principais razões apontadas na dificuldade para os posicionamentos do idoso.

Vigilância permanente

Nos discursos dos cuidadores entrevistados verificamos, ainda, a referência a uma dificuldade ligada à necessidade constante de vigilância que o idoso dependente implica, pois como bem nos refere Rosa (58 anos e cuidadora de sua mãe de 83 anos): *“(...) mesmo durante a noite as preocupações são constantes: “(...) ponho a grade na cama de noite e estou descansada, ponho-lhe a fralda, embora de noite venha três vezes vê-la sempre, três! Ou mais, sei lá! Sempre!”*

- **Falta de apoio da família**

Foram, ainda, relatadas pelos cuidadores entrevistados dificuldades relativas à falta de apoio de alguns membros da família, em especial no caso de irmãos de sexo masculino, como é o caso de Almerinda que nos refere: *“(...) Tenho mais dois irmãos. Só eu é que fiquei de o tratar por ser mulher (...)”,* ou ainda no caso dos familiares residente no estrangeiro.

- **Falta de apoio dos profissionais de saúde**

Nesta categoria, foram relatadas algumas dificuldades com os profissionais de saúde, em especial com a médica de família, como nos refere Almerinda *“(...) a médica de família não liga nada ... para prescrever uma receita é preciso quase meter um requerimento ... pedi-lhe para me prescrever um aspirador e um nebulizador e recusou-se (...) Foi necessário mudar de médico para poder adquiri-lo [o nebulizador]”.*

- **Ausência de suporte social**

Por fim importa salientar, ainda, as dificuldades relatadas pelos cuidadores entrevistados que não possuem qualquer rede de apoio e que por isso não possuem qualquer tipo de ajuda no cuidar do idoso dependente. É o caso de Joaquina de 62 anos, casada que cuida de sua mãe de 85 anos que nos diz que *“(...) não tenho ninguém que me ajude (...) que hei-de fazer (...) Sou obrigada a suportá-la. É minha mãe. Não há ninguém que o faça. Tenho que o fazer eu (...)”.*

Estratégias utilizadas na gestão dos cuidados

- **Apoio familiar**

A maioria dos cuidadores informais para ultrapassar as dificuldades de cuidar da pessoa idosa recorre ao apoio da família. É o caso de Maria da Graça, 39 anos, cuidadora principal de seu sogro de 81 anos, que nos refere ter apoio dos vários membros da família *“(...) sinto apoio da família, marido, filho, meus cunhados e tenho o apoio da minha sogra, porque senão eu não conseguia fazer aquilo tudo (...) Ela ajuda-me ainda na cozinha, ajuda-me na higiene (...)”* *“Tenho folga Domingo à tarde, pois ando cansada. São cinco filhos com o meu marido, então vem um filho cada Domingo (...)”.*

- **Serviço de apoio domiciliário (SAD)**

Os cuidadores referem o recurso ao SAD principalmente nos cuidados de higiene. Como testemunha Joaquina de 62 anos, cuidadora de sua mãe de 85 anos: *“(...) vêm cá umas senhoras do apoio ao domicílio durante a semana ajudar-me a lavá-la e é o que me vale”.*

Apoio médico

Segundo o relato de Maria da Graça, cuidadora de 39 anos, que valoriza o apoio do médico e o consequente envolvimento nos problemas de saúde do idoso: *“(...) a médica de família é cinco estrelas, quando o meu sogro não está bem ligo-lhe logo. No telefone, ouve o que eu tenho para lhe dizer. Se é preciso receita de antibiótico, receita-me. Manda-me lá ir buscar. Sempre que é preciso vir a casa, ela também vem (...)”*.

- **Apoio de enfermagem**

Os cuidadores reconhecem o trabalho dos enfermeiros e a transmissão de saberes, o que se reflete na aprendizagem/capacitação dos cuidadores. Como nos refere Almerinda, 45 anos, cuidadora do pai de 85 anos: *“(...) Tenho a equipa de enfermagem que vem mudar-lhe a sonda e a algália, pois tenho muitas dificuldades a fazer isso (...)”*.

São vários os ensinamentos aos cuidadores, tais como a alimentação por sonda nasogástrica, higiene e posicionamentos. Desta forma, Almerinda salienta: *“(...) os enfermeiros deram-me instruções para lhe dar de comer, mudar a fralda e posicioná-lo”*. Refere ainda: *“(...) quando às vezes vejo que estou a sentir dificuldades, ligo com as enfermeiras e conto-lhes o que se está cá a passar, elas vêm cá a casa e dizem, é assim, assim, assim, e está tudo bem”*.

- **Auto aprendizagem**

Os cuidadores têm o sentido de corresponsabilização individual perante as dificuldades que emergem no cuidar: *“(...) dificuldades na alimentação, na higiene e vestir, não tenho muitas agora (...) fui-me habituando, com as coisas, com as ajudas e vou aprendendo”*, no discurso de Joaquina de 62 anos, cuidadora de mãe de 85 anos. Também Ana (46 anos, cuidadora de mãe de 84 anos) nos relata: *“Eu vou aprendendo sempre, os conhecimentos vão-se adquirindo no dia-a-dia (...)”*. Assim, observa-se que as dificuldades sentidas diariamente pelos cuidadores são o corolário para a sua auto-aprendizagem.

- **Religião**

Facilmente constatamos que a fé e religião são uma realidade constante na vida dos cuidadores ao lidar com as dificuldades no cuidar, como bem nos relata Ana: *“(...) como é que enfrento as dificuldades? Com muita fé. Muita fé. Com muita esperança. Que Deus me dê coragem para resistir o dia-a-dia. Peço um dia de cada vez”*, ou ainda Maria da Graça *“(...) tenho fé. Viro-me para o Cristo e (...) e peço. E depois passado um bocado, as coisas lá voltam ao lugar”*.

CONCLUSÃO

Na generalidade, os resultados obtidos mostram que o cuidador informal no domicílio presta diversos tipos de cuidados ao idoso dependente. Observa-se, ainda, que as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais nos cuidados aos idosos dependentes no domicílio são diversas e estão relacionadas, sobretudo, com a alimentação, higiene e conforto, posicionamento, vigilância permanente, ausência de suporte social, a falta de apoio da família e até dos profissionais de saúde. Por outro lado, no que se refere às estratégias utilizadas pelos cuidadores informais para ultrapassar as dificuldades importa realçar o recurso a vários sistemas de apoio, o apoio de familiares, aos serviços ao domicílio (SAD), à enfermagem e ao apoio médico. Nos relatos dos cuidadores foram, ainda, evidentes duas categorias principais: a referência à auto aprendizagem através dos apoios recebidos, bem como o recurso à fé e religião, sendo este último fundamental para lidar melhor com a situação de cuidar. Verificamos, assim, que as exigências a que um cuidador de idosos dependente está

sujeito são múltiplas e como tal são as estratégias que o cuidador encontra para ultrapassar as dificuldades no cuidar lhe permitem, por um lado, não chegar a situações de exaustão e, por outro, procurar aperfeiçoar-se cada vez mais para cuidar melhor, porque as políticas atuais nos encaminham nesse sentido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Collière, M.F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Coimbra: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Escribano, M. D. (2007). La condición humana en el cuidado. *Revista ROL: Edición Española*. 30(4).43-48.

Girardon-Perlini, N. M. O. & Faro, A. C. M. (2005). Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 39 (2). 154-163.

Marconi, M. A.; Lakatos, E. M. (1996). *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Atlas.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dorotea Carvalho, Enfermeira ACES Cavado I (doroteacarvalho76@gmail.com)

Intervenções de Enfermagem ao Familiar Cuidador da Pessoa Dependente - Revisão Sistemática da Literatura

Daniela França¹; Maria José Peixoto² & Fátima Araújo²

1 - Instituto Português de Oncologia do Porto, E.P.E.

2 - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Resumo: - O presente artigo visou identificar as intervenções de enfermagem direcionadas aos prestadores de cuidados de pessoas com dependência. A pesquisa foi realizada nas bases de dados: GoPubMed, Pubmed, B-On, Scopus e Isiknowledge. Os 4 artigos primários que cumprem os critérios de inclusão, apontam as intervenções psicoeducativas, psicossociais e treino de habilidades associadas a ganhos positivos para o familiar cuidador.

Palavras-chave: Enfermagem; Intervenções de Enfermagem; Familiar cuidador; Prestador Cuidados

Resumen: - Este artículo tuvo como objetivo identificar las intervenciones de enfermería para los cuidadores de personas con dependencia. La encuesta se realizó en las bases de datos: GoPubMed, Pubmed, B-On, Scopus y Isiknowledge. Los cuatro artículos principales que cumplían los criterios de inclusión, los intervenciones psicoeducativas punto, psicossociales y la capacitación asociada con ganancias positivas para el cuidador.

Palabras - clave: Enfermería, intervenciones de enfermería, cuidadores

Introdução

A evolução técnico-científica em associação com a melhoria das condições de vida do último século, tem desencadeado um aumento significativo da esperança média de vida, emergindo novos desafios na sociedade actual (Pereira, Ferreira, Ferreira, Vieira, Meireles, 2010). Estes, associam-se ao maior número de doentes dependentes, que exigem um grande envolvimento dos profissionais de saúde em parceria com a família, que vai assumir na maioria dos casos, os seus cuidados.

Daí se considerar de extrema importância o papel do familiar cuidador (FC), também definido como prestador de cuidados ou cuidador informal.¹ Definido pelo Conselho Internacional de Enfermeiras (2011, p. 115) como o “... responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família”, o FC na transição para o papel, requer por parte dos profissionais de enfermagem um acompanhamento e cuidados antecipatórios, porque esta transição constitui-se como uma situação complexa que exige não somente a aprendizagem de conhecimentos, mas também aquisição de novas competências. A enfermagem surge neste contexto como um pilar para o doente e para o FC, sendo necessário que as intervenções implementadas respondam às necessidades da pessoa cuidada mas também a quem dela cuida.

Com base na metodologia PI[C]OD definimos a questão orientadora deste estudo: *Quais as intervenções de*

1 - Neste artigo optamos por usar a designação de familiar cuidador

enfermagem planeadas e implementadas aos FC de pessoa com dependência? Para dar resposta a esta pergunta recorreremos à revisão sistemática que se constitui como “um método de pesquisa rigoroso que permite agrupar estudos primários extraíndo deles a melhor evidência científica” (Ramalho, 2005, p. 29).

Metodologia

Recorremos à estratégia PI[C]OD para nos guiar na revisão sistemática da literatura. Esta orienta a construção da pergunta e também da pesquisa bibliográfica, (Santos, Pimenta, Nobre, 2007). Na tabela 1 apresentamos a descrição da pergunta PI[C]OD.

Tabela 1 – Descrição da pergunta PI[C]OD

P – Participantes	FC de pessoas com dependência	Descritores: “Nursing interventions” AND caregiver
I – Intervenções	Intervenções dos enfermeiros ao FC	
[C] – Comparações *	-	
O – “Outcomes”	Melhorias do bem-estar cognitivo e psicológico	
D – Desenho do estudo	Estudos de investigação qualitativa e/ou quantitativa e revisões sistemáticas	

*-opcional

Análise

A revisão da literatura teve como limite temporal os artigos publicados desde 2007 até à atualidade (maio de 2013), tendo sido efetuada a pesquisa nas seguintes bases de dados: GoPubMed, Pubmed, B-On, Scopus e Isiknowledge. Usamos, tendo como critérios de inclusão artigos com intervenções de enfermagem a FC de pessoas adultas e/ou idosas, sendo estes escritos em inglês ou português e que fosse possível o acesso livre ao *fulltext*. Incluíram-se artigos de estudos de investigação qualitativa e/ou quantitativa e revisões sistemáticas. A descrição pormenorizada dos artigos seleccionados encontra-se no fluxograma 1 apresentado.

A leitura e análise dos artigos foram realizadas por 2 investigadores independentes, tendo por base os critérios de inclusão/exclusão definidos.

Fluxograma1 - Descrição da selecção dos artigos



Resultados/discussão

Para uma apresentação mais detalhada dos resultados optamos por apresentá-los no quadro 1

Quadro 1 – Apresentação dos artigos analisados

	E1	E2	E3	E4
Título	Empowering older people with early dementia and family caregivers: A participatory action research study	The effectiveness of telehealth care on caregiver burden, mastery of stress, and family function among family caregivers of heart failure patients: A quasi-experimental study	The feasibility of a telephone coaching program on heart failure home management for family caregivers	A group-based multi-professional education programme for family members of patients with chronic heart failure: Effects on knowledge and patients' health care utilization
Autor, Ano e País	Nomura, M., Makimoto, K., Kato, M., Shiba, T., Matsuura, C., Shigenobu, K. et al (2009). Japão	Chiang L., Chen, W., Dai, Y., Ho, Y. (2012). Tailândia	Piamjariyakul, U., Smith, C.E., Russell, C., Werkowitch, M., Elyachar, A. (2013). USA	Löfvenmark, C., Karlsson, M. R., Edner, M., Billing, E., Mattiasson, A. (2011). Suécia
Metodologia	Investigação ação	Estudo quasi-experimental	Método misto	Estudo quasi-experimental
Participantes	37 idosos com diagnóstico de demência e 31 FC	60 FC (30 pertenciam ao grupo control e 30 ao grupo experimental)	10 FC de doentes com insuficiência cardíaca	128 FC de doentes com insuficiência crónica
Objetivos	Implementar e avaliar um programa de reabilitação cognitiva e <i>empowerment</i> dos idosos com demência e um programa de educação e aconselhamento para os FC.	Avaliar a eficácia da disponibilidade da enfermagem no cuidar combinado com o plano de alta e <i>telehealth</i> na sobrecarga do FC, na capacidade de gestão do stress e na função familiar dos doentes com insuficiência cardíaca.	Testar e avaliar a viabilidade de um programa de "coaching" para a gestão no domicílio do prestador de cuidados de doentes com insuficiência cardíaca	Investigar se os FC de doentes com insuficiência cardíaca crónica aumentam os seus conhecimentos com um programa educacional aplicado por uma equipa multidisciplinar
Intervenções	As Intervenções aos idosos foram desenvolvidas em três ciclos: 1º ciclo – desenvolver um programa de culinária; 2º ciclo - aumentar a interação com os membros da família e outros doentes; 3º ciclo - planear e implementar ações na comunidade. As intervenções para os FC: - psicossociais; - descanso do cuidador. Através de um programa de aconselhamento e educação.	Os FC do grupo de control tiveram a preparação habitual (ensinos sobre sinais e sintomas da doença e como cuidar) e podiam comunicar por telefone. Os FC do grupo experimental tiveram formação (enfermeira) para avaliar os parâmetros fisiológicos do doente em casa e fazer o <i>upload</i> dos dados para o centro <i>telehealth</i> . Os doentes também tiveram formação sobre a doença, dieta e ingestão de líquidos. Enfermeiras especialistas fornecem aconselhamento e educação em saúde 24h por dia, durante 7 dias por semana. A enfermeira tem acesso aos dados do doente (ECG, tensão arterial, glicemia, oxigenação) e após a sua avaliação fornece instruções acerca do controle do peso, da monitorização da urina, da toma da medicação e do controlo da ingestão de líquidos. O doente pode comunicar com a enfermeira sempre que precisar ou a sua situação se alterar. Após a alta a enfermeira comunica sempre com o doente entre 48-72h.	Realizadas 4 sessões telefónicas: Preparar o FC para os cuidados ao doente em casa e reforçar o plano de cuidados; Trabalhar com a equipa de saúde para desenvolver capacidades de técnica de resolução de problemas e conduzir a uma rotina de auto-gestão eficiente; Prevenir a tensão e o esgotamento do FC e encaminhar para ajuda profissional ou grupos de suporte; Preparar com o FC mudanças e planos de emergência Fornecidos aos FC folheto da American Heart Association e um livro "the comfort of home for chronic heart failure: A guide for caregivers."	63 FC pertenceram ao grupo controle e 65 FC ao grupo experimental. O grupo controle recebeu informação durante o período de hospitalização de acordo com o seu pedido ou em situações que o profissional de saúde achasse relevante. No grupo experimental foram desenvolvidas 6 sessões durante 6 meses, cada sessão iniciou-se com informação sobre determinado tema por um determinado profissional: 1ª sessão – cardiologista – aspectos médicos; 2ª sessão – enfermeiro especialista - auto-cuidado; 3ª sessão – nutricionista – nutrição 4ª sessão – fisioterapeuta – actividades físicas 5ª sessão – assistente social – aspetos psicossociais 6ª sessão – coordenador e enfermeiro especialista
Resultados	O programa ajudou a recuperar as atividades processuais e à aquisição de confiança dos idosos. O reconhecimento das suas capacidades por parte dos prestadores de cuidados e dos membros do grupo foi um componente forte no <i>empowerment</i> . Relativamente ao FC o programa de aconselhamento promoveu capacidades de coping e melhorou o relacionamento familiar	O grupo experimental apresenta um indicador mais alto no desenvolvimento da sobrecarga referente à capacidade do FC de lidar com o stress: Os dois grupos apresentaram melhorias, apesar de no grupo experimental serem mais significativas. Na função familiar: ambos os grupos apresentaram melhorias significativas. O grupo experimental apresentou uma melhoria mais acentuada na relação entre as famílias e a sociedade, e entre a família e os subsistemas, não apresentando efeito significativo na relação entre a família e os membros da família.	Após 3 meses das intervenções o score da sobrecarga dos FC era mais baixo. Seis de 10 FC referiram que ganharam mais confiança, 3 de 10 referiram que passaram para extremamente confiantes. Cinco de dez FC referiram uma melhoria na sua preparação para a gestão dos cuidados em casa.	No início do estudo não existiam diferenças entre os dois grupos referente ao conhecimento dos FC sobre a insuficiência cardíaca crónica, com o tempo foram aumentando os conhecimentos nos dois grupos mas mais no grupo experimental após 1 mês depois da intervenção, mas passado 6 meses o conhecimento decresceu. Não foi encontrada diferença no conhecimento dos FC que participaram 1-3 vezes ou os que participaram mais, indicando que a duração do programa pode ser encurtado.

As principais intervenções de enfermagem descritas para o FC, nos quatro artigos analisados, correspondem a intervenções psicoeducativas que objetivam otimizar as capacidades cognitivas. A literatura sustenta a importância destas intervenções para o desenvolvimento de mestria no FC, permitindo-lhes tomar decisões efectivas e resolver problemas encontrados durante o processo de cuidar (Given, Sherwood, & Given, 2008). Ainda outro artigo refere que as intervenções psicoeducativas são tidas como um dos procedimentos mais efectivos para a redução da sobrecarga do FC, obtendo-se benefícios significativos para a saúde dos mesmos. (Losada-Baltar & Montorio-Cerrato, 2005). “As intervenções psicoeducativas permitem também a criação ou o reforço dos laços sociais entre quem cuida” (Figueiredo, Guerra, Marques & Sousa, 2012, p. 48). No E3 é referido como parte da intervenção o fornecimento de material de apoio para consulta do cuidador, esta estratégia é reforçada também por Given, Sherwood e Given (2008) e Figueiredo, Guerra, Marques & Sousa (2012) que referem que muitas intervenções passam pelo fornecimento de material de apoio para ensino dos cuidadores. No que se refere às capacidades psicomotoras, nomeadamente treino de habilidades, estas apenas são mencionadas num artigo, duas das pesquisas apontam para intervenções psicossociais, tendo por base os três tipos de habilidades (psicomotora, cognitiva e psicológica) sugeridas por Schumacher, Stewart, Archbold, Dodd & Dibble (2000). De acordo com Figueiredo, Guerra, Marques & Sousa (2012, p. 35) existem estudos que “... evidenciam que as intervenções psicossociais, como a psicoterapia e os programas psicoeducativos, são as mais eficazes e consistentes em vários domínios avaliados (p.e., sobrecarga, ansiedade, depressão, competências de coping)” No E3 as intervenções conduziram a um aumento na confiança no FC e uma melhoria na sua capacidade de gestão dos cuidados em casa. Uma melhoria no conhecimento dos FC foi identificada no E4, embora de curta duração. Em todos os estudos as intervenções revelaram melhorias na promoção de estratégias de coping, no relacionamento familiar, bem como na capacidade de gestão do stresse. Importa também referir que a falta de conhecimentos e capacidades do FC pode conduzir a prejuízo não intencional à pessoa dependente, esse risco está diretamente relacionado com a falta de conhecimento e competência que pode ser melhorado com a formação e o suporte emocional fornecido ao FC (Reinhard, Given, Petlick, & Bemis, 2008)

Na análise dos estudos constata-se muita heterogeneidade nos instrumentos de medida utilizados, sendo compreensível visto serem conduzidos em contextos diferentes.

Conclusão

Pelos estudos analisados constata-se uma heterogeneidade nas intervenções de enfermagem dirigidas ao FC de pessoas com dependência, bem como nos instrumentos utilizados na mensuração dos resultados. Esta heterogeneidade contempla intervenções efetivas, no âmbito psicomotor, cognitivo e psicológico. Na prática clínica, os enfermeiros devem integrar estas evidências, dando especial relevância, nas fases de transição associadas à dependência.

As principais intervenções evidenciadas nestes estudos focam-se nas intervenções psicoeducativas, evidenciadas em todos os estudos, demarcando a sua importância quer para os profissionais de saúde como para os FC, principalmente na fase de transição para o seu novo papel. As intervenções psicossociais são mencionadas em dois estudos, relatando a importância do bem-estar do FC como área a intervir. Apenas um estudo aborda o treino de habilidades, apesar da literatura demonstrar a sua grande utilidade e referindo que o seu uso aumenta a confiança do FC no desempenho do seu papel com a pessoa dependente.

Tendo por base a escassez de pesquisa nesta área, nomeadamente no contexto português, considera-se pertinente a realização de novos estudos, com elevado rigor metodológico que concorram para um elevado nível de evidência sobre a eficácia das intervenções, mas que permitam também conhecer a durabilidade dos benefícios ao longo do percurso de cuidar.

Referências bibliográficas

Chiang, L., Chen, W., Dai, Y. & Ho, Y. (2012). The effectiveness of telehealth care on caregiver burden, mastery of stress, and family function among family caregivers of heart failure patients: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 1230-1242.

Conselho Internacional das Enfermeiras(ICN). (2011). *CIPE 2*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Figueiredo, D., Guerra, S., & Marques, A. &. (Fevereiro de 2012). Apoio Psicoeducativo a Cuidadores Familiares e Formais de Pessoas Idosas com Demência. *Revista Temática Kairós Gerontologia* , 31-55.

Given, Barbara; Sherwood, Paula R.; Given, Charles W. (Setembro de 2008). What Knowledge and Skills Do Caregivers Need? *The American Journal of Nursing* , 108, 28-34.

Löfvenmark, C., Karlsson, M.R., Edner, M., Billing, E. & Mattiasson, A. (2011). A group-based multi-professional education programme for family members of patients with chronic heart failure: Effects on knowledge and patients' health care utilization. *Patient Education and Counseling*, 85, 162-168.

Losada-Baltar, A., & Montorio-Cerrato, I. (2005). Pasado, Presente y Futuro de las Intervenciones Psicoeducativas para Cuidadores Familiares de Personas Mayores Dependientes. *Rev Esp Geriatr Gerontol* , 30-39.

Nomura, M., Makimoto, K., Kato, M., Shiba, T., Matsuura, C., Shigenobu, K. et al. (2009). Empowering older people with early dementia and family caregivers: A participatory action research study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 431-441.

Pereira, A., Ferreira, A., Ferreira, S., Vieira, E. & Meireles, N. (2010). O impacto da demência na qualidade de vida do utente e da família. In M. M. Barbieri, *Redes de conhecimento em enfermagem de família* (pp. 241-245). Porto: Editors.

Piamjariyakul, U., Smith, C.E., Russell, C., Werkowitch, M. & Elyachar, A. (2013). The feasibility of a telephone coaching program on heart failure home management for family caregivers. *Heart & Lung*, 42, 32-39.

Ramalho, A. (2005.). *Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise*. Coimbra: Formasau, formação e saúde, Lda.

Reinhard, Susan C.; Given, Barbara; Petlick, Nirvana H.; Bemis, Ann. (2008). Supporting Family Caregivers in Providing Care. In R. G. Hughes, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (pp. 1-18). US: Rockville (MD).

Santos, C.M.C., Pimenta, C.A.M. & Nobre, M.R.C. (maio-junho de 2007). A estratégia PICO para a Construção da Pergunta de Pesquisa e Busca de Evidências. *Latino-am Enfermagem*, 15.

Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Dodd, M. J. & Dibble, S. L. (2000). Family caregiving skill: Development of the concept. *Research in Nursing & Health*, 23, 191-203.

Contato para correspondência:

Daniela França, Instituto Português de Oncologia do Porto, danielat.franca@gmail.com

Quem são, como se sentem e com que suporte contam os cuidadores de idosos dependentes no Brasil: evidências do Estudo SABE

Yeda A O Duarte^{1,2}, Patrícia R Costa¹, Daniella P Nunes¹ & Maria Lucia Lebrão²

1 Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil

2 Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Brasil

Resumo:

Com o envelhecimento populacional eleva-se consideravelmente o número de idosos acometidos por doenças crônicas e, muitas vezes por sequelas incapacitantes onde é necessária a presença de um cuidador, responsável para prover-lhes o cuidado necessário e garantir seu bem estar e qualidade de vida. O objetivo desse estudo foi traçar o perfil dos cuidadores de idosos residentes no Município de São Paulo/Brasil segundo condições sócio-demográficas e assistenciais e verificar a presença de sobrecarga em cuidadores familiares relacionada à realização do cuidado dispensado. Esse estudo é parte do Estudo SABE - Saúde, Bem estar e Envelhecimento, estudo longitudinal e de múltiplas coortes sobre as condições de vida e saúde dos idosos residentes no Município de São Paulo. Foram utilizados os dados de 2010 obtidos por meio de entrevista domiciliar a partir de um questionário padronizado. A amostra foi composta pelos cuidadores dos idosos entrevistados em 2010 (n=329), os dados foram analisados com o Stata 11 e serão apresentados em frequências relativas. Entre os cuidadores, 91,3% eram familiares, a maioria filhos (54.7%), do sexo feminino (75.6%) e casados (65.2%). Geralmente residiam com o idoso (68.3%), exerciam essa função há mais de cinco anos (56.5%), referiram auxiliar o idoso o tempo todo ou sempre que necessário (85%). Entre os cuidadores familiares, verificou-se maior sobrecarga entre os cuidadores que residiam na mesma casa, eram cônjuges, pertenciam à famílias disfuncionais e referiram que auxiliavam o idoso sempre. Conclusões: A maioria dos cuidadores familiares eram mulheres, filhas, viviam na mesma casa com os idosos e referiram auxiliar os idosos muito frequentemente. Alguns sentiam-se sobrecarregados e tal condição mostrou-se associada com a demanda de cuidados e com as condições funcionais e cognitiva dos idosos.

Palavras chave: Cuidadores, idosos dependentes, sobrecarga

Resumen:

Con el envejecimiento de la población aumenta considerablemente el número de personas mayores con enfermedades crónicas y secuelas discapacitante por el que se hace necesaria la presencia de un cuidador, responsable de proporcionar los cuidados necesarios y asegurar el bienestar y calidad de vida de los mismos. El objetivo de este estudio es trazar el perfil de los cuidadores de ancianos residentes en São Paulo/Brazil segundo condiciones socio-demográfico y de asistencia y verificar la presencia de sobrecarga relacionada con el logro de la atención a los ancianos. Este estudio es parte del Estudio SABE - Salud, Bienestar y Envejecimiento, estudio longitudinal de cohortes múltiples acerca de las condiciones de vida y de salud de los adultos mayores en São Paulo/Brazil. Para este estudio se utilizaron datos de 2010 recogidos mediante entrevistas en hogares mediante un cuestionario estandarizado. La muestra se compone de los cuidadores de los ancianos (n=329) encuestados en 2010. Los datos se analizaron utilizando Stata 11 y se presentan en frecuencias relativas. Entre los cuidadores, 91.3% estaban familiarizados, eran niños (54.7%), mujeres (75.6%) y casados

(65.2%). Geralmente convivió con los ancianos (68.3%), ejerció esa función durante más de cinco años (56.5%) y reportado ayudar a las personas mayores todo el tiempo o siempre que sea necesario (85%). Entre los cuidadores familiares, hubo una mayor carga entre los que vivían en la misma casa, entre esposos, convivió con familias disfuncionales y los que dijeron que ayudaron a las personas mayores siempre. Conclusiones: La mayoría de los cuidadores son mujeres, hijas, vivían en la misma casa con los ancianos y auxiliar mencionada muy a menudo. Algunos estaban abrumados y esta condición está asociada con la demanda de atención y las condiciones cognitivas y funcionales de las personas mayores.

Palabras clave: cuidadores, personas mayores dependientes, sobrecarga

INTRODUÇÃO

Cerca de 11% da população brasileira é composta por idosos o que representa mais de 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (IBGE, 2012). Parte importante dessas apresentam doenças e agravos crônicos não transmissíveis e suas consequências trazendo um impacto significativo nas políticas assistenciais dado o progressivo aumento de pessoas com limitações funcionais que requerem cuidados constantes (Camarano, 2004). Esses cuidados, geralmente, são prestados pela família, sendo o domicílio o espaço sociocultural natural (Gonçalves et al, 2006).

A prestação de cuidados a um idoso pode, muitas vezes, exigir uma reestruturação na vida de seu cuidador, alterando costumes, rotinas, hábitos e até mesmo a natureza de sua relação com o idoso, como apontado na literatura (Duarte, 2010; Giraldo et al, 2005). Essa reestruturação nem sempre ocorre de forma fácil, podendo ser acompanhada por sentimentos de tensão, angústia e sobrecarga (Neri e Carvalho, 2002), o que pode levar o cuidador, por um lado, ignorar suas próprias necessidades e, por outro, levar à negligência assistencial daqueles por quem são responsáveis. Os objetivos desse estudo foram: a) traçar o perfil dos cuidadores de idosos dependentes residentes no Município de São Paulo/Brasil segundo condições sociodemográficas e assistenciais e b) identificar, entre os cuidadores familiares, a presença de sobrecarga e os fatores associados à mesma.

METODOLOGIA

Esse estudo é parte do Estudo SABE - Saúde, Bem estar e Envelhecimento – estudo longitudinal e de múltiplas coortes sobre as condições de vida e saúde dos idosos residentes no Município de São Paulo/Brasil (Lebrão e Duarte, 2003). Na coleta de dados de 2010 (Coortes A e B) foram entrevistados 329 cuidadores, amostra desse estudo. Para traçar o perfil sociodemográfico foram utilizadas as variáveis: idade, sexo, escolaridade, estado civil, grau de parentesco com o idoso e moradia e as assistenciais: frequência de cuidado, tempo na função, ajuda de outras pessoas e funcionalidade familiar (Duarte, 2001). Com relação ao idoso: número de doenças, limitação funcional em ABVDs e AIVDs, decínio cognitivo. A presença de sobrecarga do cuidador foi avaliada entre os cuidadores familiares por meio da Escala *Zarit Burden Interview (ZBI)*. A análise dos dados foi realizada no pacote estatístico Stata 11.0. Utilizou-se o Teste do Qui quadrado de Pearson (X^2) com correção de Rao-Scott para estimar as diferenças entre os grupos com nível de significância de 5%. O Estudo SABE foi aprovado em todas as ondas pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

RESULTADOS

Dos 329 cuidadores, a maioria (91.3%) eram familiares, filhas (56.8%) com média de idade de 55,8 anos; 20,5% deixou de trabalhar para cuidar do idoso (20,5%) e em 14,1% foi identificada disfunção familiar. A maioria (85%) referiu auxiliar o idoso o tempo todo ou sempre que necessário e exercer essa função há mais de 5 anos (55.6%). (tabela 1)

Tabela 1: Distribuição (%) dos cuidadores segundo ser ou não familiar, características sociodemográficas e assistenciais. Município de São Paulo, 2010.

Características	Familiares	Não familiares	p
Sexo			
Homem	24,9	8,7	0,061
Mulher	75,1	91,3	
Idade (média± SD)	55,8±14,8	51,1±13,0	0,372
Estado civil			
Solteiro	18,7	13,0	0,000
Casado	66,2	45,4	
Separado	9,1	32,1	
Viúvo	6,0	9,5	
Onde reside			
Mesma casa com o idoso	65,8	23,7	0,000
Em outra casa próxima do idoso	29,7	40,2	
Em outra casa distante do idoso	4,5	36,1	
Frequência da ajuda			
O tempo todo	34,7	36,1	0,000
Uma vez ao dia	22,7	11,4	
Dias alternados	1,6	1,4	
Uma vez por semana	0,7	0,0	
Sempre que necessário	40,3	51,1	
Há quanto tempo cuida do idoso			
Menos de 1 ano	10,8	33,9	0,027
1 a 5 anos	31,6	25,6	
Mais de 5 anos	55,6	40,5	
Recebe ajuda para cuidar do idoso			
Sim	63,9	52,8	0,334
Não	36,1	47,2	
Total	91,3	8,7	

Fonte: Estudo SABE, 2010

Ao se analisar a presença de sobrecarga, verifica-se ser maior entre os cuidadores do sexo feminino, com idade média mais elevada, que pertencem a famílias disfuncionais, que residem na mesma casa com o idoso, exercem essa função há menos de um ano e o fazem sem auxílio de outras pessoas. Tal condição é mais frequente entre os cuidadores de idosos com maior número de doenças e mais dependentes por problemas físicos, cognitivos ou ambos. (tabela 2)

Tabela 2. Distribuição (%) dos cuidadores familiares e características sociodemográficas e assistenciais. Município de São Paulo.

Características	Cuidadores SEM sobrecarga	Cuidadores com sobrecarga leve	Cuidadores com Sobrecarga intensa	p
Sexo				
Homem	78,3	6,5	15,2	0,264
Mulher	66,3	16,6	17,1	
Idade (média± SD)	54,8±16,1	60,8±11,5	57,7±11,2	0,002
Estado civil				
Solteiro	79,1	5,4	15,5	0,264
Casado	69,2	15,0	15,8	
Separado	56,5	22,9	20,6	
Viúvo	55,7	21,0	23,3	
Parentesco com o idoso				
Cônjuge	59,4	17,6	23,0	0,233
Filho(a)	70,5	13,9	15,6	
Irmãos	88,3	11,7	0,00	
Genro/nora	70,9	12,3	16,8	
Neto(a)	96,7	3,3	0,00	
Enteado(a)	0,0	0,0	100,0	
Outro familiar	77,0	13,0	9,9	
Onde reside				
Mesma casa com o idoso	64,1	15,9	20,0	0,110
Em outra casa próxima do idoso	79,3	11,1	9,6	
Em outra casa distante do idoso	83,7	8,9	7,4	
Frequência com que ajuda o idoso				
Sempre	56,8	18,7	24,5	0,033
Uma vez ao dia	66,9	15,7	17,4	
Dias alternados	68,2	31,8	0,00	
Uma vez por semana	82,6	17,4	0,00	
Sempre que necessário	83,1	8,2	8,7	
Há quanto tempo cuida				
Menos de 1 ano	57,8	12,2	30,0	0,413
1 a 5 anos	70,1	13,1	16,8	
Mais de 5 anos	70,0	15,7	14,3	
Funcionalidade familiar				
Boa funcionalidade	74,9	15,2	9,9	0,000
Disfunção moderada	41,9	21,9	36,2	
Disfunção elevada	37,6	2,9	59,5	
Recebe ajuda para o cuidado				
Não	64,8	15,6	19,6	0,445
Sim	71,9	13,6	14,5	
Número de doenças do idoso				
Nenhuma	74,2	9,3	16,5	0,934
Uma	68,1	17,1	14,8	
Duas ou mais	68,6	14,4	17,0	
Idosos com declínio cognitivo				
Não	75,1	14,8	10,1	0,001
Sim	60,7	13,6	25,7	
Idosos com dificuldade nas ABVDs				
Nenhuma	77,8	14,1	8,1	0,001
1 ou 2	79,7	10,6	9,7	
3 ou mais	53,3	17,4	29,3	
Idosos com dificuldade nas AIVDs				
Nenhuma	88,7	11,3	0,0	0,040
1 ou 2	76,4	14,6	9,0	
3 ou mais	60,3	14,4	25,3	

Fonte: Estudo SABE, 2010.

As famílias continuam sendo a principal fonte de cuidado dos idosos mais dependentes e as primeiras que os socorrem quando necessário. O cuidador familiar não tem formação em saúde, não recebe remuneração econômica e exerce essa função sem restrições de horário ou funções (Giraldo et al, 2005). As esposas e as filhas aparecem como principais cuidadoras como em outros estudos (Kawasaki e Diogo, 2001). O ato de cuidar ainda é visto como função feminina, pois, ao longo da história, a mulher não desempenhava funções fora de casa, cabendo-lhe o cuidado do lar, das crianças e dos idosos ficando para os filhos do sexo masculino a ajuda material e em tarefas externas (Neri e Sommerholder, 2013). Essa realidade vem se modificando com a inserção progressiva da mulher no mercado de trabalho. Destaca-se a prevalência de cuidadores homens por ter sido superior a observada em outros estudos mostrando que os homens estão assumindo essa função devido às mudanças que vem ocorrendo nos arranjos familiares (Queiroz, 2000).

A média de idade dos cuidadores foi superior a 50 anos o que pode ser um alerta quanto à capacidade funcional do cuidador para o exercício da função sem dano pessoal (Karsch, 2003). A maior proporção de cuidadores foi encontrada entre os idosos mais dependentes. Com o aumento da idade pode haver declínio funcional resultando em maior necessidade de cuidados. O cuidador não familiar está mais presente no cuidado de idosos com maior comprometimento funcional mostrando ser uma alternativa porém mais onerosa para a família. Geralmente a família faz uso dessa opção quando o grau de comprometimento funcional e cognitivo do idoso é mais elevado ou ela, por diferentes razões, não é continente às demandas apresentadas (Neri e Sommerholder, 2013).

Observou-se que os cuidadores dedicavam grande parte de seu tempo ao cuidado do idoso corroborando o achado em outros países (Pinto-Afanador et al, 2005). Dependendo do suporte existente, pode ou não haver sobrecarga (Capilla-Díaz, 2005) que é um conceito multidimensional onde são identificados estresse, sentimentos negativos e dificuldades relacionadas ao cuidado do idoso. No presente estudo, a sobrecarga foi de aproximadamente 31% resultado intermediário ao observado por Ocampo et al (2007) na Colômbia (48.8%) e Dominguez-Sosa et al. (2010) no México (15%). As variáveis associadas à sobrecarga dos cuidadores foram sexo feminino, ser filho, residir na mesma casa do idoso e longo tempo na função.

O suporte familiar é um indicador importante relacionado à permanência do idoso mais dependente na comunidade (Avarena e Alvarada, 2010). Famílias disfuncionais são menos suportivas. Neste estudo encontrou-se associação entre a presença de sobrecarga e disfuncionalidade familiar que pode ser explicada pela menor capacidade de adaptação dos membros da família às demandas apresentadas bem como a menor capacidade de mobilizar recursos ou participar do cuidado dos idosos (Roca-Roger et al, 2000; Duarte YAO, 2001).

CONCLUSÕES

A maioria dos cuidadores familiares eram mulheres, filhas, viviam na mesma casa com os idosos e referiram auxiliar os idosos muito frequentemente. Alguns estavam sobrecarregados e tal condição está associada com a demanda de cuidados e com as condições funcionais e cognitiva dos idosos. Cabe aos profissionais de saúde a individualização de seu acompanhamento aos cuidadores considerando as condições funcionais e de saúde dos idosos e os recursos disponíveis para o cuidado visando diminuir a sobrecarga, reduzir o estresse e melhorar a qualidade de vida dos cuidadores e dos idosos dependentes e, assim, garantindo o melhor cuidado pelo maior tempo possível.

REFERENCIAS

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2010*. Recuperado a 14 de Fevereiro, 2012, de <http://www.ibge.gov.br>.

Camarano, A. A. (2004). *Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?*. IPEA.

Gonçalves, L.H.T., Alvarez, A.M., Sena, E.L.S., Santana, L.W.S. & Vicente, F.R. (2006). Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis/SC. *Texto Contexto Enferm.* 15, 570-7.

Neri, A.L. & Carvalho, V.A.M.L.. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: Freitas, E.V., Py, L., Neri, A. L., Cançado, F.A.X., Gorzoni, M.L., Rocha, S.M. (2011). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 778-779.

Lebrão, M.L. & Duarte, Y.A.O. (2003). *O projeto SABE no Brasil: uma abordagem inicial*. Organização Pan-Americana de Saúde.

Duarte, Y.A.O. (2001). *Família - Rede de suporte ou fator estressor: A ótica de idosos e cuidadores familiares*. Tese de doutoramento, Escola de Enfermagem, Universidade São Paulo, São Paulo (SP), Brasil.

Duarte, Y.A.O. (2010). Cuidadores: quem são e qual sua importância para pessoas idosas. Portal do envelhecimento.

Giraldo, C.I.; Franco, G.M.; Correa, L.E.; Salazar, M.O. & Tamayo, A.M. (2005). Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. 23, 7-15.

Kawasaki, K., Diogo, M. J. D. (2001). Assistência domiciliar ao idoso: perfil do cuidador formal - parte I. *Rev Esc Enferm USP*. 35, 257-264.

Neri, A. L. & Sommerhalder, C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: Neri, A. L. (2013). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*, 9-63.

Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saude Publica*. 19, 861-866.

Pinto-Afanador, N., Barrera-Ortiz, L. & Sánchez-Herrera, B. (2005). Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "cuidando a los cuidadores". *Revista Aquichan*. 5,128-137.

Capilla-Díaz, C. (2005). La vida de cuidadora por oficio. *Index de Enfermería*.14, 48-49.

Ocampo, J. M., Herrera, H. A., Torres, P. T., Rodríguez, J. A., Lobo, L. & García, C. A. (2007) Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colomb Med*, 38,40-46.

Dominguez-Sosa, G., Zavala-Gonzalez, M. A., Cruz-Mendez, D. C. & Ramirez, M.O.. (2010). Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, *México Med. UIS*. 23, 28-37.

Aravena, V.J. & Alvarado, O. S. (2010). Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras informales. *Ciencia y Enfermería*. 16, 111-120.

Roca-Roger, M. & et al. (2000). Impacto del hecho de cuidar em La salud de lós cuidadores familiares. *Atención primaria*. 26, 217-223.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Yeda A O Duarte

Escola de Enfermagem e Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

yedaenf@usp.br

A importância do cuidador na retomada das histórias de vida do idoso.

Cinthia Lucia de Oliveira Siqueira¹

Resumo:

As histórias de nossos antepassados são essenciais para a compreensão do mundo e de nós mesmos. Antigamente era comum o aglomerado de filhos e netos ao redor dos avós para ouvir suas vivências. Os tempos mudaram e na pressa do dia a dia o idoso não tem mais espaço para partilhar suas lembranças. Com o desejo de possibilitar este espaço, em agosto de 2010 iniciou-se uma oficina cujo objetivo era resgatar, preservar e valorizar o patrimônio histórico guardado nas histórias de vida dos mais velhos. Os encontros aconteciam duas vezes por semana e duraram seis meses. Neste período, trabalhamos com fotografias e objetos pessoais que pudessem suscitar lembranças. Todas as histórias foram vídeo-gravadas, depois transcritas e resultaram num livro, numa apresentação pública das histórias e na inauguração de um espaço cultural na cidade denominado “Casinha da Memória”. Percebeu-se que as participantes, ao partilharem suas histórias de vida com um interlocutor interessado, deram novos significados a suas vivências e descobriram o valor do envelhecer para a sociedade. Dessa forma, fica claro que o cuidador deve constituir-se como este interlocutor privilegiado e propiciar o resgate das histórias de vida do idoso, atividade fundamental para a sua vivificação e seu estar no mundo via lembranças.

Palavras-chave: histórias de vida; envelhecimento; identidade; cuidador.

Resumen:

Las historias de nuestros antepasados son esenciales para la comprensión del mundo y de nosotros mismos. Antiguamente era común la reunión de los hijos alrededor de los abuelos para oír sus experiencias. Los tiempos cambiaron y en la prisa del día a día el adulto mayor no tiene más espacio para compartir sus recuerdos. Con el deseo de posibilitar este espacio, en agosto de 2010 se inició un taller cuyo objetivo era rescatar, preservar y valorizar el patrimonio histórico guardado en las historias de vida de los mayores. Los encuentros sucedían dos veces por semana y duraron seis meses. En este período, trabajamos con fotografías y objetos personales que pudiesen dar lugar recuerdos. Todas las historias fueron vídeo grabados, después transcritas y resultaron en un libro, en una presentación pública de las historias y en la inauguración de un espacio cultural en la ciudad denominado “Casita de la Memoria”. Se percibió que las participantes, al compartir sus historias de vida con un interlocutor interesado, dieron nuevos significados a sus vivencias y descubrieron el valor de envejecer para la sociedad. De esa forma, queda claro que el cuidador debe ser como este interlocutor privilegiado y propiciar el rescate de las historias de vida del adulto mayor, actividad fundamental para su vivificación y su estar en el mundo a través de los recuerdos.

Palabras-clave: historias de vida; envejecimiento; identidad; cuidador.

¹ cinthiasiqueira@terra.com.br

INTRODUÇÃO.

Minha avó Francisca era filha de imigrantes Italianos. Lembro-me de sua casa no Jaçanã, em São Paulo. Ali ela criava galinhas, cultivava horta, pomar... Seu quintal expunha a necessidade de adubar o alimento para garantir a sobrevivência... Herança da guerra! Meu avô era pedreiro e trabalhava duro para manter a família. Mamãe nos conta que à noite, ela e seus sete irmãos se deliciavam com sopa de quirela de galinha... Era tudo!

Vó Ignácia nasceu no sertão do nordeste. Ficou viúva aos 32 anos de idade, vendeu tudo o que tinha e veio para São Paulo com seis filhos pequenos e um na barriga. Abriu uma acanhada venda no Mercado Municipal e do comércio criou sua prole. Papai relata que, certa vez, perdeu um par do tênis e ficou meses indo à escola com um pé calçado e outro no chão.

Estas histórias que vivem dentro de mim através da narrativa de meus pais, não as presenciei, mas elas me pertencem, me tornam indivíduo e, ao mesmo tempo, povo.

É inegável a importância que o contar histórias ocupa na sociedade... A narrativa oral cria imagem ao não vivido, ao que passou, ao que está por vir, ao que poderia ser. Possibilita o encontro com o desconhecido, com o inabitado, inatingível, fornece-nos a compreensão do mundo e de nós mesmos, ao mesmo tempo em que abre caminho para outras possibilidades.

Narrar é uma atividade inerente ao destino do ser humano que não encontra vida onde não há história. A cultura e tudo o que sabemos, não inauguramos, mas recriamos, refazemos. As correntes do passado desaparecem na aparência, mas são revividas num objeto, lugar, pessoa - resquícios de outras épocas. Aquilo que não conhecemos do mundo pode chegar-nos pela memória dos que já viveram. Detalhes do mundo perdido podem ser recuperados pela narrativa oral de nossos antepassados.

As pessoas sempre contaram seus medos, anseios, crenças, viveres, fossem viajantes em frente à lareira, avós na cadeira de balanço, pais na beirada da cama, vizinhos na calçada, amigos na varanda. Desde muito tempo a narrativa oral permeia as relações pessoais, transmitindo e conservando a cultura dos antepassados. Daí a importância da narrativa oral - ela transmite a sabedoria dos povos, nos localiza no tempo e espaço, desvenda quem somos, de onde viemos e nos indica um caminho. A história do idoso aproxima as gerações e valoriza a importância do envelhecer para a sociedade.

Para Benjamin (1994), a arte de narrar está em vias de extinção e são cada vez mais raras as pessoas que o sabem fazer devidamente. A arte de contar histórias decaiu porque decaiu a faculdade de intercambiar vivências, porque matamos a sabedoria. Neste mundo abreviado e provisório, em que os laços familiares e de amizade são instáveis, as moradas passageiras, os trabalhos temporários e todo o resto descartável, a narrativa oral - fonte de experiência, sabedoria e conhecimento - torna-se cada vez mais uma perda de tempo, ou um "tempo perdido".

As oportunidades de narrar estão desaparecendo. Foi-se o tempo em que o tempo não contava. O adulto está aprisionado em seu trabalho, a criança hipnotizada pela tecnologia, o jovem reside no mundo virtual e o idoso, fonte de onde jorra a essência da cultura, não encontra ouvidos atentos.

Os tempos mudaram e a figura do contador transforma-se no monitor. As interações são substituídas pelo isolamento e o novo, o urgente, atropelam o ancestral. Neste contexto, o idoso passa a ser visto cada vez mais como ultrapassado e não há espaço para a voz madura. A sociedade do novo e do breve não vislumbra o valor intrínseco do envelhecimento, não tolera o velho e este, afastado do sistema produtivo, não encontra oportunidades de convivência.

Meu pai escreve contos... Começou este afazer há poucos anos. Adoro ler seus escritos, eles falam de pessoas desconhecidas, sentimentos alheios, lugares imaginários... Mas é incrível como meu pai e seu passado se inscrevem naqueles textos. Num movimento irrefletido de resgate de si mesmo ele resgata cada um de nós, seus descendentes. Imagino que se papai resolvesse escrever sua história, não a faria com tanta fidelidade como o fazem seus contos fantásticos.

Os pais envelheceram... Quanta bagagem eles carregam, quanta história carregaremos ao longo de nossas vidas - histórias que desaparecerão se não forem transmitidas aos nossos descendentes. Não há presente sem passado e não há fonte mais valiosa da história do que aquele que nela viveu.

Bosi (1994) diz que o velho tem uma espécie de obrigação social: a de lembrar, lembrar, lembrar... Realizar a religiosa função de unir o começo e o fim. O que foi a vida dos velhos é um constante preparo e treino para quem irá substituí-los. Para o adulto ativo memória é fuga, arte, lazer, contemplação, para o velho, é trabalho.

Neste sentido faz-se necessária uma reflexão sobre a importância do cuidador informal do idoso constituir-se enquanto um interlocutor privilegiado de suas histórias de vida a fim de valorizar o envelhecer e o trabalho do velho.

METODOLOGIA.

Foi com a preocupação de conhecer, registrar e valorizar experiências vividas por idosos que em junho de 2010 foi apresentado um projeto à Secretaria Municipal de Cultura de Ourinhos o qual tinha por objetivo a realização de uma oficina cultural de resgate das histórias de vida de sujeitos com mais de sessenta anos. Através de um edital de licitação de fomento a produções culturais o projeto foi contemplado.

Na ocasião, conheci um simpático grupo de mulheres que já participavam de uma oficina cultural – “Para ler o mundo”, onde aprendiam a escrever seus nomes, receitas preferidas, remédios caseiros. Eram aulas regadas de afeto, chá, pipoca e muito riso.

Encantei-me por aquelas senhoras, eu estava interessada em suas histórias, em suas experiências, no diamante bruto que elas guardavam dentro de si e que precisava ser lapidado pelo espírito de outras pessoas.

Acostumadas à invisibilidade e à opressão, não compreenderam, de início, o sentido da oficina que eu propunha. As histórias estavam acomodadas num lugar confortável e não havia porque mudar a poltrona de lugar, porque mexer em coisa velha? - Minha vida sofrida? Lembrar para quê? Eu não sei falar, eu não tenho história...

A oficina aconteceu em encontros de três horas, duas vezes na semana, durante seis meses. No início, investimos no vínculo de amizade e confiança que serviria de ambiente propício para as histórias fluírem. Nesse período eu insistia na importância e encanto de cada vida, porque era um patrimônio único. As participantes eram solicitadas a levarem fotos e objetos antigos que tivessem um significado, uma história. Devagar, começaram a se lançar. Sem pressa, as histórias começaram a aparecer.

Em outubro a pesquisadora iniciou o vídeo-registro e a transcrição das falas das participantes, tal como pronunciadas, por sua melodia e beleza e porque revelam a cultura. O trabalho resultou em um livro contendo as histórias, uma apresentação pública das mesmas e a inauguração da “Casinha da memória” em Ourinhos na qual há um espaço para as pessoas deixarem vídeo-gravadas histórias de suas vidas.

ANÁLISE E RESULTADOS.

As narrativas das participantes representava uma fonte inesgotável de lembranças... Histórias que falavam de relações familiares, de trabalho, de hábitos, costumes, crenças e nos permitiam penetrar num tempo e espaço que não vivemos. Um mundo habitado por seres imaginários como lobisomem, saci, assombração e outros reais como cobras peçonhentas. Seres que, se por um lado, alimentavam o medo, por outro, fortaleciam a fé e a coragem.

Interessante a presença da tradição oral na vida delas. Muitas histórias que ouviram contar, narravam como se delas tivessem participado. Contavam os fatos com tanta comoção e detalhamento que talvez não soubessem mais precisar o ponto exato em que essas lembranças entraram em suas vidas.

Ao recordarem, foram individualizando suas histórias e lembrando aquilo que para elas tinha ficado, porque havia significado. Escolheram o que gostariam que perpetuasse em suas vidas. Porém, ainda que cada uma tivesse sua história singular, com o tempo, uma única história coletiva se compunha. Eram mulheres nascidas na década de quarenta, filhas de lavradores ou de ferroviários que vieram para Ourinhos em busca do ganha

pão. Nascidas no interior de Minas, Paraná e de São Paulo, viveram e trabalharam na roça desde meninas, moraram em casas de sapé, tomaram banho na gamela, destroncaram frango para comer e brincaram com bonecas de milho...

Abaixo, alguns trechos das histórias contadas pelas participantes a fim de ilustrar o comentado:

Então, a gente tinha uma situação, mai uma situação dessas uma memo! O quarto apertaaaado. Lá a gente comia assim, feijão com abróba, tinha dia que nem isso tinha e a gente ia trabaiando... Porque tinha muita seca. Então, vai escuitano... Minha mãe de veis em quando ela fazia broa de fubá e isso era um espetáculo sabe? (A.)

Lá em casa nós tomava banho de bacia né? E eu num sei o que acontecia que quando eu botava o pé na água quentinha eu fazia xixi. Aí chegava na hora do banho assim, meus irmão já falava:

- A Vi vai por último, sai pra lá sua mijona!

E eu chorava, ficava por último e só tomava banho na água suja.

Eu tinha vinte e dois ano, mai já tava tudo guardadinho na bolsa. Eu tinha ói, era óleo de alecrim cum azeite, punhava assim no fumo bem fininho e uma tisorinha. Eu ficava de pé perto da cama, aí ficava dum jeitinho lá e eu só fazia mias devoção... Aí num precisava nem incostá a mão e a criança já nascia. Mai tamém, vinha tudo duma veis, vinha a criança e o resto. Aí, sozinha, tudo pra minha ideia, eu pensava... Se eu cortá aqui muito perto eu vô matá a criança! Então eu midia assim dois parmu e pensava... Eu vô cortá! Acho que num vai acunticê nada, eu tava pensano assim... Mai se eu cortá isso aqui será qui eu num vô matá essa minina? Eu dizia... Seja o que Deus quisé! Midia certinho e cortava, queimava assim, amarrava e quando dava ali trei dia o umbigu caía. Aí eu pensava assim... Graças a Deus dessa criança... Ficô livre! (V)

E o coração disparô! Dali a poco, aquela bateção das tampa que eu tinha colocado lá em cima da mesa. Aquilo jogava tampa pra todo lado. Bêim! Bêim! Bêim! Aquele baruio... Eu falei:

- É o lobisome fia que chegô! Aquilo ela começô a chorá e eu disse:

- Chiiiu! Fica quieta, se chorá o lobisome vem aqui e vai subi aqui em cima do monte de mio e se ele vê a gente ele come a gente! (M)

Da berada da minha cama ali num catinho eu enxergava o fogão e eu ficava oiando ali... Puxava um pedacinho da cobertura assim e oiava e cubria de novo. Daí, de repente eu escutei um baruiu lá na cozinha mexeno nas panela. Peguei, fiquei ali espiano, oiei assim e tava aquele clarão, a cozinha tava clara que nem o dia. Coisa que num ficava, era lamparina naquele tempo, aquelas lamparina de querosene sabe? Aí, quando eu fui pra levantá, que eu oiei pro lado do fogão... Eu vi! Um baita de um homi, num sei o que era aquilo lá! Bem arto assim, mai tinha um rabo bem grandão. Quando eu sentei na cama e oiei pra lá... Aquele coiso virô e veio pro meu lado, com uma corneta que naquele tempo eu num sabia nem o que era, um negócio grande assim na boca e uma boca grande e sopro um monte de faísca pra cima de mim. (L)

Ao final da oficina foi evidente a satisfação das participantes em poderem apalpar suas histórias registradas em livro e em contá-las a pessoas interessadas no que elas tinham de mais precioso – suas vidas. Do anonimato à publicação, suas experiências escaparam da extinção e tornaram-se imortais.

Ao partilharem suas histórias de vida as participantes descobriram o valor de suas vivências e de si mesmas. Realizaram o trabalho de lembrar, transformaram-se umas às outras e criaram uma nova realidade à sua volta. Saímos todas modificadas da oficina, banhadas de uma rica vivência que não seria possível sem a narrativa do outro.

As senhoras acanhadas e reservadas do início desapareceram sob o novo figurino costurado pela força, simplicidade e sabedoria de suas narrativas e novas mulheres nasceram, mais coloridas, mais falantes, mais alegres. Muito além das histórias a oficina resgatou pessoas.

CONCLUSÃO

As histórias aproximam gerações, fortalecem laços afetivos e aprofundam vínculos familiares, no entanto, em meio aos cuidados que o idoso requer com a higiene, alimentação e saúde, muitas vezes, deixa-se de lado a essência do encontro.

O acúmulo de afazeres no dia a dia tem roubado das pessoas a capacidade de trocar experiências e o idoso, fonte de conhecimento e sabedoria, não encontra mais um ouvido atento para partilhar aquilo que tem de mais precioso – suas lembranças.

Os mais velhos sentem-se cada vez mais deslocados, porque não acompanham os passos apressados da sociedade, não encontram um interlocutor interessado em seu trabalho de lembrar e aos poucos desligam-se do mundo real. Ainda que estejam recebendo cuidados físicos, adoecem mentalmente e psicologicamente, porque seus valores vão sendo esquecidos pelos outros e por eles próprios.

Aprisionados no aqui e agora, temos perdido nossa identidade porque junto com os mais velhos, parte nossa história.

Dessa forma, fica claro que o cuidador deverá, além de desempenhar cuidados físicos, constituir-se enquanto interlocutor interessado privilegiado e propiciar a criação de “retomadas do passado” do idoso, fundamentais para a sua vivificação e seu estar no mundo via lembranças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Benjamin, W. (1994). *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre a literatura e história da cultura*. (7ª ed). Trad. Sérgio Paulo Rouanet. São Paulo: Brasiliense.

Bosi, E. (1994). *Memória e Sociedade – lembrança de velhos*. (3ª ed). São Paulo: Cia das letras.

Uma perspetiva integradora em Cuidados de Saúde Primários: Literacia em saúde de utentes, cuidadores formais e informais

Isabel Maria Andrade¹, Anabela Correia Martins¹

1. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Instituto Politécnico de Coimbra

Resumo:

Após tradução para a língua portuguesa e adaptação cultural da versão original inglesa, usaram-se os instrumentos *Newest Vital Sign* e *e-HEALS* para a caracterização da população portuguesa (idosa) em termos de literacia em saúde e e-literacia em saúde, ainda complementada com o estudo de estilos de vida e de utilização do computador e da internet. Os resultados mostram que para aumentar os ganhos em saúde da população idosa, a literacia em saúde deve ser melhorada, assim como o treino das competências em e-literacia em saúde. Disponibilizam-se assim instrumentos adequados para uma administração simples e rápida ao nível dos cuidados de saúde primários, contribuindo para a prevenção da doença e ganhos em saúde, com potencial para facilitar a comunicação entre utentes/doentes e profissionais de saúde/cuidadores formais e informais. Pretende-se testar a sua inclusão na avaliação e no planeamento de estratégias de promoção de saúde a nível nacional, nos ACES e USF das ARS.

Palavras-chave: Literacia em saúde; e-literacia em saúde; promoção da saúde; capacitação em saúde; cuidados de saúde primários

Resumen:

Después de traducida para portugués y adaptada culturalmente la versión original en lengua Inglesa, fueron utilizados los instrumentos *Newest Vital Sign* e *e-HEALS* para valorar el nivel de conocimiento sanitario e de e-conocimiento sanitario de la población portuguesa (personas mayores), aún complementada con el análisis de los estilos de vida e uso del computador e de Internet. Los resultados indican que para aumentar los beneficios para la salud de las personas mayores, el conocimiento sanitario debe ser mejorado, así como la capacitación en e-conocimiento sanitario. Tenemos así herramientas de administración fácil y rápida pudiendo ser utilizadas a nivel de la asistencia sanitaria primaria y contribuir a potenciar la prevención de enfermedad y los beneficios de la salud, con potencial para mejorar la comunicación entre paciente y personal sanitario/cuidador. Com este proyecto se pretende apoyar un plan de promoción sanitario a nivel nacional, en los ACES y USF de ARS.

Palabras clave: conocimiento sanitario; e-conocimiento sanitario; promoción sanitaria; empoderamiento en salud; asistencia sanitaria primaria

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população está associado a uma incidência de doenças crónicas que no contexto socioeconómico atual, confere ao cuidador informal um papel cada vez mais importante. No sentido de oferecer apoio a estes cuidadores, devem ser potenciadas parcerias com os profissionais de saúde e a sua interação com o sistema de saúde, melhorando a qualidade de vida e assistência do cidadão idoso, em particular.

Cada vez mais o envolvimento dos indivíduos na promoção da sua saúde implica que estes sejam chamados a fazer uma utilização correta dos serviços de saúde, a prestar informações precisas aos profissionais de saúde e a fazer uma adequada gestão quotidiana da sua saúde/doença.

O conceito de literacia em saúde (capacidade de obter, processar e compreender informações de saúde e serviços necessários para tomar decisões informadas em saúde) é atualmente entendido como integrador de vários níveis de capacitação (Sihota & Lennard, 2004), podendo ser visto como um preditor de resultados em saúde e bem-estar, fundamentais na avaliação do impacto de programas de promoção da saúde, prevenção da doença e incapacidade associada às doenças crónicas e ao envelhecimento da população.

Indivíduos de todas as idades e níveis de educação formal e não apenas indivíduos com capacidade de leitura reduzida são afetados pela limitada literacia em saúde (U.S. Department of Health and Human Services, 2010). Apesar da baixa literacia em saúde afetar todas as populações, torna-se um problema particular entre os idosos (Barrett, Puryear & Wetpheling, 2008). Este segmento da população caracteriza-se por maior número de doenças crónicas, recorrendo com maior frequência a cuidados de saúde, para além de que alterações das funções física e cognitiva podem dificultar o encontro e uso de adequada informação sobre saúde (U.S. Department of Health and Human Services, 2010).

A literacia em saúde é um recurso fundamental para melhorar os níveis de saúde da população. Os profissionais de saúde ao adquirirem conhecimento acerca das competências em literacia em saúde dos utentes podem fornecer informações de saúde em formatos que estes possam compreender (Johnson & Weiss, 2008). Para esta tarefa, a sociedade, os indivíduos, os cuidadores formais e informais são parceiros na procura contínua de soluções que permitam aumentar a literacia em saúde dos portugueses (Direção Geral de Saúde, 2011).

Apesar de muitos fatores individuais contribuírem para uma limitada literacia em saúde, ao serem eliminadas barreiras e melhorados os cuidados de saúde, bem como a forma como os profissionais de saúde, os educadores e os meios de comunicação transmitem informações de saúde, oferece-se uma melhor oportunidade para alcançar uma sociedade com literacia em saúde adequada (Nielsen-Bohlman, Panzer, & Kindig, 2004). Paralelamente, a inadequada literacia eletrónica em saúde ou e-literacia em saúde, cada vez mais utilizada para capacitar os cidadãos, é uma barreira para os cuidados de saúde, na medida em que pode tornar os utentes menos cooperativos, menos ativos na prática de medidas preventivas e incapazes de tomar decisões informadas, ou até levá-los a tomar decisões que afetem negativamente a sua saúde. Embora o acesso à informação e a utilização da internet se tenham massificado, a eventual dependência tecnológica no acesso a informações e cuidados de saúde pode estar a criar novas formas de desigualdade social, especialmente entre a população mais idosa.

Em Portugal são escassos os estudos dedicados à literacia em saúde e à e-literacia em saúde na população em geral, e nos idosos, em particular. Assim, os objetivos deste estudo foram avaliar o nível de literacia (funcional) em saúde de indivíduos idosos, comparando um grupo que frequenta uma Academia Sénior com outro de residentes na comunidade, e ainda, avaliar o conhecimento, o domínio e a capacidade percecionados na utilização de fontes eletrónicas de informação para a gestão de problemas de saúde. Pretende-se desta forma reunir informação e aprofundar conhecimentos que, no futuro, permitam desenvolver estratégias de capacitação efetiva centradas nas características e necessidades dos utentes dos cuidados de saúde primários. Para esse fim foram iniciadas diligências para a realização de um estudo extensível aos cuidadores informais e formais (profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários) dos ACES e USF das ARS, quanto à literacia em saúde (funcional) e à e-literacia em saúde, com foco na prevenção da doença e nos ganhos em saúde, através da melhoria de comunicação entre utentes/doentes, cuidadores informais e profissionais de saúde.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e exploratório, com recolha de informação num único momento, através de entrevista por questionário e técnica de amostragem por conveniência.

Para a avaliação do nível de literacia (funcional) em saúde foi aplicado o questionário *Newest Vital Sign* (NVS), versão portuguesa validada por Martins & Andrade (2012) a uma amostra de idosos (Amostra 1; n=78), subdividida em 2 grupos: frequentadores de Academia Sénior (Grupo 1) e residentes na comunidade (Grupo 2). Este instrumento de medida baseia-se na interpretação de um rótulo alimentar e requer 3-5 minutos de tempo de resposta. Neste instrumento, uma pontuação de 0-1 sugere alta probabilidade (50% ou mais) de literacia limitada, 2-3 indica a possibilidade de literacia limitada e 4-6 quase sempre indica literacia adequada. A administração do NVS foi ainda complementada com um questionário de caracterização sociodemográfica e de estilos de vida.

Para a avaliação do conhecimento, do domínio e da capacidade percebida na utilização de fontes eletrónicas de informação para a gestão de problemas de saúde foi aplicada a versão portuguesa do questionário canadiano *eHEALS: The eHealth Literacy Scale* (Norman & Skinner, 2006) em frequentadores (n=66) de duas Academias Sénior do distrito de Coimbra (Amostra 2). Neste instrumento de medida a pontuação final corresponde à média dos 8 itens, cada item pontua numa escala *Likert* de 5 níveis, correspondendo uma pontuação final mais alta a um nível mais elevado de e-literacia em saúde. Complementou-se o protocolo com um questionário sociodemográfico ainda relacionado com a utilização do computador e da internet.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao *software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), versão 19.00. Foram aplicados *designs* estatísticos descritivos (medidas de tendência central e de dispersão); inferenciais (bivariados: *t Student*, para amostras independentes, ANOVA a um factor e *r* de Pearson. O nível de significância foi de $\alpha=0,05$ com intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS e DISCUSSÃO

Na Amostra 1 (23,9% sexo masculino), cuja média de idades foi de 70 anos (mín. 45 e máx. 94), os valores da média de respostas corretas do NVS são próximos, 2,19 e 1,83 nos Grupos 1 e 2, respetivamente. Apesar da população que frequenta a Academia Sénior possuir maioritariamente um nível académico superior, tal circunstância não foi preponderante nos resultados observados. Este facto vai ao encontro do estudo de Secombe e colaboradores (2007) que confirma que a literacia é conceptualmente distinta da educação e afeta de modo independente a forma como os adultos procuram os cuidados de saúde. Embora nesta amostra as mulheres apresentem níveis médios de literacia (funcional) em saúde superiores aos homens, essa diferença não tem significado estatístico, o que está de acordo com outros estudos (Canadian Council on Learning, 2008). Estes resultados indiciam níveis de literacia (funcional) em saúde limitada, o que poderá influenciar negativamente a autogestão da saúde/doença destes indivíduos.

Observaram-se oportunidades de melhoria nos indivíduos da Amostra 1, no que diz respeito a estilos de vida saudáveis, sendo necessária precaução relativamente à alimentação em 50% dos inquiridos os quais demonstraram que diariamente consomem menos de 5 porções de fruta ou vegetais; em relação à prática de atividade física ideal, pois apenas 39% praticam, pelo menos, 30 minutos diários; e em 50% dos indivíduos estudados cujo índice de massa corporal não é adequado. O consumo de álcool é o ideal (menos de duas bebidas por dia) em 78% dos inquiridos e aproximadamente 86% referiu não ter hábitos tabágicos.

Na última década, um número crescente de estratégias de intervenção de promoção de estilos de vida saudáveis/ alteração de comportamentos em saúde têm sido veiculadas através da internet. Vários estudos apontam que o treino na utilização de fontes eletrónicas de informação em saúde, entre idosos, resulta em ganhos significativos em saúde (e-literacia em saúde), podendo ser facilitador da adoção de estilos de vida saudáveis (Webb, Joseph, Yardley & Michie, 2010; Harris *et al.*, 2011; Tse, Choi & Leung, 2008). Segundo Nutbeam (2000), a promoção

da e-literacia em saúde deve perspetivar-se num contexto de aprendizagem mais abrangente, incluindo o estabelecimento de parcerias com outros domínios de literacia.

Fleig, Lippke, Pomp e Schwarzer (2011) observaram que intervenções direcionadas para a melhoria da condição de saúde através da promoção da prática adequada de exercício físico têm também evidenciado resultados positivos noutros domínios comportamentais, tais como no consumo adequado de fruta e vegetais, um fenómeno designado “efeito de transferência”.

Assim, para satisfazer as necessidades e promover o envelhecimento ativo da população idosa é importante que estes indivíduos recebam educação em saúde e em e-saúde para poderem desenvolver e manter hábitos saudáveis e prevenir a doença. E, nesse sentido, tem vindo a crescer o número de sítios da internet dedicado à disponibilização de informação sobre saúde orientada para os idosos.

No presente estudo foi avaliado o conhecimento, o domínio e a capacidade percecionados na utilização de fontes eletrónicas de informação para a gestão de problemas de saúde, numa amostra (Amostra 2) constituída por 66 indivíduos (33% sexo masculino; idade média de 67 anos (mín. 57 e máx. 88)), que frequentam duas Academias Sénior do distrito de Coimbra. 26,7% (n=16) dos participantes tinham escolaridade igual ou inferior a 6 anos e uma média de 10,8 (DP=5,18) anos de educação formal (anos de escolaridade). 85% destes indivíduos tem acesso à internet em casa, dos quais 50% utilizam a internet todos os dias ou quase todos os dias, sugerindo que a maioria destes idosos já começou a integrar a internet nas suas rotinas diárias.

Para a Amostra 2 os resultados sugerem que a educação formal é determinante dos anos de utilização da internet, com os idosos menos escolarizados a utilizar há menos anos. O nível de e-literacia em saúde é maior em quem tem mais de 6 anos de escolaridade e tem acesso à internet em casa, sendo essas diferenças estatisticamente significativas. A competência percecionada para usar computador para aceder à internet e para procurar informação sobre saúde é claramente superior naqueles com mais anos de educação formal e fortemente correlacionada com o nível de e-literacia em saúde, o que também já tinha sido constatado por Neter e Brainin (2012) e Xie (2012). Outros autores destacam que a maior probabilidade de elevada e-literacia em saúde nos idosos está associada a melhores resultados na utilização da internet no domínio cognitivo (pesquisa de informação/conhecimento sobre saúde), instrumental (autogestão em cuidados e comportamentos de saúde) e interpessoal (interação/comunicação com o profissional de saúde) (Czaja *et al.*, 2013). No entanto são várias as barreiras à sua utilização e diversos os aspectos relacionados com a adequabilidade às necessidades específicas desta população, tais como o tamanho de letra, o uso inapropriado de multimédia (*e.g.* falta de instruções para jogar um vídeo), demasiada informação numa única página (ecrã muito preenchido), *layout* em geral pouco apelativo para esta faixa etária, preferindo os idosos um design simples com instruções claras e objetivas. Mais ainda, investigadores e organizações têm concluído que os idosos destacam como uma das suas principais preocupações na utilização da internet para a obtenção de informação sobre saúde, a credibilidade nessas fontes de informação (Nahm, Preece, Resnick & Mills, 2004).

A e-literacia em saúde deve assim ser vista como um recurso que vai além das aptidões funcionais básicas, para incluir conhecimentos e competências que permitem exercer maior controlo sobre a saúde e sobre as decisões que a influenciam (Veenhof, Clermont & Sciadas, 2005).

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo sugerem que para aumentar os ganhos em saúde da população idosa, a literacia em saúde e a e-literacia em saúde devem ser melhoradas, podendo ser utilizados os instrumentos *NVS* e *eHEALS* que estão disponíveis em língua portuguesa e são adequados para uma caracterização rápida.

O crescimento e a implementação da comunicação e dos serviços de saúde através da internet, assim como iniciativas em e-saúde, vão permitir aos utentes/doentes, aos seus familiares e cuidadores (formais e informais) ter acesso a informação e a recursos úteis em saúde, para além de contribuir para a qualidade dos serviços e cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barrett, S.E., Puryear, J., & Wetpheling, K. (2008). *Health literacy practices in primary care settings: Examples from the field*. New York: The Commonwealth Fund.
- Canadian Council on Learning. (2008). *Health Literacy in Canada: A Healthy Understanding*. Ottawa: Canadian Council on Learning.
- Choi, N.G. & DiNitto, D.M. (2013). The Digital Divide Among Low-Income Homebound Older Adults: Internet Use Patterns, eHealth Literacy, and Attitudes Toward Computer/Internet Use. *J Med Internet Res*, 15(5):e93, 1-16.
- Czaja, S.J. et al. (2013). Factors influencing use of an e-health website in a community sample of older adults. *J Am Med Inform Assoc.*, 20(2), 277-84.
- Direção Geral de Saúde (2011). *Estratégias para a Saúde III. 3) Eixos Estratégicos – Qualidade em Saúde (Versão Discussão)*. Plano Nacional de Saúde (pp. 2011-2016). Alto Comissariado da Saúde: Ministério da Saúde.
- Fleig, L., Lippke, S., Pomp, S. & Schwarzer, R. (2011). Intervention effects of exercise self-regulation on physical exercise and eating fruits and vegetables: A longitudinal study in orthopedic and cardiac rehabilitation. *Preventive Medicine* 53, 182-187.
- Harris, J. et al. (2011). Adaptive e-learning to improve dietary behavior: a systematic review and cost-effectiveness analysis. *Health Technol Assess*, 15(37): 1-160.
- Johnson, K., & Weiss, B. (2008). How long does it take to assess literacy skills in clinical practice? *American Board for Family Medicine*, 21, 211-214.
- Martins, A.C. & Andrade, I. (2012). Validação da versão portuguesa do *Newest Vital Sign*: Instrumento rápido de avaliação da literacia em saúde, III Congresso Nacional de Saúde Pública, 25-26 de outubro de 2012, Coimbra.
- Nahm, E.S., Preece, J., Resnick, B. & Mills, M.E. (2004). Usability of Health Web Sites for Older Adults. *Computers, Informatics, Nursing*, 22(6), 326-334.
- Neter, E. & Brainin, E. (2012). eHealth literacy: extending the digital divide to the realm of health information. *J Med Internet Res*. 14(1),19.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A.M., & Kindig, D.A. (Eds.) (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington, DC: National Academic Press.
- Norman, C.D. & Skinner, H.A. (2006). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *J Med Internet Res.*, Oct-Dec; 8(4): e27.
- Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 15(3):259-267.
- Sihota, S. & Lennard, L. (2004). *Health Literacy being able to make the most of health*. London: National Consumer Council.
- Tse, M.M.Y., Choi, K.C.Y. & Leung, R.S.W. (2008). E-Health for Older People: The Use of Technology in Health promotion. *CyberPsychology & Behaviour*, 11(4), 475-479.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2010). *National Action Plan to Improve Health Literacy*. Office of Disease Prevention and Health Promotion.
- Veenhof B., Clermont Y & Sciadras G. (2005). *Literacy and digital technologies: linkages and outcomes*. Ottawa: Statistics Canada.
- Webb, T.L., Joseph, J., Yardley, L. & Michie, S. (2010). Using the Internet to promote health behavior change: a systematic review and meta-analysis of the impact of theoretical basis, use of behavior change techniques, and mode of delivery on efficacy. *J Med Internet Res*, 12(1), e4.

Xie, B. (2012). Improving older adults' e-health literacy through computer training using NIH online resources. *Libr Inf Sci Res*, 34(1), 63–71.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Isabel Maria Andrade

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

Rua 5 Outubro, S.Martinho do Bispo, Apartado 7006, 3046-854 Coimbra, Portugal

imandrade@estescoimbra.pt

Ser Cuidador Formal e Informal: conhecimentos e atitudes face à sexualidade das pessoas idosas

Margarida Senra^{1,2}, Horácio Saraiva³, & Vítor Pinheira^{3,4}

1. Fisioterapeuta da Santa Casa da Misericórdia de Idanha-a-Nova

2. Mestranda em Gerontologia Social – ESE/ESALD – IPCB

3. Docente na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias – IPCB

4. Doutorando em Gerontologia – ICBAS – UP

RESUMO

O aumento da esperança de vida, o fenómeno do envelhecimento populacional e as conquistas da saúde determinam a importância da problemática da sexualidade na terceira idade. O tema é hoje determinante para os idosos, mas também para os cuidadores formais e informais, para as famílias e para as organizações prestadoras de cuidados. Neste estudo comparam-se dois grupos de cuidadores (o primeiro apenas formal e o segundo formal e informal), avaliando-se os seus conhecimentos e atitudes relativamente à sexualidade das pessoas idosas, usando a escala ASKAS. Encontraram-se relações entre algumas variáveis sociodemográficas e as atitudes e os conhecimentos e algumas correlações entre atitudes e conhecimentos. Nos cuidadores formais que também prestam cuidados informalmente, esta correlação é alterada, existindo diferenças significativas com o grupo que apenas é cuidador formal, revelando o primeiro grupo atitudes menos permissivas relativamente à sexualidade das pessoas idosas.

RESUMEN

El aumento de la esperanza de vida, el fenómeno del envejecimiento de la población y el aumento de la salud determinan la importancia del tema de la sexualidad en la tercera edad. El tema es hoy decisivo para las personas mayores, sino también para los cuidadores, las familias y las organizaciones que prestan atención. En este trabajo se comparan dos grupos de cuidadores (el primero sólo formal y el segundo formal e informal), evaluando sus conocimientos y actitudes respecto a la sexualidad de las personas mayores, mediante la ASKAS. Se han encontrado relaciones entre ciertas variables demográficas y las actitudes y conocimientos y algunas correlaciones entre las actitudes y conocimientos. En los cuidadores formales que también prestan atención de manera informal, se cambia esta relación, hay diferencias significativas con el grupo que sólo es cuidador formal, revelando el primer grupo actitudes menos permisivas sobre la sexualidad de las personas mayores.

PALAVRAS-CHAVE

Sexualidade, Idosos, Conhecimento, Atitudes, Cuidadores Formais

INTRODUÇÃO

A sexualidade é uma expressão natural de uma necessidade básica humana que influencia a qualidade de vida e o bem-estar. O desejo de intimidade sexual mantém a sua importância ao longo da vida, sendo que o envelhecimento não constitui uma exceção, apesar da presença ocasional de problemas funcionais, incluindo as situações de demência (Shuttleworth, Russell, Weerakoon, & Dune, 2010).

A sexualidade é construída social e culturalmente. A cultura fornece uma série de expectativas, crenças e atitudes para com a sexualidade e é através destas que os seres humanos atribuem significado às suas experiências. As atitudes e o conhecimento têm um grande impacto ao nível do comportamento de cada indivíduo, nomeadamente no que diz respeito à sexualidade. As atitudes negativas estão frequentemente associadas à sexualidade na terceira idade devido a questões culturais, em que a atração sexual está associada à juventude e à ênfase atribuída à reprodução, uma vez que muitas sociedades encaram a intimidade sexual apenas como um propósito para a reprodutividade (J. D. DeLamater & Sill, 2005; LaTorre & Kear, 1977).

As atitudes expressam-se sempre através de respostas avaliativas e podem ser fundamentadas ou desenvolvidas a partir de três tipos de informação: a informação cognitiva (aquilo que se conhece sobre o objeto, pensamentos, ideias, opiniões ou crenças que ligam o objeto de atitude aos seus atributos ou consequências e que exprimem uma avaliação mais ou menos favorável), a informação afetiva ou emocional (o que se sente em relação ao objeto) e a informação comportamental (como se agiu perante esse objeto no passado ou intenções comportamentais em que as atitudes se podem manifestar). As avaliações acerca de um objeto podem refletir qualquer um destes tipos de informação, ou todos eles e podem ser favoráveis ou desfavoráveis perante pessoas, grupos, objetos, assuntos, acontecimentos, situações, ideias abstratas, políticas sociais, etc.. As atitudes referem-se sempre a objetos específicos que estão presentes ou são lembrados através de um indício do objeto (Baron & Graziano, 1990; Vala & Monteiro, 2006).

O conhecimento acerca da sexualidade influencia a atividade sexual em todas as faixas etárias, mas especialmente no que diz respeito à terceira idade. Níveis elevados de conhecimentos acerca desta temática encontram-se associados à existência de um relacionamento sexual. Por sua vez, a falta de conhecimentos leva a que muitos idosos cessem a sua vida sexual com receio de que esta possa levar a problemas de saúde significativos tais como ataques cardíacos. A maioria da população idosa tem baixos níveis de conhecimentos acerca da sua sexualidade, levando-a a ajustar os seus comportamentos de acordo com os estereótipos existentes na sua cultura, fomentando uma visão negativa dos comportamentos sexuais ou da discussão destes assuntos entre pessoas idosas (J. DeLamater, 2012; Walker & Ephross, 1999).

A maioria das pessoas tem potencial para se manter sexualmente ativa durante a terceira idade, sendo atribuído um papel fundamental à sexualidade para um estado de bem-estar geral, mesmo nos idosos mais idosos (Catania & White, 1982; C. M. Gott, 2001; Kalra, Subramanyam, & Pinto, 2011). A saúde sexual, tal como a saúde física, não diz apenas respeito à ausência de doença ou disfunção sexual, mas sim a um estado de bem-estar sexual que inclui uma abordagem positiva em relação a uma relação sexual e a antecipação de uma experiência prazerosa sem medos, vergonha, violência ou coerção (Rheaume & Mitty, 2008). A terceira idade é frequentemente associada à incapacidade física de desempenho sexual ou à perda do desejo sexual e para muitas pessoas idosas, estes fatores têm um grande impacto nas suas vidas (Kalra et al., 2011).

Nestas últimas décadas têm ocorrido alterações demográficas profundas não só na população portuguesa, mas um pouco por todo o mundo. Os avanços da medicina e da tecnologia têm permitido ao ser humano viver cada vez mais anos e com mais qualidade de vida. Porém estas modificações, por sua vez, trouxeram alterações marcadas das estruturas e dinâmicas familiares. A população ativa depara-se agora com os cuidados não apenas dos mais jovens, mas também dos seus pais e avós.

Existe uma série de preconceitos e mitos relativamente aos idosos. Um dos mais pertinentes diz respeito à sexualidade na terceira idade uma vez que, para grande parte da nossa sociedade, os idosos são vistos como seres assexuados e desprovidos de desejo ou necessidades sexuais. Algumas investigações têm sido feitas neste âmbito e começa-se, hoje, a desmistificar esta temática. A maioria destes estudos foi realizada nos EUA e no Norte da Europa, que apresentam diferenças culturais em relação aos países mediterrânicos, existindo assim escassa informação acerca desta temática no nosso país (Papaharitou et al., 2008).

Assim, a sociedade em geral encara a sexualidade na terceira idade como algo que não deveria acontecer, nomeadamente dentro do seio familiar, em que as gerações mais jovens apresentam dificuldade em aceitar a ideia de que os seus pais ou avós têm relações sexuais. Este facto pode ter sido provocado pela imagem da sexualidade que as gerações mais velhas apresentaram às mais jovens, uma sexualidade repleta de limitações e restrições sexuais. Assim, mesmo aqueles que se rebelaram contra estas normas aplicam-nas agora aos elementos mais velhos da família. As manifestações de interesse sexual pelos parentes mais velhos tornam-se em algo “desapropriado” para a sua idade. Se esta sexualidade for expressa com um novo(a) parceiro(a), poderá ser encarado como desleal ao pai/mãe ou avô/avó, sendo que as preocupações económicas também desempenham um papel determinante. Uma mudança na convencionada “ordem natural das coisas” poderá levar a um novo casamento que poderá constituir uma ameaça à posição económica dos filhos adultos no diz respeito às heranças, propriedades e negócios (Reingold & Burros, 2004).

METODOLOGIA

Estudo transversal, quantitativo, exploratório, comparativo e correlacional. Foram recolhidos dados em 16 instituições do distrito de Castelo Branco (lares de terceira idade, unidades de cuidados continuados integrados e empresas de apoio domiciliário), com e sem fins lucrativos. Foi utilizado um questionário de dados sociodemográficos e uma versão traduzida e submetida a pré-teste da ASKAS (*Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale*), para avaliar os conhecimentos e as atitudes em relação à sexualidade na terceira idade. As pontuações mais baixas da ASKAS indicam conhecimentos mais elevados e atitudes mais permissivas.

ANÁLISE DE DADOS

Para fazer a descrição das variáveis foram usadas medidas de tendência central e de dispersão e frequências relativas e absolutas. Foram realizados testes de normalidade (Kolmogorov-Smirnov), que revelaram uma distribuição normal da amostra. Para comparação entre as variáveis foram utilizados testes one-way ANOVA e para as correlações o Coeficiente de Pearson. Para a comparação entre os Grupos 1 e 2 utilizou-se o teste de Mann-Whitney. Esta análise foi feita através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 19 para Windows.

RESULTADOS

A amostra do estudo é constituída por 326 sujeitos, subdividida em dois grupos. O Grupo 1 (n=272) é composto por cuidadores formais em instituições prestadoras de cuidados a idosos; o Grupo 2 (n=54), para além de serem cuidadores formais nestas instituições tem familiares, amigos ou vizinhos idosos a seu cargo, assumindo funções de cuidadores informais (Tabela 1).

Os sujeitos do Grupo 1 são mais jovens, cuidadores há menos tempo e trabalham na instituição a que pertencem há menos tempo (Tabela 1).

Tabela 1 – Médias de idades, tempo enquanto cuidadores e tempo de trabalho na instituição

	Amostra		Grupo 1 (Cuidador Formal - n=272)		Grupo (Cuidador Formal e Informal - n=54)	
	Média	Sd	Média	Sd	Média	Sd
Idade (em anos)	39,13		38,09	11,42	44,06	12,69
Tempo como cuidador (em meses)	84,84	75,74	77,89	68,63	118,36	98,90
Tempo na Organização (em meses)	73,03	71,87	69,15	67,01	93,57	91,59

A amostra e os dois grupos são maioritariamente femininos, casados e com formação ao nível do ensino básico, o que corresponde ao perfil deste grupo em diversos estudos. No entanto a percentagem de sujeitos com habilitação superior é elevada em todos os grupos o que decorre de uma elevada taxa de resposta ao questionário entre estes profissionais (Tabela 2).

Tabela 2 – Frequências de género, estado civil e habilitações literárias da amostra e dos dois subgrupos

		Amostra		Grupo 1 (Cuidador Formal - n=272)		Grupo 2 (Cuidador Formal e Informal - n=54)	
		n	%	n	%	n	%
Género	Feminino	305	92.7	253	93.0	49	90.7
	Masculino	24	7.3	189	7.0	5	9.3
Estado civil	Casado	186	85.8	144	53,9	39	73.6
	Solteiro	91	28.2	84	31,5	7	13.2
Habilitações	Ensino básico	133	40.8	107	39,6%	23	43.4
	Ensino Secundário/ Profissional	70	21.5	57	21,1	13	24.5
	Ensino Superior	123	36.7	106	39,2	17	32.2

Verifica-se uma tendência para melhores níveis de conhecimentos e atitudes mais permissivas quanto mais elevada a habilitação, com significado estatístico. Também quanto à idade os indivíduos mais jovens revelam melhores níveis de conhecimento e, com significado estatístico, maior permissividade (Tabela 3).

Tabela 3 – Pontuações dos níveis de conhecimentos e atitudes na amostra e nos dois subgrupos

	Amostra		Grupo 1 (Cuidador Formal - n=272)		Grupo 2 (Cuidador Formal e Informal - n=54)	
	Média	Sd	Média	Sd	Média	Sd
Conhecimentos	61,88	16,10	61.88	15.75	61.35	17.05
Atitudes	77,57	19,19	76.54	19.20	82,00	18.73

Existe correlação entre os conhecimentos e as atitudes com significado estatístico quer para o total dos sujeitos ($p=0.000$), quer para o Grupo 1 ($p=0.000$). No entanto no Grupo 2 o valor da correlação é mais fraco e sem significado estatístico (Tabela 4).

Tabela 4 - Valores de correlação entre conhecimentos e atitudes na amostra e nos dois subgrupos

Amostra (n=326)		Grupo 1 (Cuidador Formal – n=272)		Grupo 2 (Cuidador Formal/ e Informal – n=54)	
Correlação de Pearson	p	Correlação de Pearson	p	Correlação de Pearson	p
0.384	0.000	0.429	0.000	0.224	0.103

Quando comparamos os dois grupos as pontuações obtidas nos conhecimentos são muito semelhantes. Já para as atitudes a diferença entre grupos tem significado estatístico ($p=0.033$), com o Grupo 2 a obter valores reveladores de menor permissividade (Tabela 5).

Tabela 5 - Comparação dos níveis de conhecimentos e de atitudes entre os dois subgrupos

	Conhecimentos			Atitudes		
	Média	SD	p	Média	SD	p
Grupo 1 (Cuidador Formal – n=272)	61.88	15.75	0.706	76.54	19.20	0.033
Grupo 2 (Cuidador Formal e Informal – n=54)	61.35	17.05		82.00	18.78	

CONCLUSÃO

A amostra do estudo apresenta características sociodemográficas de acordo com o perfil descrito para estes profissionais, que apresentam no seu conjunto pontuações relativamente boas nos conhecimentos sobre a sexualidade na terceira idade e atitudes relativamente permissivas. No entanto, quando estes cuidadores formais acumulam com o cuidado informal a familiares, amigos ou pessoas da sua proximidade, as suas atitudes relativamente à sexualidade na terceira idade apresenta resultados diferentes nas atitudes, com uma pontuação reveladora de menor permissividade. A correlação existente entre conhecimentos e atitudes deixa também nesta situação de ser significativa. Nesta comparação a informação cognitiva revela-se frágil para determinar as atitudes, sendo a informação afetiva ou emocional e a comportamental determinantes na construção das atitudes sobre a sexualidade das pessoas idosas.

BIBLIOGRAFIA

- Baron, R. A., & Graziano, W. G. (1990). *Social Psychology* (2 ed.). Nova Iorque: Bolt, Rinehart & Winston.
- Catania, J. A., & White, C. B. (1982). Sexuality in an aged sample: Cognitive determinants of masturbation. *Archives of Sexual Behavior*, 11(3), 237–245.
- DeLamater, J. (2012). Sexual expression in later life: a review and synthesis. *The Journal of sex research*, 49(2-3), 125–41.
- DeLamater, J. D., & Sill, M. (2005). Sexual desire in later life. *The Journal of Sex Research*, 42(2), 138–149.

- Gott, C. M. (2001). Sexual activity and risk-taking in later life. *Health and social care in the community*, 9(2), 72–8.
- Kalra, G., Subramanyam, A., & Pinto, C. (2011). Sexuality: Desire, activity and intimacy in the elderly. *Indian Journal of Psychiatry*, 53(4), 300–306. DOI:10.4103/0019-5545.91902
- LaTorre, R. A., & Kear, K. (1977). Attitudes toward sex in the aged. *Archives of Sexual Behavior*, 6(3), 203–213.
- Papaharitou, S., Nakopoulou, E., Kirana, P., Giaglis, G., Moraitou, M., & Hatzichristou, D. (2008). Factors associated with sexuality in later life: An exploratory study in a group of Greek married older adults. *Archives of gerontology and geriatrics*, 46(2), 191–201.
- Reingold, D., & Burros, N. (2004). Sexuality in the nursing home. *Journal of Gerontological Social Work*, 43(2-3), 175–186.
- Rheume, C., & Mitty, E. (2008). Sexuality and Intimacy in Older Adults. *Geriatric nursing*, 29(5), 342–349.
- Shuttleworth, R., Russell, C., Weerakoon, P., & Dune, T. (2010). Sexuality in residential aged care: a survey of perceptions and policies in Australian nursing homes. *Sexuality and Disability*, 28(3), 187–194. DOI:10.1007/s11195-010-9164-6
- Vala, J., & Monteiro, M. B. (2006). *Psicologia social* (7 ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Recuperado de <http://baes.sdum.uminho.pt/handle/1822.1/23>
- Walker, B. L., & Ephross, P. H. (1999). Knowledge and attitudes toward sexuality of a group of elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 31(1-2), 85–107.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Margarida Senra, Fisioterapeuta da Santa Casa da Misericórdia de Idanha-a-Nova e Mestranda em Gerontologia Social pela ESE/ESALD – IPCB, margarida13@gmail.com

Vítor Pinheira, Docente ESALD – IPCB e Doutorando em Gerontologia – ICBAS – UP, vpinheira@ipcb.pt

Diferenças de Gênero Entre Cuidadores de Idosos: Evidências do Estudo Sabe

Tábatta Renata Pereira de Brito¹, Daniella Pires Nunes¹, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte^{1,2}, Maria Lúcia Lebrão²

1. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo
2. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo

Resumo:

O envelhecimento progressivo da população e as alterações da dinâmica social têm determinado o aumento do número de cuidadores homens, principalmente entre cônjuges, o que determina a necessidade de se explorar o conhecimento nessa área, a fim de aumentar as possibilidades de cuidado e melhorar a qualidade do cuidado prestado aos idosos. **OBJETIVO:** Descrever o perfil dos cuidadores de idosos residentes no município de São Paulo segundo gênero. **MÉTODO:** Este estudo é parte do Estudo Sabe (Saúde, bem estar e envelhecimento), realizado no município de São Paulo. Trata-se de um corte transversal, no ano de 2010, que avaliou 331 cuidadores familiares de idosos. Para análise dos dados aplicou-se o teste de Qui-Quadrado de Pearson com correção de Rao-Scott ($\alpha=5\%$). **RESULTADOS:** Dos cuidadores avaliados, 24,6% eram homens com média de 56,5 anos de idade e 75,4% eram mulheres com média de 53,1 anos de idade. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre os sexos dos cuidadores nas variáveis tipo de relação do cuidador com o idoso, sobrecarga do cuidador e sexo do idoso que recebe cuidados. **CONCLUSÃO:** Existem diferenças de gênero entre os cuidadores, sendo que a maior parte dos homens cuidam de suas esposas e referem menor sobrecarga.

Palavras-chave: Cuidadores; Idosos; Diferenças de gênero.

Resumen:

El progresivo envejecimiento de la población y los cambios en la dinámica social han aumentado el número de hombres cuidadores, especialmente entre los cónyuges, lo que determina la necesidad de explorar los conocimientos en este ámbito, con el fin de aumentar las posibilidades de la atención y el la calidad de la atención prestada a las personas mayores. **OBJETIVO:** Describir el perfil de los cuidadores de ancianos residentes en el municipio de São Paulo según el género. **MÉTODO:** Este estudio es parte del Estudio Sabe (Salud, bienestar y envejecimiento), celebrada en São Paulo. Se trata de un estudio transversal, en 2010, que evaluó 331 cuidadores familiares de las personas mayores. Para el análisis de los datos se aplicó la prueba de chi-cuadrado con Rao-Scott corrección ($\alpha = 5\%$). **RESULTADOS:** De los cuidadores evaluados, el 24,6% eran varones, con una media de 56,5 años y el 75,4% eran mujeres, la edad promedio de 53,1 años. Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre los sexos de los cuidadores en el tipo de las variables de la relación con el cuidador de edad avanzada, la carga del cuidador y el sexo de la persona mayor que recibe atención. **CONCLUSIÓN:** Hay diferencias de género entre los cuidadores. La mayoría de los hombres se ocupan de sus esposas y refieren menos sobrecarga.

Palabras clave: Cuidadores, Personas mayores, Diferencias de género.

INTRODUÇÃO

O conceito de gênero está relacionado às funções e relações de homens e mulheres que se baseiam em fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, e não somente nos aspectos biológicos de cada sexo, sendo considerado um fator importante no processo de cuidado (Lillo, 2002).

O cuidado é algo inerente ao ser humano, e mesmo que possua especificidades culturais, apresenta pelo menos uma característica comum a todos os povos: é a família quem essencialmente executa e se responsabiliza pelo cuidado, e dentro das famílias essa função geralmente é exercida pelas mulheres (Boff, 1999). Esse fato foi firmado historicamente, afinal desde o início dos tempos a tarefa de cuidar era passada de mãe para filha, além de ser incorporada às atividades domésticas como uma função natural da mulher (Santos, 2003). O que se observa atualmente, no entanto, é que o homem tem assumido o papel de cuidador, e que a literatura sobre a temática menciona apenas ocasionalmente a experiência de homens cuidadores.

Nos estudos realizados, estima-se que a prevalência de cuidadores homens varie entre 25% e 37% (Hibbard, Neufeld & Harrinson, 1996; Houde, 2001; Souza & Figueiredo, 2004). No que diz respeito às diferenças de gênero, os resultados de uma meta-análise evidenciaram que os homens cuidadores apresentam índices de depressão e estresse menores, e nível de saúde física e bem-estar subjetivo mais elevados que as mulheres cuidadoras (Pinquarti, 2006).

As diferenças de gênero, portanto, e o aumento do número de cuidadores homens, determinam a necessidade de se explorar o conhecimento nessa área, a fim de aumentar as possibilidades de cuidado e melhorar a qualidade do cuidado prestado aos idosos. Assim, o objetivo desse estudo foi descrever o perfil dos cuidadores de idosos residentes no município de São Paulo, Brasil, segundo gênero.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal que utiliza dados do Estudo SABE - Saúde, Bem estar e Envelhecimento. O Estudo SABE é um estudo longitudinal e de múltiplas coortes sobre as condições de vida e saúde dos idosos residentes no Município de São Paulo. Foi iniciado em 2000, como um estudo multicêntrico, desenvolvido naquele momento em sete países da América Latina e Caribe (Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, México e Uruguai). No Brasil foram entrevistados, em 2000, 2.143 indivíduos com idade igual e superior a 60 anos, de ambos os sexos, não institucionalizados, selecionados por amostragem probabilística (Silva, 2003). Em 2006, apenas em São Paulo, o estudo tornou-se longitudinal. Dos idosos entrevistados em 2000 (coorte A00=2143 idosos), 1115 foram localizados e reentrevistados (coorte A06), sendo, nesse momento, inserida uma nova coorte probabilística de pessoas com idade entre 60 e 64 anos (coorte B06=298 idosos). Uma terceira coleta de dados foi realizada em 2010 tendo sido localizados e reentrevistados os idosos das coortes A e B (coorte A10 e B10= 989 idosos) e incluída uma nova coorte de 60 a 64 anos (coorte C10=355 idosos).

Para o desenvolvimento desse estudo, utilizou-se os dados dos cuidadores dos idosos das coortes A10, B10 e C10 (1344 idosos). Desses idosos, 362 possuíam cuidador, mas a amostra final foi composta por 331 cuidadores, uma vez que apenas os cuidadores familiares foram considerados para esse estudo.

Para traçar o perfil sociodemográfico dos cuidadores foram utilizadas as variáveis: idade, sexo, escolaridade, estado civil, tipo de relação com o idoso, local de residência, frequência de cuidado, situação laboral, tempo de cuidado e auxílio no cuidado ao idoso.

A presença de sobrecarga do cuidador foi avaliada por meio da Escala Zarit Burden Interview, validada no Brasil (Scazufca, 2002). Essa escala permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador familiar, sendo composta por 22 itens, que ao final, resultam em uma pontuação global que pode variar entre 22 e 110 pontos (quanto maior a pontuação, maior a percepção de sobrecarga). Utilizou-se o seguinte ponto de corte: 22 - 46 = sem sobrecarga; 47 - 55 = sobrecarga leve; 56 - 110 = sobrecarga intensa.

A funcionalidade familiar do cuidador foi avaliada pelo APGAR de Família, validado no Brasil em 2001 (Duarte, 2001). Escores de 0 a 8 representam elevada disfunção familiar; de 9 a 12, moderada disfunção familiar e de 13 a 20, boa funcionalidade familiar.

Para caracterização dos idosos foram utilizadas as variáveis: sexo, idade, escolaridade, suficiência de renda, número de doenças, dificuldade para realizar atividades básicas (ABVD) e instrumentais de vida diária (AIVD) e declínio cognitivo. O estado cognitivo foi avaliado usando a versão modificada do Mini Exame do Estado Mental - MEEM, validado para o Estudo do SABE. Esta medida tem 13 itens, e o ponto de corte para declínio cognitivo é de 12 pontos ou menos (Icaza & Albala, 1999). O Estudo SABE foi aprovado no Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

ANÁLISE

A análise dos dados foi realizada no pacote estatístico Stata® versão 11.0. Para a análise descritiva dos dados foram estimadas médias, erros-padrão e proporções. As diferenças entre os grupos foram estimadas utilizando-se o teste generalizado de igualdade entre médias de Wald e o Teste do Qui quadrado de Pearson (X^2) com correção de Rao-Scott (nível de significância de 5%), que levam em consideração os pesos amostrais para estimativas com ponderações populacionais.

RESULTADOS

Dos cuidadores avaliados, 24,6% eram homens com média de 56,5 anos de idade e 75,4% eram mulheres com média de 53,1 anos de idade. O perfil dos cuidadores segundo gênero revelou que existe diferença estatisticamente significativa entre cuidadores do gênero masculino e feminino no que diz respeito ao tipo de relação com o idoso, sobrecarga do cuidador e sexo do idoso.

A proporção de cuidadores do gênero masculino que cuidam de idosas (89,3%) é maior do que no gênero feminino (61,8%). Quanto ao tipo de relação, os do gênero masculino geralmente cuidam dos cônjuges (38,4%) e filhos (52,7%), enquanto que 20,3% das cuidadoras do gênero feminino cuidam de outros familiares. No que diz respeito a sobrecarga, uma proporção maior de cuidadores do gênero masculino não referem sobrecarga (81,9%), quando comparados aos do gênero feminino (67,1%).

A tabela 1 apresenta a distribuição dos cuidadores segundo sexo e características sociodemográficas e assistenciais, e a tabela 2 apresenta a distribuição de cuidadores segundo sexo e características sociodemográficas e de saúde do idoso.

Tabela 1:

Distribuição (%) dos cuidadores segundo sexo e características sociodemográficas e assistenciais, São Paulo, 2010. (n=331)

Características	Masculino	Feminino	<i>p</i>
Idade (média± SD)	56,4±2,1	53,1±1,0	0,15
Estado civil			
Solteiro	26,8	19,2	0,13
Casado	67,4	64,6	
Separado	4,4	9,6	
Viúvo	1,4	6,6	
Sabe ler e escrever um recado			
Sim	92,6	93,0	0,92
Não	7,4	7,0	
Local de residência			
Mesma casa com o idoso	70,5	67,5	0,67
Em outra casa próxima do idoso	23,9	28,5	
Em outra casa distante do idoso	5,6	4,0	

Frequência da ajuda			
O tempo todo	25,3	37,4	0,26
Uma vez ao dia/Dias alternados	20,4	22,1	
Uma vez por semana	1,9	1,2	
Sempre que necessário	1,5	0,3	
	50,9	39,0	
Há quanto tempo cuida do idoso			0,80
Menos de 1 ano	10,2	11,6	
1 a 5 anos	27,8	31,6	
Mais de 5 anos	62,0	56,8	
Recebe auxílio para o cuidado ao idoso			0,43
Sim	60,2	65,1	
Não	39,8	34,9	
Tipo de relação com o idoso			0,01
Cônjuge	38,4	25,8	
Filho(a)	52,7	53,9	
Outro familiar	8,9	20,3	
Parou de trabalhar ou estudar para cuidar do idoso			0,93
Sim	20,1	19,5	
Não	79,9	80,5	
Sobrecarga do cuidador			0,05
Não	81,9	67,1	
Sim	18,1	32,9	
Funcionalidade familiar do cuidador			0,45
Boa funcionalidade familiar	85,1	82,0	
Moderada disfunção familiar	7,1	5,1	
Elevada disfunção familiar	7,8	12,9	
Total	91,3	8,7	

Fonte: SABE, 2010

Tabela 2:

Distribuição (%) dos cuidadores segundo sexo e características sociodemográficas e de saúde do idoso. São Paulo, 2010. (n=331)

Características do idoso	Cuidador		P
	Masculino	Feminino	
Sexo			0,00
Homem	10,7	38,2	
Mulher	89,3	61,8	
Idade			0,52
60 a 69 anos	29,4	24,6	
70 a 79 anos	36,3	34,2	
80 anos e mais	34,3	41,2	
Renda suficiente			0,66
Não	50,0	52,7	
Sim	50,0	47,3	
Escolaridade			0,18
Analfabeto	26,1	31,1	
1 a 3 anos	36,1	27,3	
4 a 7 anos	34,9	32,3	
8 anos e mais	2,9	9,3	
Número de doenças			0,08
Nenhuma	5,8	11,0	
Uma	13,0	19,7	
Dois ou mais	81,2	69,3	
Dificuldade nas ABVD			0,84
Não	33,5	34,7	
Sim	66,5	65,3	

Dificuldade nas AIVD			
Não	12,4	11,2	0,80
Sim	87,6	88,8	
Estado cognitivo			
≥ 13 pontos	72,6	62,2	0,12
< 13 pontos	27,4	37,8	

Fonte: SABE, 2010

DISCUSSÃO

A prevalência de cuidadores homens encontrada (24,6%), é muito próxima ao que tem sido discutido na literatura (entre 25% e 37%) (Hibbard, Neufeld & Harrinson, 1996; Houde, 2001; Souza & Figueiredo, 2004). Quanto às diferenças de gênero, o fato de homens cuidarem, predominantemente, de suas esposas, pode ser entendido pela proximidade da relação na ausência de outro possível cuidador, uma vez que as mulheres são historicamente e culturalmente responsáveis pelo cuidado (Boff, 1999). No que diz respeito a sobrecarga, cuidadoras possuem menos recursos sociais e relatam níveis mais baixos de saúde física e psicológica, em comparação aos cuidadores homens, o que faz com que a tarefa de cuidar seja mais onerosa às mulheres (Pinquarti, 2006).

CONCLUSÃO

Existem diferenças de gênero entre os cuidadores, sendo que a maior parte dos homens cuidam de suas esposas e referem menor sobrecarga.

Considerando que uma das mais importantes repercussões negativas associadas às atividades de cuidado é a sobrecarga do cuidador, faz-se necessário considerar o gênero como uma variável importante, a fim de não limitar as possibilidades de cuidado ao idoso, e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida do cuidador e a qualidade do cuidado prestado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boff, L. (2003). *Saber cuidar: ética humana – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes.
- Duarte, Y.A.O. (2001). *Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares* [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- Hibbard, J., Neufeld, A. & Harrinson, M. (1996). Gender differences in the support networks of caregivers. *J Gerontol Nurs*; 22(9),15-23.
- Houde, S. (2001). Men Providing care to older adults in the home. *J Gerontol Nurs*, 27(8), 13-9.
- Icaza, M.C. & Albala, C. (1999). *Projeto SABE. Minimental State Examination (MMSE) - Del estudio de demencia em Chile: análisis estatístico*. OPAS.
- Lillo, M.C. (2002). Antropologia, genero y enfermeria contemporanea. *Revista Rol de Enfermería*, 25(12), 56-62.
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: an updated metaanalysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 61b(1), 33-45.
- Santos, J.L.F. (2003). Análise de sobrevivência sem incapacidade. In: Lebrão, M.L. & Duarte, Y.A.O., *O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: OPAS/MS.
- Scazufca, M. (2002). Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr*, 24(1), p. 12-7.

Silva, N.N. (2003). Processo de amostragem. In: Lebrão, M.L. & Duarte, Y.A.O. *O projeto SABE no Brasil: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Sousa, L. & Figueiredo, D. (2004). *EUROFAMCARE: National Background Report for Portugal*. [on-line] Portugal. Recuperado a 11 de Novembro, 2011, de http://www.monitoringris.org/documents/tools_nat/nabare/nabare_portugal_rc1_a4.pdf

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Tábatta Renata Pereira de Brito, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, tabatta_renata@hotmail.com

O significado de ser cuidador: obrigação ou opção?

Assunção Laranjeira de Almeida^{1,2,3}; Cecília Oliveira²; Celeste Francisco^{1,3}; Luís Dias²; Ana Patrícia Alves²; Sara Sousa²

¹Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA)

²Laboratório de Investigação da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA)

³laranjeira.almeida@ua.pt

RESUMO

O estudo realizado teve o objectivo de conhecer o significado de ser cuidador para a pessoa/família que cuida de uma pessoa idosa com doença crónica. O estudo foi realizado com a colaboração de nove cuidadores informais, em Unidades de Cuidados Continuados de Média e Longa duração, no primeiro semestre do ano de 2013. Como instrumento de recolha de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada com a pessoa/família cuidadora informal. Na entrevista foram definidas duas grandes linhas orientadoras: o significado de ser cuidador, e a sobrecarga do cuidador. Através da análise dos dados obtidos, observou-se que a maioria da pessoa/família cuidadora o são por obrigação, sendo que a vida da pessoa/família se altera com o tipo de doença do seu familiar e, também com a sua evolução. Verificou-se, ainda, que o facto de a pessoa/família ter a seu cargo uma pessoa idosa e dependente é um factor desencadeante de *stress*, devido à natureza dos cuidados prestados e à modificação constante na vida quotidiana do cuidador.

Palavras-chave: Saúde do idoso; Doença crónica; Sobrecarga; Cuidador Informal

INTRODUÇÃO

Em Portugal, entre 1960 e 2000 a proporção de jovens (0-14 anos) diminuiu de cerca de 37% para 30%. Segundo a hipótese média de projecção de população mundial das Nações Unidas, a proporção de jovens continuará a diminuir, para atingir os 21% do total da população em 2050. Contrariamente, a proporção da população mundial com 65 ou mais anos, regista uma tendência crescente, aumentando de 5,3% para 6,9% do total da população entre 1960 e 2000, e para 15, 6% em 2050. Ainda, o crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem.

É importante referir que, pessoas idosas são aquelas com idade igual ou superior a 65 anos, idade que, em Portugal, está associada à idade da reforma. Interessa, também, definir o que é o envelhecimento. O envelhecimento assenta no aumento da longevidade dos indivíduos, isto é, o aumento da esperança média de vida. A distribuição da população idosa em território português não é homogénea, ou seja, a maioria dos idosos localiza-se no Alentejo, seguido do Algarve e depois o Centro, segundo os censos de 2001.

Desta forma, ao ritmo a que o Mundo e Portugal estão a envelhecer, exacerba-se a preocupação com a sustentabilidade e a vivência numa sociedade em que se vive cada vez mais anos e a natalidade é cada vez menor.

Até 2030 a população europeia entre os 65 e os 80 anos irá aumentar 40% e em 2060, na União Europeia, as pessoas com mais de 65 anos representarão 30% da população total. Assim, agravam-se as doenças crónicas,

amplificam-se os níveis de dependência, aumenta a afluência aos serviços de saúde, assim como, a carência de apoio social e familiar – nas pessoas com mais de 65 anos, 25% apresentam alguma dependência e, nas pessoas com mais de 80 anos, 50% necessita de apoio contínuo devido a algum tipo de dependência.

Numa sociedade francamente envelhecida verificam-se cada vez mais as necessidades de cuidados de saúde, sendo que, o cuidado informal à pessoa idosa e dependente recai sobre a família. Os cuidados informais são uma realidade cada vez mais presente na nossa sociedade e prolongam-se por longos períodos de tempo, sendo essenciais para a manutenção da qualidade de vida da pessoa cuidada. Caracterizam-se por cuidados complexos e ocupam um lugar privilegiado no que respeita aos cuidados à pessoa idosa e dependente. Assim, o cuidado informal foca-se na prestação de cuidados a pessoas dependentes pela família, por amigos, vizinhos, ou outras pessoas que não são remuneradas economicamente pela prestação desses mesmos cuidados, logo, assumem o papel de cuidadores informais.

Esta prestação de cuidados, com tudo o que ela acarreta, espelha-se na qualidade de vida, quer da família, quer da pessoa que é cuidada, sendo que, esta experiência pode ser desgastante, mas ao mesmo tempo, pode reforçar uma relação pré-existente.

Assim, coloca-se uma questão fundamental: Qual o significado de ser cuidador informal para o familiar do doente com doença crónica?

METODOLOGIA

Estudo de caso, realizado no primeiro semestre de 2013 com a colaboração de cuidadores informais, em Unidades de Cuidados Continuados de Média e Longa duração.

Este estudo é realizado com base na abordagem qualitativa do tipo exploratório descritivo.

A população alvo é constituída pelos cuidadores informais que cuidaram do seu familiar doente no domicílio e que actualmente se encontram institucionalizados na unidade de cuidados continuados integrados de oliveira de frades.

Participaram no estudo uma amostra de nove cuidadores informais. Como critérios de inclusão destes cuidadores foram considerados: terem cuidado do seu familiar no domicílio pelo menos durante 3 meses, e aceitarem participar do estudo.

As entrevistas, semi-estruturadas foram as utilizadas nos inquéritos submetidos aos cuidadores; realizou-se ainda, observação simples durante a entrevista.

As questões da entrevista prenderam-se sobretudo com as características pessoais dos cuidadores e por questões abertas relacionadas com a temática em estudo.

Este estudo teve em conta o fato de que foi realizado com pessoas com fortes probabilidades de estarem debilitadas e fragilizadas, devido ao seu estado psicológico. Assim, foram preservados os seus direitos tal como, o seu bem-estar. Isto apela aos deveres éticos e morais para garantirem a dignidade e bem-estar dos participantes.

Os precedentes éticos foram todos cumpridos, tendo os entrevistados sido informados sobre os objectivos do estudo e foi solicitada a assinatura do termo de consentimento informado.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estudo realizado junto dos cuidadores de pessoas com doença crónica, por meio da análise de Bardin, operacionalizada pela leitura dos inquéritos submetidos, e com a elaboração de indicadores que pretendem ser reflexo das transições vivenciadas pelos cuidadores aquando da prestação de cuidados.

Da análise das entrevistas, agruparam-se os dados e formularam-se duas questões empíricas – o significado de ser cuidador: imposição ou escolha livre? E qual o grau de responsabilidade assumido pelo cuidador.

Como situação nova na sua rotina de vida, o cuidador vivencia um vasto conjunto de sentimentos, a que se terá que adaptar pela enorme responsabilidade que o novo papel que desempenha exige. Das várias interrogações que cercam o envelhecimento como preconceitos e estigmas aceites e vinculados socialmente, a família surge como um alicerce, um bastião de suporte à pessoa para melhoria da sua qualidade de vida.

INTERROGAÇÃO 1: o significado de ser cuidador: imposição ou escolha livre?

Por necessidades emergentes do momento, o cuidador é quem assegura as necessidades do outro. Os défices que a pessoa apresenta, fazem sobressair ainda mais a necessidade dos cuidados que são prestados pelo cuidador.

No núcleo familiar, a decisão de nomear um cuidador torna-se tao importante quanto difícil de tomar. Por norma a escolha recai, numa primeira fase sobre a mulher ou marido, *A posteriori*, filha ou irmã. É de enfatizar que o membro feminino é quem assume a maior parte das vezes o papel de cuidador, isto acontece porque existe uma relação com a disponibilidade de tempo, a boa vontade e a carga histórica e cultural do elemento feminino como cuidador no papel de mãe.

A maioria dos entrevistados assumiu que o papel de cuidar, que estavam a desempenhar foi uma obrigação, isto é, uma situação imposta devido a um vasto conjunto de factores, como por exemplo, vínculos familiares. *“Eu senti-me na obrigação de cuidá-lo como uma espécie de um dever que eu tinha que cumprir... Era algo pesado, que eu tinha que fazer, uma obrigação, uma missão...”* (CIC1)

O processo de construção da identidade do cuidador ocorre a partir do momento da tomada de consciência da rotina de cuidados, e da reflexão e meta-reflexão daí decorrentes.

A relação de ajuda que se estabelece entre a pessoa e o cuidador, é o resultado da incapacidade física que a pessoa manifesta, para conseguir suprir as suas necessidades humanas fundamentais. Essa relação de ajuda é colocada em causa a todo o momento, pela avaliação que a pessoa faz das competências do cuidador. Esta relação passa então por fases, onde ocorrem alterações constantes. *“É como se existisse uma inversão de papéis, ele agora era o filho e eu era a mãe, responsável em tudo por ele...”* (CIC1)

A progressão da incapacidade, a instalação súbita ou gradual da dependência, o prognóstico da doença, e os recursos de que dispõem os cuidadores para prestarem os cuidados, afectam a resistência física, emocional, e intelectual do cuidador.

Os cuidadores interiorizam o cuidar como um precedente moral, que tem início nos vínculos familiares, e que termina precisamente na exigência do cuidar de outrem.

A sociedade de uma forma subjectiva mas natural, espera que a instituição que é a família cuide dos seus membros, independentemente de todo e qualquer constrangimento que possa eventualmente existir e/ou surgir.

Para se cuidar com qualidade, é necessário observar a pessoa como uma unidade, é essencial conhecer bem a pessoa, saber a sua história.

O sentimento de gratificação, e a sensação de dever cumprido, foram alguns dos aspectos mais mencionados pelos cuidadores.

INTERROGAÇÃO 2: qual o grau de responsabilidade assumido pelo cuidador?

O sentimento de responsabilidade encontra-se em sintonia com o ritmo frenético e a precariedade da vida dos dias de hoje.

Sentir-se responsável por alguém com dependência, é assumir a substituição parcelar ou total dessa pessoa em alguns domínios da sua vida.

A dependência é o somatório da necessidade com a incapacidade, essa traduz-se por uma necessária ajuda para a realização das necessidades humanas fundamentais.

No momento em que uma pessoa se torna dependente num grau elevado, essa mesma pessoa passa a necessitar de um conjunto vasto e variado de cuidados, que devem ser executados por alguém capaz de dedicar e até abdicar do seu próprio tempo.

Na sua maioria, estes cuidadores são pessoas com laços familiares à pessoa de quem cuidam.

No caso dos nossos cuidadores, verificámos que a grande maioria tentou criar, juntamente com outras pessoas, equipas ou redes de apoio à pessoa cuidada, isto é, na ausência do cuidador principal outras pessoas assumiram o seu papel. Constituíram-se então redes de cuidados que serviram para minimizar a dependência à pessoa e aliviar a pressão e o *stress* do principal cuidador.

Frequentemente, os cuidadores referiram o aparecimento de sentimentos como o desespero, a raiva, a frustração e até culpa. Com o agravamento da doença da pessoa, eles referem sentirem-se esgotados a todos os níveis físico, emocional. “... *prescindi de todo naquele período da minha vida por ele, trabalho, amigos até de uma relação...*” (CIC2)

Estas situações de depressão aparente e até *burn out* dos cuidadores, devem ser um factor de preocupação e atenção por parte dos profissionais de saúde, que de algum modo podem prestar alguma ajuda nestes momentos.

O cuidar pode em certa medida ser caracterizado pelas necessidades que a pessoa dependente apresenta, os cuidados relacionados com limitações cognitivas, de problemas de memória, e de distúrbios de personalidade e comportamento, tendem a manifestar nos cuidadores sintomas depressivos, maior ansiedade, quando comparado com os cuidadores de pessoas cujas limitações prendem-se numa esfera física sem componente de cognição.

Existe também uma nova atribuição de papéis na família decorrente da transição saúde – doença que ocorreu. Novas actividades surgem, instalando-se novas rotinas no quotidiano dessas pessoas que só com o avançar do tempo ficam devidamente interiorizadas nelas próprias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base neste estudo, foram valorizadas as capacidades e a importância que os cuidadores informais assumem nos cuidados que prestam aos idosos com doença crónica.

Apesar de existir uma dinâmica de grupo que comporta a maior parte dos cuidados prestados à pessoa cabe à família uma parte muito importante e significativa na dinâmica da prestação de cuidados informais.

A situação de patologia crónica e por isso prolongada, representa uma situação de transição na dinâmica familiar, uma crise na habitual rotina da família ou núcleo de apoio.

Inicialmente todos os esforços são centrados na hipótese de cura, mas com o passar do tempo essa hipótese vai perdendo credibilidade e autenticidade e instala-se a certeza de que esta situação, que ao iniciar parecia transitória afinal tornou-se crónica, assim novas estratégias desenham-se para que a qualidade de vida e o cuidado criterioso estejam disponíveis para aquela pessoa.

É fundamental que a pessoa veja nos seus cuidadores pessoas capazes com tenacidade e com vontade de o ajudar, não obstante de eles próprios precisarem de auxílio para cumprirem a árdua tarefa que lhes é exigida.

A pessoa que recebe apoio adequado por parte da equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, consegue com maior êxito atender as necessidades que a pessoa apresenta, diminuindo assim a incidência dos pontos de conflito, de ansiedade e *stress*. O equilíbrio alcançado pelo cuidador faz com que este aprenda a gerir com mais eficácia o seu tempo e a organizar melhor as tarefas do quotidiano, não perdendo a sua individualidade.

Mesmo com a sobrecarga de cuidados e responsabilidades, os sentimentos de angústia, raiva e desespero que muitas vezes assolam os cuidadores, ficam desvanecidos quando estes interiorizam e assimilam a nobreza do papel social que estão a desempenhar ao cuidarem de outrem.

Concluiu-se que a maioria da pessoa/família cuidadora o são por obrigação, sendo que a vida da pessoa/família se altera com o tipo de doença do seu familiar e, também com a sua evolução.

Por tudo isto, considera-se que os cuidadores informais assumem um papel de indelével importância e relevo, pois constituem uma rede social de apoio que merece toda a ajuda por parte dos profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, para que em trabalho de equipa serem capazes de diminuir e anularem situações de *stress* que a prestação de cuidados muitas vezes acarreta tanto nos cuidadores como na pessoa alvo dos cuidados.

BIBLIOGRAFIA

- Bardin, L. (2000). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 7.
- Caldas, C. P. (1998). *A saúde do Idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro (RJ):EdUERJ
- Caldas, C. P. (2004) Cuidado familiar: a importância da família na atenção à saúde do idoso. In: Saldanha, A. L. & Caldas, C. P (n.d.). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Editora Interciência.
- Diogo, M. J. D. E. & Duarte, Y. A. O. (2006) Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: Freitas, E. V. et al. (2006). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Elsen, I., Marcon, S.S. & Santos MR. (2002) *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: Eduem.
- Freitas, M.C., Maruyama, S. A. T., Ferreira, T. F. & Mota, A. M. A. (2002). Perspectivas da pesquisa em gerontologia e geriatria: revisão de literatura. *Revista Latinoam Enfermagem*.
- Jonas, H. (2006) *O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica*. Rio de Janeiro: Editora PUC - Rio.
- Karsch, U. M. S. (1998) *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: EDUC.
- Mendes, P. M. T. (1995) *Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Pacheco, L. J. O cuidador: sua instância e sua experiência. In: Saldanha, A. L. & Caldas, C. P. (2004) *Saúde do idoso: a arte de cuidar* (pp. 48-58). Rio de Janeiro: Editora Interciência..
- Pascoal, S. M. P., Salles, R. F. N. & Franco, R. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: Carvalho Filho, E. T. & Papaléo Netto, M. (2006). *Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Papaléo Netto, M. (1996). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu.
- Silva, I. P. (1995). *As relações de poder entre o adulto dependente e a mulher - cuidadora*. Dissertação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Estratégias desenvolvidas pela família para o cuidado paliativo ao idoso no domicílio

Larissa Chaves¹, Fernanda Araújo², Jamile Dantas³

Universidade Federal da Bahia, Brasil

Resumo:

O aumento da longevidade, associado às doenças crônicas, incapacitantes e terminais, leva muitos idosos à necessidade de cuidados paliativos, muitas vezes prestados no domicílio. O trabalho teve como objetivo geral conhecer e analisar as estratégias desenvolvidas pela família, na prestação do cuidado paliativo ao idoso no domicílio e como específicos: identificar e analisar como as famílias se organizam para realizar esses cuidados e conhecer dificuldades e facilidades cotidianas para sua prestação. Estudo qualitativo, descritivo, que utilizou, na coleta de dados, entrevista semi-estruturada e observação sistemática. Os sujeitos foram 6 cuidadores de idosos cadastrados em um programa público de assistência domiciliar. Os resultados mostraram que os cuidadores familiares fazem uso de diversas estratégias durante a prestação do cuidado, como mudanças na estrutura dos domicílios e nas suas rotinas, modificação na alimentação e reorganização das tarefas da família. O suporte oferecido por uma equipe multidisciplinar se faz essencial para auxiliar os cuidadores e suas famílias, fornecendo orientação e apoio necessário para o enfrentamento das dificuldades que envolve o cuidado em fase terminal.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Cuidadores; Idoso; Cuidado paliativo.

Resumen

El aumento de la longevidad, asociado a enfermedades crónicas, incapacitantes y terminales, lleva muchos ancianos a la necesidad de cuidados paliativos, muchas veces prestados en el domicilio. El trabajo tuvo como objetivo general conocer y analizar las estrategias desarrolladas por la familia en la prestación del cuidado paliativo al anciano en el domicilio y como específicos: identificar y analizar como las familias se organizan para realizar estos cuidados y conocer dificultades y facilidades cotidianas para esa prestación. Estudio cualitativo, descriptivo que utilizó en la colecta de datos, entrevista semiestructurada y observación sistemática. Los participantes fueron 6 cuidadores de ancianos catastrados en un programa público de asistencia domiciliar. Los resultados mostraron que los cuidadores familiares hacen uso de diversas estrategias durante la prestación del cuidado, como cambios en la estructura de los domicilios y en las rutinas, modificación en la alimentación y reorganización de las tareas de la familia. El soporte ofrecido por un equipo multidisciplinar se hace esencial para auxiliar los cuidadores y sus familias, proveyendo orientación y apoyo necesario para el enfrentamiento de las dificultades que involucran el cuidado en fase terminal.

Palabras-clave: Asistencia domiciliar; Cuidadores; Anciano; Cuidado paliativo.

INTRODUÇÃO

A situação de envelhecimento da população, alinhada ao surgimento de doenças crônicas não transmissíveis como câncer, diabetes, doenças cardiovasculares e neurológicas progressivas, evoluindo para estágios avançados, leva muitos idosos à necessidade de cuidados no fim da vida, também denominado de cuidados paliativos (CP), em seu domicílio e ao envolvimento dos familiares.

Por CP compreende-se uma prática interdisciplinar que objetiva melhorar a qualidade de vida de pacientes que enfrentam problemas em decorrência de doenças fora de possibilidade terapêutica e sua família, abrangendo aspectos físicos, psicossociais e espirituais¹. Nesse sentido, são valorizadas ações terapêuticas que procurem aliviar sintomas como dor, sede, dispneia, tosse, náuseas, vômito, obstipação, diarreia, fadiga, sudorese, prurido, *delirium*, ansiedade e depressão, criando-se uma atmosfera de cuidado que facilite o reconhecimento do momento frágil em que vive o paciente e sua família, estabelecendo-se uma rede de suporte acolhedora durante o processo de terminalidade e luto^{2,3,4}.

Na prática dos cuidados domiciliares, seja para pacientes em CP ou não, geralmente os cuidadores recebem apoio apenas de outros familiares, amigos e vizinhos, ou seja, do sistema informal, gerando grandes necessidades para essa população.

Embora a família seja a maior provedora de cuidados a seus familiares com doença crônica e situação de terminalidade, lidando cotidianamente com a fragilidade de seus idosos, sintomas difíceis no fim da vida, e o processo de morrer, muitas destas podem se sentir despreparadas para atividades como realização de curativos, banho, ajuda na locomoção e na alimentação, processo de morte, luto entre outras, o que pode gerar grande tensão e sobrecarga. Algumas famílias também podem ter a necessidade de que seus membros trabalhem fora, contando insuficientemente com ajuda, ou têm pouca condição financeira para arcar com os custos desse cuidado e, nesse sentido, desenvolvem inúmeras estratégias para um cuidado que atenda às suas necessidades e as dos idosos, sendo estas diferentes para cada contexto⁵.

Essa pesquisa, projeto de iniciação científica financiado com 2 bolsas pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), traz como questão para investigação: Quais estratégias a família desenvolve para prestação do cuidado paliativo ao idoso no domicílio? Parte da hipótese de que a família desenvolve estratégias particulares, a depender de seu contexto, para prestar cuidados ao seu familiar idoso no domicílio.

Teve como objetivo geral conhecer e analisar as estratégias desenvolvidas pela família na prestação do cuidado paliativo ao idoso no domicílio, e como objetivos específicos: identificar e analisar como as famílias se organizam para realizar esses cuidados e conhecer dificuldades e facilidades cotidianas para sua prestação.

METODOLOGIA

Pesquisa de campo, qualitativa, desenvolvida em um programa público de assistência domiciliar, que realiza visita a pacientes em CP. Esse programa está vinculado a um hospital filantrópico especializado no tratamento do câncer, recebendo pacientes estáveis em processo de terminalidade, encaminhados do próprio hospital, obedecendo a critérios de elegibilidade.

Os participantes, localizados a partir da leitura dos prontuários e de informações da equipe, foram 6 cuidadores de idosos cadastrados nesse programa que atenderam aos critérios de inclusão: estarem cadastrados no programa de assistência domiciliar da instituição lócus; ser o cuidador principal do idoso em cuidado paliativo no domicílio; ser visitado pelos profissionais do programa no período da coleta e aceitar fazer parte da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu após a primeira aproximação, no domicílio, durante visitas domiciliares da equipe multidisciplinar, através de um instrumento previamente elaborado seguido de três partes: caracterização dos sujeitos (cuidadores) em relação a idade, sexo, estado civil, escolaridade, vínculo de parentesco, fonte de renda da família e ocupação; grau de dependência do idoso cuidado, questionado ao cuidador, a partir dos tópicos da Índice de Katz e aplicação de um questionário semi-estruturado com o cuidador familiar. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Para análise dos dados, foi feita a leitura do material, seguindo-se os passos da análise de conteúdo descrita por Bardin ⁶, para formação de categorias de análise.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da UFBA e pelo serviço de saúde ao qual o programa é vinculado, sob registro 07617312.7.0000.5531, em 15 de fevereiro de 2013.

RESULTADOS

Quadro 1. Caracterização dos cuidadores de idosos em CP no domicílio. Salvador/BA, 2013.

Cuidador	Parentesco	Idade	Estado civil	Escolaridade	Ocupação	Renda	Provedor de renda	Tempo do cuidado	Katz idoso
Berna	Sobrinha	46	Casada	2º grau	Autônoma	2 salários	Idoso	8 meses	Assistência
João	Filho	42	Casado	2º grau	Aposentado	3 salários	Filho	3 anos	Dependência/assistência
Lúcia	Filha	29	Divorciada	3º grau	Bióloga	2 salários	Idosa e esposo da idosa	2 anos	Independência
Maria	Neta	28'	Casada	1º grau	Aposentada	3,5 salários	Idosa, neta e esposo	4 meses	Dependente
Ana	Filha	49	Solteira	2º grau	Professora	2,5 salários	Filha e pai	1 ano	Assistência
Josefa	Filha	56	Casada	2º grau	Aposentada	2 salários	Idosa e aposentadoria do esposo	2 meses	Dependente

A partir da leitura das entrevistas, foi construída a categoria de análise: Mudanças realizadas para melhorar o cuidado ao idoso.

Diante das necessidades de assistência ao idoso, a família exerce um papel importante enquanto cuidadora de seus membros. Esta é a maior provedora de cuidados a seus familiares com doença crônica, lidando com a condição de fragilidade desses idosos em seu cotidiano⁷.

Durante o cuidado no domicílio, a família se utiliza de várias estratégias que variam dependendo da condição econômica, suporte e orientações que recebem do apoio formal e informal, vivências, dentre outras. Dentre as principais mudanças realizadas pelas famílias no intuito de melhorar o cuidado ao idoso, bem como oferecer maior conforto para os mesmos, destacam-se a administração de medicamentos, a alimentação, as mudanças na estrutura dos domicílios e em suas rotinas.

Entre essas estratégias está o uso de chás junto às medicações alopáticas. *“Ela toma tramadol, toma mórfica, toma chá também. Porque tudo que a gente aprende tem que fazer. Aí alivia a dor também, diz Berna”*.

Sobre a alimentação, Maria coloca *“Minha mãe já deixa preparada e quando dá por volta de 11, 11:30h eu já boto pra cozinhar. A gente não dá comida pra ela (avó) requentada. A gente sempre dá comida do dia a ela. Aí pra não cozinhar agora (pela manhã) e quando for meio-dia esquentar de novo, a gente já deixa pra dar o almoço dela na hora certinha. Aí a gente já boto por volta de 11, 11:30h e quando dá meio-dia tá bem quentinha e já boto no liquidificador e bate”*.

As mudanças na estrutura física no domicílio também auxiliam na atividade do cuidador, além de dar mais conforto ao idoso. *“Eu estou fazendo um banheiro novo para ela. O vaso vai ser solto, para poder entrar com cadeira de rodas, vai ter barra, como se fosse um banheiro para o deficiente físico. A cama dela coloquei na sala, para ficar mais arejado, mais gente, mais tudo. O quarto fica mais isolado, na sala tem gente toda hora, passando para lá e para cá”,* relata João.

A rotina do cuidador é modificada em todos os aspectos, inclusive no momento de dormir, no intuito de ajudar nas necessidades que possam surgir também neste período. *“Eu durmo no quarto com ele (pai) para ver qualquer movimento que ele faça. Ele dorme na beira para facilitar a descida para urinar. Comprei um colchão casca de ovo, travesseiro, enfim, tiveram várias modificações. A rotina é totalmente outra, diz Ana”.*

A própria família se reveza nos cuidados ao familiar doente, na medida do possível, para auxiliar no trabalho. *“Como minha irmã trabalha a gente reveza. Quando ela trabalha, eu venho para ajudar a outra filha dela. Eu fico aqui com ela (no quarto), e a filha dela fica ajeitando as outras coisas. A gente reveza para ir ao médico também, diz Berna”.*

CONCLUSÃO

Os cuidadores podem vivenciar situações de estresse quando passam a realizar essas atividades de cuidado com o idoso, sendo potencializados por problemas sociais e econômicos. Para facilitar e melhorar a prestação de cuidados, o familiar cuidador faz uso de estratégias que inclui modificações físicas na residência, na alimentação e nas atividades domiciliares. Assumir esse papel e vivenciar o processo de terminalidade, além de uma reorganização na estrutura familiar é obviamente uma situação muito difícil. Uma equipe multiprofissional de saúde pode ser muito importante neste momento, auxiliando o cuidador do idoso e seus familiares, dando orientações pertinentes e fornecendo apoio psicológico e social.

REFERÊNCIAS

- Araujo I, Paul C & Martins M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Rev. Enf.* 3(2).
- Bardin L. (2009). *Análise de Conteúdo* (1 ed.) Lisboa: Lisboa.
- Carreira L.& Rodrigues R.A.P. (2006) Estratégias da família utilizadas no cuidado ao idoso com condição crônica. *Ciência, Cuidado e Saúde.*, 5, 119-126.
- Curtis J.R. & Engelberg R.A. (2006) Measuring success of interventions to improve the quality of end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med.*; 34, 341–347.
- Floriani C.A. & Schramm F.R. (2007) Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, 23(9). 2072-2080.
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009). Manual de cuidados paliativos (pp. 320). Rio de Janeiro: Diagraphic..
- World Health Organization (1990). *Cancer pain relief and palliative: a report of a OMS expert committee.* OMS.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Larissa Chaves Pedreira Silva, UFBA, larissa.pedreira@uol.com.br

Autoconceito e Percepção sobre o Envelhecimento dos profissionais que lidam diariamente com o Idoso

Maria João Beja¹ & José Manuel Sousa¹

¹Universidade da Madeira

Resumo:

O presente estudo tem como principal objectivo explorar a relação entre o autoconceito e a percepção sobre o envelhecimento dos funcionários de uma instituição de terceira idade que têm um contacto directo com o idoso no exercício das suas funções.

Participaram no estudo 148 sujeitos, 135 do sexo feminino e 12 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 21 e os 65 anos.

Para a avaliação do autoconceito foi utilizada a Escala de Autoconceito (Novo, 2002), versão portuguesa em fase experimental da Tenesse Self-Concept Scale (TSCS:2) de Fitts e Warren (1996), enquanto para avaliar a percepção sobre o envelhecimento foi administrado o Questionário de Percepções sobre o Envelhecimento (Beja & Franco, 2009^a, 2009^b), versão portuguesa em fase experimental do Aging Perceptions Questionnaire (APQ) de Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey e Conroy (2007).

Os resultados deste estudo demonstram que os adultos com mais idade apresentam uma percepção do envelhecimento mais negativa e têm um autoconceito mais fraco, principalmente a nível físico e académico. Por outro lado, os indivíduos com mais habilitações académicas e formação na área de saúde têm uma percepção sobre o envelhecimento mais positiva.

Quanto à relação entre autoconceito e percepção sobre o envelhecimento, os sujeitos com um autoconceito mais forte apresentam uma percepção sobre o envelhecimento mais positiva.

Palavras-Chave: envelhecimento; autoconceito; percepção sobre o envelhecimento; cuidador; idoso.

Resumen:

El presente estudio tiene como objetivo principal estudiar la relación entre el autoconcepto y la auto percepción sobre el envejecimiento de los técnicos de una institución para las personas mayores, que tienen contacto directo con ellas en el ejercicio de sus funciones.

Participaron en el estudio 148 sujetos, 135 mujeres y 12 varones, con edades comprendidas entre 21 y 65 años.

Los instrumentos utilizados fueran la Escala de Autoconcepto (Novo, 2002), versión portuguesa en fase experimental de la Tenesse Self-Concept Scale (TSCS:2) de Fitts y Warren (1996), mientras que para evaluar la percepción sobre el envejecimiento se aplicó el Questionario de Percepciones de Envejecimiento (Beja y

Franco, 2009a, 2009b), versão portuguesa en la fase experimental del Aging Perceptions Questionnaire (APQ) de Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey y Conroy (2007).

Los resultados de lo estudio muestran que los adultos mayores tienen una percepción más negativa del envejecimiento y tienen un autoconcepto más débil, sobre todo física y académicamente. Por otro lado, las personas con mayor nivel educativo y formación en salud tienen una percepción más positiva sobre el envejecimiento.

Sobre la relación entre el autoconcepto y la percepción del envejecimiento, los sujetos con un autoconcepto más fuerte, tienen una percepción más positiva sobre el envejecimiento.

Palabras clave: envejecimiento, personas mayores, autoconcepto, percepción sobre el envejecimiento; cuidador.

INTRODUÇÃO

Nos tempos actuais, com o aumento da esperança de vida (esperança média de vida atinge os 79 anos em Portugal, Instituto Nacional de Estatística – INE, 2011) e com a diminuição da taxa de natalidade, os países enfrentam um aumento da população idosa, invertendo assim a pirâmide etária (da Silva, 2009).

Hoje em dia, a velhice é uma etapa do ciclo de vida cada vez mais longa, o que vem sublinhar a importância do desenvolvimento de estratégias para conhecer como cada indivíduo percebe o seu próprio envelhecimento, pois, esta percepção não só irá influenciar o seu próprio processo de envelhecimento como também poderá influenciar os cuidados e as atitudes para com os idosos (Ballesteros, 2000).

A percepção sobre o envelhecimento é produto de mitos, crenças, ideias, preconceitos e estereótipos (Levy, Slade, Kunkel, & Kasl, 2002), que se encontram igualmente na base da formação do autoconceito de cada pessoa.

Das diversas etapas do ciclo vital que o indivíduo poderá viver, a velhice poderá ser aquela que é percebida como tendo mais aspectos negativos. É neste âmbito que assume particular relevo o desenvolvimento de intervenções precoces com o intuito de alterar a percepção sobre o envelhecimento tornando-a mais positiva, o que terá repercussões no bem-estar psicológico do sujeito, e influenciará a sua saúde (Levy et al., 2002).

No primeiro plano de acção internacional das Nações Unidas sobre o envelhecimento, elaborado em 1982, já era dada importância à forma positiva de encarar o envelhecimento, e foram realizados trabalhos através dos meios de comunicação no sentido de desfazer os mitos sobre o envelhecimento, promovendo imagens de pessoas mais velhas com uma maior autonomia e que contribuíam de forma activa para a sociedade (Organização Mundial de Saúde – OMS, 2002).

Trabalhar directamente com pessoas idosas requer conhecimentos e competências específicas, bem como uma predisposição para humanizar as tarefas a executar, sabendo-se que os profissionais também podem ter atitudes negativas em relação aos idosos (Ballesteros, 2000).

Esta investigação está ancorada no pressuposto de que a forma como os profissionais percebem a velhice é produto de experiências de vida, educação, valores, localização geográfica, cultura, entre outros, que também são alicerces do autoconceito.

Sabendo que um bom autoconceito é de vital importância para o bem-estar físico e psicológico de cada pessoa (Roid & Fitts, 1989), e que esse bem-estar pode influenciar positivamente a percepção do envelhecimento de cada indivíduo (Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007), o presente estudo pretende explorar a relação entre o autoconceito e a percepção sobre o envelhecimento e a influência de algumas variáveis sócio-demográficas na formação dos mesmos. Demakakos, Hacker, e Gjonça (2006) defendem que as experiências de envelhecimento e a formação das auto-percepções de envelhecimento de cada indivíduo constituem um processo dinâmico influenciado pelo *Self*, pela sociedade e pelas suas interações.

METODOLOGIA

Amostra

Neste estudo foi tido como critério de inclusão da amostra os profissionais pertencentes ao quadro do lar de terceira idade Estabelecimento da Bela Vista (EBV), no Funchal, que ao prestarem o seu serviço diário estabelecessem um contacto directo com o idoso.

A amostra foi recolhida em 2012, ficando constituída por 148 indivíduos, sendo 91.2% do sexo feminino e 8.1% do sexo masculino.

As idades ($n = 143$) estão compreendidas entre os 21 e os 65 anos, tendo uma média de 45.78 e um desvio-padrão de 10.90. Em relação ao estado civil ($n = 146$), 31 dos indivíduos são solteiros (20.9%), 88 são casados ou em união de facto (59.5%), 12 viúvos (8.1%) e 15 (10.1%) divorciados ($MO3 = 2$).

No que concerne as habilitações literárias ($n = 141$), 38 possuem o 1º ciclo (25.7%), 18 o 2º ciclo (12.2%), 39 o 3º ciclo (26.4%) e 46 (31%) o ensino secundário ou superior ($Mdn = 3$, $IQQ = 3$). Em relação a profissão/categoria que desempenham ($n = 147$), a maioria dos indivíduos pertence ao apoio directo (63.5%), à cozinha e refeitório (11.5%) e a enfermagem (8.8%) sendo os restantes pertencentes à fisioterapia (5.4%), ocupação (4.7%) secretaria (2.7%) e (2.7%) serviço técnico ($MO3 = 1$).

Os indivíduos ($N=143$) desta amostra moram maioritariamente no Funchal (62.8%) Santa Cruz (17.6%) e Machico (10.1%) sendo que os restantes vivem em Câmara de Lobos (3.4%) e (2.7%) Ribeira Brava ($MO3 = 1$).

Instrumentos de recolha de dados

Neste estudo, foi utilizada a segunda edição da escala de autoconceito ou conceito de si (TSCS:2), em fase de adaptação à população portuguesa por Rosa Novo, originalmente construída e publicada por Fitts et al. em 1965, com o nome Tennessee Self-Concept Scale. A TSCS:2 é formada por 82 itens. Esta escala inclui dez subescalas: a identidade, a satisfação e o comportamento são as subescalas consideradas como dimensões internas; o autoconceito físico, o autoconceito ético-moral, o autoconceito pessoal, o autoconceito familiar, o autoconceito social e o autoconceito académico são considerados as dimensões externas. A escala é do tipo Likert, variando entre “inteiramente falso” (1) até ao “inteiramente verdadeiro” (5).

Neste estudo verificamos a consistência interna das diferentes dimensões do constructo (TSCS:2) através do α de Cronbach, sendo que apresenta uma variação entre .68 e .92, o que garante uma boa consistência interna.

Para medir a percepção sobre o envelhecimento foi utilizado o Questionário sobre Percepções de Envelhecimento (QPE). Trata-se de um questionário de avaliação multi-dimensional, baseado no modelo de auto-regulação de Leventhal (Barker et al., 2007), em adaptação para a língua portuguesa por Beja e Franco (2009a, 2009b).

O QPE avalia a percepção do envelhecimento com base em oito domínios distintos, sendo que sete destes envolvem opiniões sobre o próprio envelhecimento e o oitavo é chamado o domínio da identidade, que tem como base analisar a experiência dos indivíduos com as alterações em relação a doenças.

Os domínios de opinião sobre o próprio envelhecimento são a duração crónica e duração cíclica, as consequências positivas e consequências negativas, o controlo positivo e o controlo negativo e as representações emocionais.

Em relação à confiabilidade das dimensões do QPE, neste estudo verificamos a consistência interna das diferentes dimensões do constructo através do α de Cronbach, apresentando uma variação entre .60 e .88, o que garante uma consistência moderada em duas dimensões e boa nas restantes cinco dimensões.

Procedimentos estatísticos

A análise estatística foi feita com recurso ao programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 19.

Utilizou-se o teste paramétrico *t* de Student para comparar duas amostras independentes em que se cumprem os pressupostos de normalidade e homogeneidade das variâncias; e o teste não paramétrico de Mann-Whitney para comparação de dois grupos independentes (Martins, 2011).

Para testar as hipóteses que estabelecem associações entre as variáveis foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman.

Em todos os testes utilizados, as análises foram efectuadas com um intervalo de confiança (IC) de 95% sendo determinado para alguns deles a magnitude do efeito (ES) através das fórmulas desenvolvidas por Cohen (citado por Coelho, Cunha, & Martins, 2008).

Para a análise da magnitude do efeito foi utilizada a interpretação proposta por Cohen em 1988 (citado por Coelho et al., 2008; Morgan, Leech, Gloeckner, & Barrett, 2011).

RESULTADOS

Os resultados revelaram que quanto à percepção sobre o envelhecimento em função da idade o grupo de meia-idade adulta (41 aos 65 anos) tem uma visão mais negativa sobre o envelhecimento, pois apresenta diferenças com um efeito moderado em relação ao grupo dos jovens adultos (21 aos 40 anos) a nível de representações emocionais negativas mais elevadas, sente mais consequências negativas no processo de envelhecimento, considera que tem pouco controlo sobre as consequências do envelhecimento. Apresenta também diferenças com um efeito forte nas alterações de saúde, ou seja, tem mais alterações de saúde e atribui-as ao facto de estare a envelhecer.

Em relação ao autoconceito dos profissionais do EBV, o grupo com mais idade apresenta de uma forma significativa um autoconceito mais fraco, principalmente a nível físico e a nível académico.

Os resultados mais negativos no grupo de mais idade em relação à influência da idade no autoconceito e percepção sobre o envelhecimento poderão dever-se ao facto de que no grupo de mais idade já ocorreram algumas transformações físicas e é uma fase de vida susceptível a mais perdas e mudanças, fazendo diminuir a auto-estima e consequentemente o autoconceito (Cunha & Ferreira, 2010; Novo, 2003).

Quanto à influência das habilitações académicas na percepção sobre o envelhecimento, os resultados demonstram que os sujeitos com o 1º ciclo são aqueles que apresentam uma visão mais negativa, enquanto os que têm o ensino superior são os que apresentam uma visão mais positiva.

Aqueles que têm formação na área de saúde apresentam de uma forma significativa um maior controlo sobre os aspectos negativos que advêm com o envelhecimento, percebem menos consequências negativas, e têm menos emoções negativas em relação ao envelhecimento deduzindo-se assim que a sua percepção geral sobre o envelhecimento é mais positiva.

A percepção sobre o envelhecimento é mais positiva nos indivíduos com maiores habilitações e mais formação sobre a saúde. Esta relação poderá advir de uma percepção mais realista e menos estereotipada sobre o envelhecimento (Cachioni & Aguilar, 2008), e do facto deste mesmo conhecimento sobre o envelhecimento e o idoso ser mais positivo (Foos et al., 2006).

Da relação entre o autoconceito e a percepção sobre o envelhecimento podemos inferir que neste estudo os indivíduos com maior autoconceito tem uma menor resposta emocional negativa sobre o envelhecimento, maior crença de controlo sobre as experiências negativas que advêm com o envelhecimento, menor alterações de saúde experienciadas e atribuem menos essas alterações ao facto de estarem a envelhecer. Assim, um maior autoconceito parece estar relacionado positivamente com uma percepção mais positiva do envelhecimento.

Os resultados obtidos na relação entre autoconceito e percepção sobre o envelhecimento, e o facto de ambos, neste estudo, serem influenciados pela idade, pode ser explicado através dos estereótipos do envelhecimento, os quais são criados e incorporados internamente ao longo da vida e contribuem para a formação de uma auto-percepção sobre o envelhecimento mais negativa e de um autoconceito mais fraco.

É de realçar que o melhor preditor das respostas emocionais negativas sobre o envelhecimento após análise multivariada foram as habilitações académicas e o autoconceito académico, daí servir para alertar para a grande importância que a educação desempenha na mudança de percepção e de atitudes em relação à velhice. Assim, aumentar a informação leva as pessoas e as instituições a pensarem de forma mais positiva e realista sobre os idosos e a velhice (Cachioni & Aguilar, 2008). A educação é um importante agente promotor de novos comportamentos e de novas formas de pensar, alterando as expectativas sociais e individuais sobre a velhice.

CONCLUSÕES

Os adultos com mais idade apresentam uma percepção do envelhecimento mais negativa e têm um autoconceito mais fraco, principalmente a nível físico e académico. Por outro lado, os indivíduos com mais habilitações académicas e formação na área de saúde têm uma percepção sobre o envelhecimento mais positiva.

Quanto à relação entre o autoconceito e a percepção sobre o envelhecimento, os sujeitos com um autoconceito mais forte apresentam uma percepção sobre o envelhecimento mais positiva.

Neste contexto, afigura-se-nos importante a realização de estudos sobre a percepção do envelhecimento nas diferentes faixas etárias e não apenas no adulto em idade avançada, pois o envelhecimento é um processo individualizado que nos acompanha desde a nascença. Os estereótipos e preconceitos sobre o idoso e a velhice devem ser combatidos desde logo nas faixas etárias mais precoces, contribuindo para que ao longo dos processos de desenvolvimento e de envelhecimento o autoconceito de cada pessoa seja mais forte e consistente.

Sugere-se que os profissionais destas instituições com formação mais qualificada, tais como os médicos, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes sociais, promovam uma formação aos outros profissionais de forma contribuir para a desmistificação de alguns preconceitos, e para um melhor conhecimento do idoso, a nível físico, psicológico e social, como um ser único, para que assim a relação idoso / profissional seja uma co-construção de que conduza a uma maior satisfação e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ballesteros, F. (2000). La gerontologia positiva. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 10 (3), 143-145.
- Barker, M., O'Hanlon, A., McGee, H., Hickey, A., & Conroy, R.M. (2007). Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: A multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatric*, 7 (9). doi:10.1186/1471-2318-7-9
- Beja, M.J., & Franco, M.G. (2009). *Questionário sobre percepções de envelhecimento (QPE)*. Manuscrito não publicado, Universidade da Madeira, Funchal.
- Beja, M.J., & Franco, G. (2009, outubro). *Percepções sobre o envelhecimento: Um estudo na Região Autónoma da Madeira*. Comunicação oral apresentada no II Congresso Internacional "Envelhecimentos", Universidade dos Açores, Ponta Delgada.
- Cachioni, M., & Aguilar, L. (2008). Crenças em relação à velhice entre alunos da graduação, funcionários e coordenadores: Professores envolvidos com as demandas da velhice em universidades brasileiras. *Kairós*, 11(2), 95-119. Retirado de <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2395/1488>
- Coelho, J., Cunha, L., & Martins, I. (2008). *Inferência estatística, com utilização do SPSS e G*Power*. Lisboa: Sílabo.
- Cunha, M., & Ferreira, S. (2010). Solidão e autoconceito na idade adulta e velhice. *Interações – Sociedade e as Novas Modernidades*, 18, 43-63. Retirado de <http://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewFile/303/315>
- Da Silva, S. (2009). *Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos* (tese de mestrado, Universidade Fernando Pessoa). Retirado de <http://hdl.handle.net/10284/1092>

Demakakos, P., Hacker, E., & Gjonça, E. (2006). Perception of ageing. In J. Banks, E. Breeze, C. Lessof, & J. Nazroo (Eds.), *Retirement, health and relationships of the older population in England: The 2004 English longitudinal study of ageing* (pp. 339-366). London: The Institute for Fiscal Studies.

Fitts, W., & Warren, W. (1996). *Tennessee self-concept scale (TSCS:2) revised manual*. (2th ed.). California: WPS.

Foos, P., Clark, M., & Terrell, D. (2006). Adult age, gender and race group differences in images of aging. *The Journal of Genetic Psychology*, 167(3), 309-325. doi: 10.3200/GNTP.167.3.309-325

Instituto Nacional de Estatística - INE. (2011). *Destaque - Informação à comunidade social*. Retirado de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUES_dest_boui=129675729&DESTAQUESmodo=2

Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (2), 261-270. doi: 10.1037/0022-3514.83.2.261

Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios.

Morgan, G., Leech, N., Gloeckner, G., & Barrett, K. (2011). *IBM SPSS for introductory statistics: Use and interpretation*. New York: Routledge.

Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia: O bem estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Organização Mundial de Saúde - OMS. (2002). *Active aging. A policy framework*. Genebra: OMS.

Roid, G., & Fitts, W. (1989). *Tennessee self-concept scale (TSCS) revised manual* (2th ed.). California: WPS.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria João Beja, Universidade da Madeira, mjoao@uma.pt

Sobrecarga em Cuidadores Familiares de Idosos no Brasil: Uma Revisão Integrativa

Cecília Maria Alves de Freitas¹, Luan Matos de Menezes¹

¹ Faculdade de Medicina – Universidade Federal do Amazonas

² Faculdade de Medicina – Universidade Federal do Amazonas

Resumo:

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura baseada em artigos científicos nacionais de publicação online, no período de 2003 a 2013, indexados nas bases de dados BVS, LILACS e Portal SciELO. Foram selecionados 51 trabalhos que tratam dos fatores que produzem sobrecarga em cuidadores de idosos no Brasil, observando-se as consequências dessa sobrecarga na vida desses cuidadores. Da leitura e análise dos artigos emergiram as seguintes temáticas: sobrecarga de trabalho e deterioração da qualidade de vida do cuidador; despreparo do cuidador na assistência domiciliar ao idoso; despreparo dos profissionais de saúde na assistência a idosos e a seus cuidadores e ausência de Suporte Social e de medidas governamentais efetivas. Verifica-se a necessidade de conhecimento das demandas do cuidador e de maior suporte social o que requer o preparo dos profissionais de saúde e de políticas sociais mais consistentes e protetivas de idosos e cuidadores no Brasil.

Resumen:

Se trata de una revisión integradora de la literatura basada en artículos científicos nacionales publicados en línea en el período 2003-2013, indexadas en bases de datos de la BVS, SciELO y LILACS. Se seleccionaron 51 trabajos que aborden los factores que producen la carga de los cuidadores de personas mayores en Brasil, la observación de las consecuencias de la sobrecarga en la vida de los cuidadores. Lectura y análisis de artículos surgieron los siguientes temas: la sobrecarga de trabajo y el deterioro de la calidad de vida del cuidador, cuidador preparado en atención domiciliaria a las personas mayores, falta de preparación de los profesionales de la salud en la asistencia a personas mayores y sus cuidadores y la falta de apoyo social y medidas de gobierno eficaz. Hay una necesidad de conocimiento de las demandas del cuidador y un mayor apoyo social que requiere la elaboración de las políticas sanitarias y sociales más coherentes y de protección de las personas mayores y cuidadores en Brasil.

Palavras-Chave: Sobrecarga; Cuidadores Familiares; Saúde.

INTRODUÇÃO:

Seguramente é consenso nas sociedades ocidentais que o cuidado ao idoso é atribuição precípua de sua família ou que, caso esta não tenha as condições objetivas para assumir esse cuidado, deve tomar a iniciativa de buscar os meios que lhe possibilite assegurar ao idoso esse cuidado.

Assim, é no âmbito familiar que o indivíduo apreende a prática do cuidado e sua importância e esse aprendizado é fortemente marcado pela cultura local e pelas peculiaridades do grupo familiar ao qual pertence.

Especificamente no que tange ao cuidado do idoso dependente, ou seja, que tem sua mobilidade funcional ou funções cognitivas comprometidas, diversos trabalhos relatam o estresse a que são sujeitos esses cuidadores e as conseqüências para a sua saúde física e mental, sugerindo a necessidade de se fornecer alguma forma de suporte ou cuidado a esses cuidadores. Parafraseando Campos(2011) indaga-se – “Quem cuida do cuidador?”.

Esta questão ganha especial relevância em solo brasileiro tendo em vista que a matricialidade familiar permeia o conteúdo das políticas sociais neste país a exemplo da Política de Assistência Social que a tem como um de seus eixos.

O presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão integrativa cujos trabalhos focalizem os idosos e seus cuidadores. no contexto brasileiro

e que tenham como objeto de investigação os fatores que produzem sobrecarga em cuidadores de idosos bem como as conseqüências dessa sobrecarga na vida desses cuidadores.

METODOLOGIA:

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura baseada nos artigos científicos nacionais de publicação on-line, que tratam dos fatores que produzem sobrecarga em cuidadores de idosos observando-se as conseqüências dessa sobrecarga na vida desses cuidadores.

Para a construção desta revisão foram cumpridas as seguintes fases: a definição do objeto de pesquisa, a busca da literatura, a seleção dos trabalhos a serem incluídos na revisão, a análise e interpretação dos resultados e sua apresentação.

Para nortear a revisão integrativa, formularam-se as seguintes questões: Quais os fatores produtores de sobrecarga do familiar cuidador de idosos no Brasil? Quais as conseqüências dessa sobrecarga na vida do cuidador familiar do idoso brasileiro?

A seleção dos trabalhos ocorreu nos meses de maio e junho de 2013 utilizando-se as palavras-chave sobrecarga, cuidador familiar de idosos, saúde.

Para a localização dos trabalhos foi realizada uma busca on-line junto à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) acessando as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e o portal Scientific Electronic Library Online (SciELO) tendo como recorte temporal o período de 2003 a 2013.

O refinamento ocorreu pela leitura dos títulos e respectivos resumos de cada trabalho obedecendo-se os seguintes critérios de inclusão: trabalhos desenvolvidos e publicados no Brasil, no período de 2003 a 2013, na modalidade artigo científico (original ou revisão), disponíveis na íntegra e gratuitamente, nos idiomas português e/ou inglês com enfoque para os cuidadores de idosos e fatores geradores de sobrecarga para suas vidas e as conseqüências das mesmas.

Em seguida, realizou-se a extração de alguns dados dos estudos da amostra que foram incluídos na revisão integrativa: percentual de contribuição dos periódicos, frequência das publicações/ano e dos tipos de estudos produzidos nesse período.

Finalmente, realizou-se leitura dos trabalhos selecionados com a finalidade de identificar os fatores responsáveis para a ocorrência da sobrecarga em cuidadores de idosos e as conseqüências dessa sobrecarga para a vida dessas pessoas.

ANÁLISE:

Na busca bibliográfica inicial foram localizados 64 trabalhos, mas somente 51 publicações atenderam aos critérios de inclusão. Com a amostra definida, cada trabalho recebeu uma codificação seqüenciada de modo a facilitar sua identificação na leitura dos resultados deste trabalho. Os artigos estão reunidos no quadro sinóptico a seguir destacado (Quadro) I.

A1	Idosos dependentes: famílias e cuidadores	2003
A2	Envelhecimento com dependência: Responsabilidades e demandas da família	2003
A3	Famílias cuidadoras de pessoa idosa: relação com instituições sociais e de saúde	2004
A4	Projeto Bambuí: A experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes	2005
A5	Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos	2006
A6	Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais	2006
A7	Características de idosos com doença de alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos num serviço de Neurogeriatria.	2006
A8	Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado	2006
A9	Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo.	2007
A10	Relatos orais de cuidadores de idosos doentes e fragilizados a cerca dos valores de risco para violência intrafamiliar.	2007
A11	Ser cuidador familiar do portador de doença de Alzheimer: vivências e sentimentos desvelados.	2007
A12	O Impacto da doença de Alzheimer no cuidador	2008
A13	Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos	2008
A14	O Impacto da doença de Alzheimer no cuidador	2008
A15	Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica	2008
A16	Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar.	2008
A17	O impacto do declínio cognitivo, da capacidade funcional e da mobilidade de idosos com doença de Alzheimer na sobrecarga dos cuidadores.	2009
A18	Os “pacientes esquecidos”: satisfação com a vida e percepção de saúde em cuidadores familiares de idosos.	2009
A19	Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado.	2009
A20	A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família	2010
A21	Ser cuidador de idosos: sentimentos desencadeados por esta relação	2010
A22	A doença de Alzheimer na visão do cuidador: um estudo de caso	2010
A23	O idoso portador da doença de Alzheimer: O cuidado e o conhecimento do cuidador familiar.	2010
A24	Demanda do cuidador familiar com idoso Demenciado	2010
A25	Perfil sociodemográfico e nível de sobrecarga em cuidadores de pacientes com demência que participam de um grupo de apoio.	2010
A26	O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos	2010

A27	Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal	2010
A28	Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus Cuidadores.	2011
A29	Conflitos no relacionamento entre cuidadores e idosos: o olhar do cuidador	2011
A30	Qualidade de vida de cuidadores de idosos vinculados ao programa saúde da família	2011
A31	Sobrecarga e percepção de qualidade de vida em cuidadores de idosos do Núcleo de Atendimento à Terceira Idade do Exército	2011
A32	A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer	2011
A33	Idosos com demência de Alzheimer e suas relações familiares: perspectivas do cuidador	2011
A34	Prevalência e Fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos	2011
A35	Cuidadores de Idosos: Percepção sobre o envelhecimento e sua influência sobre o ato de cuidar.	2011
A36	Estudos Nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa	2012
A37	Cuidadores de Idosos Dependentes no domicílio: Mudanças nas relações familiares	2012
A38	Funcionalidade Familiar de Idosos com alterações cognitivas: a percepção do cuidador.	2012
A39	Avaliação da sobrecarga em cuidadores de idosos com déficit cognitivo	2012
A40	Representações sociais e envelhecimento: uma revisão integrativa da literatura.	2012
A41	Sobrecarga de trabalho em cuidadores de Idosos que vivem no domicílio.	2012
A42	Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais de saúde.	2012
A43	Uso de psicotrópicos por cuidadores de pacientes idosos com demência: isso é um sinal de sobrecarga do cuidador?	2012
A44	A Sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: Uma revisão integrativa de literatura.	2012
A45	As Repercussões do Cuidado na Vida do Cuidador Familiar do Idoso com Demência de Alzheimer	2012
A46	Representações sociais para o cuidar de idosos para cuidadores: revisão integrativa	2012
A47	Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família.	2012
A48	Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos.	2012
A49	Dependência funcional de Idosos e Sobrecarga do Cuidador	2013
A50	Efetividade de Programas de Educação e suporte na redução da sobrecarga de cuidadores de idosos com demência: revisão sistemática.	2013
A51	Perfil dos cuidadores e Dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA.	2013

Quadro 1 – Relação os trabalhos constantes da amostra do estudo de acordo como código, título e ano de publicação.

Conforme critério de inclusão estabelecido, todas as publicações foram encontradas em periódicos brasileiros, e em fontes bastante diversificadas. As contribuições de maior frequência foram produzidas por Revistas ligadas à área da Enfermagem, de diferentes Instituições de Ensino e Regiões (22 artigos), seguidas da *Revista Brasileira de Geriatria* (06 artigos), dos Cadernos de Saúde Pública (05 artigos) e os demais artigos distribuídos em Revistas diversas, a saber: Revista de Fisioterapia (1 artigo), Revista de Neurologia (1 artigo), Revista de Saúde Coletiva (08 artigos), Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas (1 artigo), Revista de Psicologia (1 artigo), Revista de Psiquiatria (1 artigo), e 05 (cinco) artigos produzidos em Revistas que reúnem temáticas diversas. Apenas uma publicação foi produzida em língua inglesa.

No que se refere ao ano de publicação e considerando-se os últimos dez anos (2003-2013), a década inicia com produções modestas (uma média de 2,7 artigos/ano) observando-se um crescimento nas produções voltadas para o tema em questão marcadamente a partir do ano de 2010 (08 artigos =15,68), com igual produção para 2011 e relativo crescimento em 2012 com 13 trabalhos publicados (20, 8%).

No que se refere ao tipo de estudo produzido, 47 artigos (92,12%) são de cunho qualitativo e somente 02 artigos (3, 92%) são de cunho quantitativo. Do total das publicações encontradas, apenas 02 artigos (3,92%) configuram-se como estudos quali-quantitativos.

RESULTADOS:

Conforme observam D'Elboux & Oliveira (2012) em recente revisão integrativa sobre familiares de idosos, os estudos são, em sua grande maioria, exploratórios e o conteúdo das pesquisas circunscreve-se à descrição dos cuidadores quanto às suas características sócio-demográficas, qualidade de vida e sobrecarga de trabalho. Essas autoras destacam que são ainda incipientes os estudos de intervenção que sejam propositivos, inovadores e estratégicos na sinalização de propostas que contribuam para a diminuição da sobrecarga. Dos 51 artigos analisados neste trabalho, *nenhum* teve caráter interventivo, a despeito da riqueza de conteúdo e das importantes reflexões produzidas sobre o processo cuidativo, suas dimensões, limites e potencialidades.

Dentro dessa perspectiva a leitura e análise desses trabalhos sinalizam para importantes aspectos que permeiam a relação existente entre idosos e seus cuidadores e as ações de cuidado que aí se estabelecem. A seguir, destacaremos algumas das temáticas relacionadas aos fatores geradores de sobrecarga ao cuidador do idoso suas conseqüências para sua vida:

1. Sobrecarga de trabalho e deterioração da qualidade de vida do cuidador: Todos os artigos apontaram, em maior ou menor grau, para a sobrecarga produzida aos cuidadores no cotidiano de trabalho realizado junto aos idosos. Essa sobrecarga intensifica-se quanto maior a fragilidade e dependência do idoso (A2, A10, A7, A8, A10, A11, A29, A45) e envolve também questões de gênero, pois, ser mulher, às vezes de idade avançada, é uma fator produtor de sobrecarga, pois na condição de esposa, tem dificuldade em dissociar essa condição e não admite quando cuidar do idoso, passa a ser um fardo (A4, A46, A48). Assim, por sua condição vulnerável, o cuidador precisa de orientação, suporte social e cuidados (A6, A7, A90).

2. Despreparo do cuidador na assistência domiciliar ao idoso: O cuidador, está, na maioria das vezes, impreparado para a sobrecarga advinda da atenção e dos cuidados que devem ser oferecidos ao idoso (A9, A10, A16, A19, A29, A48, A49) e ainda não dispõe de recursos financeiros, materiais e de acesso aos serviços de saúde (A2, A3, A5, A11, A14, A2).

3. Despreparo dos profissionais de saúde na assistência a idosos e a seus cuidadores: A despeito dos avanços legais acerca dos direitos dos idosos no Brasil, persistem os desafios de se dar materialidade a esses direitos tanto no que diz respeito à observância dos princípios constitucionais e da legislação em geral. Ressalte-se que o acesso e a acolhida dos idosos e seus cuidadores com suas demandas nos Serviços de Saúde constituem-se um grave problema. Em geral, os profissionais são despreparados e alheios às necessidades por eles apresentadas (A7, A15, A28, A30).

4. Ausência de Suporte Social e de medidas governamentais efetivas: Dada a condição de vulnerabilidade de boa parte dos idosos e seus cuidadores, faz-se necessária a criação de um suporte social e da efetivação de medidas governamentais que possibilite o acesso de idosos e seus cuidadores a bens e serviços (A10, A11, A12, A19, A28, A29, A47).

CONCLUSÃO

Num país de dimensões continentais como é o Brasil, marcado por heterogeneidades intraregionais e interregionais e extremamente desigual em oportunidades de acesso a bens e serviços o envelhecimento constitui-se como uma faixa etária onde vulnerabilidades de toda ordem irão manifestar-se

Faz-se necessário e urgente que o Estado Brasileiro, por meio de diversas Políticas Sociais e dentro da perspectiva de rede propicie os meios necessários para que produza a assistência aos seus idosos e cuidadores, instrumentalizando-os com a informação para adoção de medidas preventivas e de consecução de medidas curativas.

A tarefa de cuidar de um idoso no ambiente familiar pode se constituir como uma responsabilidade tranqüila e mesmo prazerosa se o cuidador conta com um aporte de condições e contribuições de outros familiares ou pode constituir-se como um fardo quando a tarefa perdura por muito tempo, quando o nível de dependência do idoso para com o cuidador é extremo. Para além do cuidado com os idosos, o cuidado com os seus cuidadores também é um grande desafio para o Poder Público e a Sociedade em geral.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Cecília Maria Alves de Freitas

Universidade Federal do Amazonas

cecifreitas@hotmail.com

Luan Menezes

luan@hotmail.com

Sobrecarga do Membro da Família Prestador de Cuidados de um doente com cancro coloretal

Cristina Pinto¹; Filipe Pereira¹; Lúcio Santos²; Fátima Teixeira²

1. Escola Superior de Enfermagem do Porto
2. Clínica de patologia Digestiva do IPO do Porto

Resumo

Os desafios colocados ao doente e à família vão para além da representação social negativa atribuída ao diagnóstico de cancro, isto porque, durante o percurso terapêutico, os clientes com cancro coloretal apresentam alterações na sua condição de saúde, tornando-os mais vulneráveis. Estas alterações na condição de saúde refletem-se em necessidades de cuidados, de alguma complexidade e que, grande parte das ocasiões, são da responsabilidade de um membro da família. O assumir da responsabilidade dos cuidados, por parte de um membro da família, obriga-o a desenvolver novas competências; situação com implicações na sua vida pessoal, familiar, profissional e social, que se manifestam por sobrecarga, isolamento, depressão e ansiedade. A transição do membro da família prestador de cuidados (MFPC) dos doentes com cancro, é um foco de atenção dos enfermeiros e da Enfermagem. Partindo destes pressupostos realizamos um estudo de caráter longitudinal que descrevesse a evolução da sobrecarga percebida dos MFPC de doentes com cancro coloretal. Os MFPC foram avaliados em três momentos; sendo o M1 o início do percurso terapêutico; o M2 3 meses após e o M3 6 meses após. Participaram no estudo 41 MFPC no Momento 1 (M1), 88 MFPC no Momento 2 (M2) e 97 MFPC no Momento 3 (M3). A amostra constituída maioritariamente por mulheres (80%), casadas (93,0%) cujo grau de parentesco com o doente foi a esposa (60%) e as filhas (35%). Os níveis médios de sobrecarga percebida pelos MFPC de doentes com cancro coloretal são mais elevados no M3 do que no M1 e no M2.

Resumen

Los desafíos que plantea a la paciente y su familia van más allá de la representación social negativa atribuida a un diagnóstico de cáncer, esto se debe a que, durante el viaje terapéutica, los clientes con cáncer colorrectal tienen cambios en su estado de salud, haciéndolos más vulnerables. Estos cambios en el estado de salud se reflejan en las necesidades de atención de cierta complejidad, y que la mayoría de las ocasiones, son la responsabilidad de un miembro de la familia. Asumir la responsabilidad del cuidado de un familiar, te obliga a desarrollar nuevas habilidades; situación con implicaciones para su vida personal, familiar, profesional y social, que surgen debido a la sobrecarga, el aislamiento, la depresión y la ansiedad. La transición de la familia cuidadora miembro de los pacientes con cáncer, es un foco de atención de las enfermeras y de la enfermería. Bajo estas premisas se realizó un estudio longitudinal de carácter para describir la evolución de la carga percibida de MFPC de los pacientes con cáncer colorrectal. Participó en el estudio de 41 MFPC Momento 1 (M1), 88 MFPC en el Tiempo 2 (M2) y 97 MFPC en Time 3 (M3). La muestra resultó en el femenino (80%), casados (93,0%), cuya relación con el paciente era la esposa (60%) e hijas (35%). El MFPC de los pacientes con cáncer colorrectal tiene niveles más altos de sobrecarga M1 a M3 en función del proceso de atención.

Palavras-chave: Sobrecarga; Familiar Cuidador; Cancro Coloretal

Introdução

O cancro enquanto doença crónica representa uma séria ameaça à saúde dos indivíduos. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o cancro foi responsável por 7,6 milhões de mortes em 2005 e em 2015 prevê-se que este número ascenda aos 9 milhões e aos 11,5 milhões em 2030 (WHO, 2007).

Em 2005 foram diagnosticados 12950 novas neoplasias malignas na região Norte de Portugal. Por aparelhos e sistemas os tumores do aparelho digestivo foram os mais frequentes (31% do total) com uma taxa de incidência de 124,3 /100 000. Dentro deste grupo, o cancro coloretal foi o de maior incidência, correspondendo a 51% do total de tumores digestivos, com uma taxa de incidência de 62,8/100 000. (RORENO, 2005).

Os doentes com cancro coloretal em Portugal inscrevem-se no masculino e nos grupos etários com mais de 70 anos (Pinto et al, 2010), logo na população mais idosa. Assim, o processo de envelhecimento associado às alterações na condição de saúde no domínio dos compromissos dos processos corporais que derivam da doença e dos efeitos iatrogénicos da terapêutica médica, torna os doentes mais vulneráveis o que se reflete na sua capacidade funcional, bem como em necessidades em cuidados (Piamjariyakul et al, 2010).

As alterações na condição de saúde dos doentes com cancro coloretal, constituem um marco, do qual se inferem necessidades em cuidados. Estas necessidades em cuidados, de alguma complexidade, vão ser, na maioria das vezes, da responsabilidade de um familiar que, em casa, vai “tomar conta” do doente. As atividades de tomar conta são definidas como “...ações de providenciar cuidados quando necessários.” (ICN, 2011, p.78).

A literatura revela que a pessoa que habitualmente toma conta de um familiar dependente é um membro da família (Pinto e Santos, 2009; Imaginário 2008; Campos, 2008; Petronilho, 2007; Schumacher, 2006). Os membros da família são cada vez mais chamados a assumirem a responsabilidade de prestarem cuidados complexos aos seus familiares dependentes, isto porque, é comumente aceite, a família é o melhor meio para se integrar a pessoa dependente.

No entanto, alguns estudos revelam “Padrões de Resposta” face ao processo de transição vivido pelo “Membro da Família Prestador de Cuidados” de um doente com cancro. Estes “Padrões de Resposta” permitem perceber a evolução da transição vivida na direção a maior vulnerabilidade. Referimo-nos à sobrecarga subjetiva manifestada pelo isolamento, pela depressão e por menos tempo para a família e à sobrecarga objetiva que decorre da alteração na condição de saúde e maior necessidade em cuidados (Northouse et al, 2010; Mccarthy, 2010; Papastavrou et al, 2009; Schumacher et al, 2008; Cotrim e Pereira, 2008).

Papastavrou e colaboradores (2012) estudaram a sobrecarga e a depressão dos familiares cuidadores de doentes com esquizofrenia, Alzheimer e cancro e concluíram que numa amostra de 410 familiares cuidadores, os níveis de sobrecarga e depressão eram mais elevados nos familiares cuidadores de doentes com cancro.

A imprevisibilidade no decurso da doença oncológica influencia as necessidades em cuidados e a capacidade de resposta do “Membro da Família prestador de Cuidados” (Schumacher et al, 2008). A avaliação da sobrecarga pode constituir-se como um indicador no processo de transição vivida pelo MFPC no exercício do papel.

Metodologia

Sustentados no descrito anteriormente, elaboramos um estudo cujo objetivo foi: avaliar a sobrecarga percebida pelos Membros da Família Prestadores de Cuidados de doentes com cancro coloretal, decorrente do exercício do papel.

A estratégia metodológica capaz de dar resposta ao objetivo inscreveu-se num estudo prospetivo, longitudinal.

O estudo foi realizado na Clínica de Patologia Digestiva do IPO do Porto, onde a recolha de dados decorreu de setembro de 2011 a outubro de 2012. Foram incluídos no estudo os MFPC de doentes com cancro coloretal em tratamento curativo; com idade superior a 18 anos e que aceitassem participar no mesmo.

Os MFPC foram avaliados em 3 momentos distintos, sendo à escala do estudo, o momento1 (M1) o início do percurso terapêutico do doente, o momento 2 (M2) 3 meses após e o momento 3 (M3) 6 meses após, num processo de amostragem não probabilístico.

O instrumento de recolha de dados foi a Escala de Avaliação da Exaustão do Familiar Cuidador (Reinhart & Horowitz, 1992), que foi adaptada e validada para a população portuguesa por Cotrim e Pereira em 2008, numa amostra de familiares cuidadores com cancro colorretal e à qual foi pedida autorização para a sua utilização. O instrumento é constituído por 19 itens tipo likert, sendo o resultado calculado através da soma das classificações dos dezanove itens para cada MFPC. A escala varia entre quatro scores sendo que: 1 – Nunca; 2 – Um pouco; 3 – Frequentemente; 4 Muito, sendo que a pontuação varia entre 19 a 76 pontos, correspondendo os valores mais elevados a um maior nível de sobrecarga. No estudo de Cotrim e Pereira (2008) a escala demonstrou uma elevada consistência interna de 0,81, a qual se confirmou no presente estudo.

Análise dos dados

Os dados foram analisados com recurso ao programa estatístico *SPSS versão 21*, em que os resultados foram descritos com base de medidas de tendência central e dispersão e estatística paramétrica e não paramétrica. Foram considerados valores com significados estatístico os de $p < 0,05$.

Apresentação e discussão dos resultados

O número de MFPC que constituíram a amostra foi de 41 MFPC no M1, 88 MFPC no M2 e 97 MFPC no M3. Assim e tratando-se de um estudo longitudinal a sobrecarga percebida pelos MFPC foi avaliada a 37 MFPC nos M1 e M2; a 76 MFPC nos M2 e M3 e a 33 MFPC nos M1, M2 e M3. A amostra constitui-se maioritariamente por mulheres (80%), casadas (93,0%), com uma média de idades de 58,52 anos e cujo grau de parentesco com o doente foi a esposa (60%) e as filhas (35%). Estes resultados corroboram com outros estudos e que definem o perfil do MFPC em Portugal (Pinto e Santos, 2009; Imaginário 2008; Campos, 2008; Petronilho, 2007; Schumacher, 2006).

Nijboer e colaboradores (2001) demonstraram que ao longo do tempo, o cuidar de doentes com cancro em casa influencia o desgaste emocional e a saúde mental dos cuidadores e que isto ocorre num período de 6 meses a um ano. Estes resultados corroboram com os dados descritos na tabela 1 onde percebemos que o nível médio da sobrecarga percebida pelos MFPC da amostra aumentou do M1 para M3, ou seja ao fim de 6 meses.

Tabela 1 – Nível médio da Sobrecarga percebida pelo MFPC

Momento de avaliação	Sobrecarga percebida pelo MFPC		
	Média	Mn-Mx	Desvio-padrão
Momento 1 Início do percurso terapêutico	31,44	19-51	6,80
Momento 2 3 Meses após	40,69	24-54	6,96
Momento 3 6 Meses após	45,10	27-60	6,84

Estes resultados são sustentados quando percebemos as diferenças entre os níveis de sobrecarga percebida no M1 e a sobrecarga percebida no M3, $t(32) = -16,61$, $p < 0,001$.

Foram as mulheres ($p = 0,02$) e as mais novas ($r_s = -0,23$, $p = 0,02$) que expressaram maiores níveis de sobrecarga. Estes resultados vão de encontro ao estudo realizado por Ricarte (2009), em que os cuidadores

com maiores níveis de sobrecarga tinham idades entre os 50 e 59 anos. Os MFPC mais novos encontram-se numa fase da vida ativa, em que o processo de “Tomar conta”, implica um reajuste e alteração das rotinas, o que influencia os níveis de sobrecarga.

Assim no M3 são os MFPC dos doentes dependentes com cancro colorretal, com maiores níveis de dependência e que consomem mais fármacos que apresentaram níveis mais elevados de sobrecarga percebida, como observado pela tabela 2.

Os doentes mais dependentes requerem mais cuidados, pelo que podemos perceber maior sobrecarga objetiva, ou seja, maiores níveis de dependência têm um efeito significativo nos níveis de sobrecarga (Cordeiro, 2011).

Tabela 2 – Correlação entre as principais variáveis (correlação de Spearman)

Momento de avaliação	Sobrecarga percebida pelo MFPC	r_s	p
Momento 3	Número de fármacos/dia	0,31	0,01*
	Variedade de fármacos/dia	0,26	0,005*
	Nível global de dependência	0,20	0,04*

* $p < 0,05$

Conclusão

Os MFPC dos doentes com cancro colorretal da amostra apresentaram aumento do nível médio da sobrecarga percebida decorrente do processo de tomar conta do M1 para o M3. O processo de tomar conta de doentes com cancro colorretal, com maior nível global de dependência e que consomem mais fármacos implica maior sobrecarga.

As diferenças nos níveis de sobrecarga percebida pelos MFPC de doentes com cancro colorretal ao longo do tempo permite-nos aferir que os MFPC ficam mais vulneráveis.

Referência Bibliográficas

Campos, J. (2008). *Integração da família de uma pessoa dependente no autocuidado – Impacte da ação do enfermeiro no processo de transição*. Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Cordeiro, L. A. (2011). *Cuidador informal de idosos dependentes: dificuldades e sobrecarga*. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal.

Cotrim, H. & Pereira, G. (2008). Impact of cancer on patient and family: implications for care. *European Journal of oncology Nursing*, (12), 217-226.

Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.

International Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0 (CIPE® versão 1- Tradução Oficial Portuguesa)*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Knowles, G. & et al (2007). Developing and pilot a nurse-led model of follow-up in the multidisciplinary, management of colorectal cancer. *European journal of oncology Nursing*, 212-223.

McCarthy, B. (2010). Family members of patients with cancer: What they know, how they know and what they want to know. *European Journal of oncology Nursing*, (XXX), 1-14.

Nijboer, C. & et al (2001). The role of social and psychology resources in caregiving of cancer patients. *The Gerontologist*, 40, 738-746.

- Northouse, L. L., Katapodi, M. C., Song, L., Zhang, L. & Mood d. W. (2010). Interventions with Family caregivers of Cancer. Meta-Analysis of Randomized Trials. *Cancer journal for clinicians*, (60), 317-339.
- Papastavrou, E. et. al. (2009). Exploring the other side of cancer : The informal caregiver. *European Journal of oncology Nursing*, (13),128-136.
- Papastavrou, E., Charalambous, A., Tsangari, H. & Karayiannis, G. (2012). The Burden and Depressive Experience of caring: What cancer, schizophrenia and Alzheimer disease caregivers have in common. *Cancer Nursing*, (35), 187-193.
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coímbra: Formasau.
- Piamjariyakul, U., et al (2010). Cancer therapy-related symptoms and self-care in Thailand. *European Journal of oncology Nursing*, (XXX),1-8.
- Pinto, C. & Santos, L. (2009). Prestador de Cuidados. Quais as suas necessidades? *Onco.news.*, (9),16-21.
- Pinto, C., Paquete, A.T. & Pissarra, I. (2010). Coloretal câncer in Portugal. *European Journal of Health Economy*, (1), 65-73.
- Reinhard, S. & Horwitz, A. (1992). *Burden Assessment Scale*. Adjustment, Healthand Well-Being (Abstracts 250-319).
- Registo Oncológico de Região Norte (2005). *Relatório do registo oncológico da região Norte do ano de 2005*. Porto: Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil.
- Ricarte, L. F. (2009). *Sobrecarga do Cuidador Informal de idosos dependentes no concelho da Ribeira Grande*. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Portugal.
- Schumacher, K. L.et al. (2008). Effects of caregiving Demand, Mutuality and preparedness on Family caregiver Outcomes During Cancer Treatment. *Oncology Nursing Forum*, (35), 49-56.
- Schumacher, K. L., Beidler, S. M., Beeber, A. S. & Gambino, P. (2006). A transactional Model of Cancer Family Caregiving Skill. *Advances in Nursing Science*, (29), 271-286.
- World Health Organization (2009). Fight against cancer: strategies that prevent, cure and care. Recuperado em 3 de Janeiro, 2013, de <http://www.who.int/cancer/publicat/WHOCancerBrochure2007.FINALweb>.

Contacto para correspondência

Cristina Pinto, Escola Superior de enfermagem do Porto, cristinacarvalho@esenf.pt

Cuidadores informais de idosos: Dos níveis de sobrecarga às formas de enfrentar dificuldades

Joana Custodio¹, Lisete Mónico², António Frazão³ & Hugo Lucas⁴

2. Associação Bem Estar de Parceiros

1. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

3. Instituto Superior de Línguas e Administração

4. Instituto Politécnico de Leiria

Resumo:

Na presente investigação pretende-se avaliar o nível de sobrecarga do cuidador informal do idoso dependente e as formas de enfrentar as dificuldades na prestação e cuidados.

A amostra é composta por 46 cuidadores informais que foram avaliados pelas escalas Sobrecarga do Cuidador e Maneiras como o Prestador de Cuidados enfrenta Dificuldades (CAMI).

Verificou-se que os cuidadores apresentam um nível de sobrecarga intensa. Avaliam de forma razoável a eficácia das estratégias que usam nos cuidados prestados, embora tenham alguma dificuldade em lidar com os sintomas de stress.

Dado que a família e os outros cuidadores pertencentes à rede informal são considerados como um pilar essencial de apoio ao idoso em situação de dependência, é necessário estudar esta realidade.

Palavras-chave: Cuidador informal; Sobrecarga; Idoso dependente.

Resumen:

El presente estudio tiene por objetivo evaluar el nivel de sobrecarga de los cuidadores informales y la manera de superar las dificultades en la prestación de cuidados.

La muestra es compuesta por 46 cuidadores informales que fueron evaluados por las escalas Sobrecarga del cuidador y Maneras como cuidador enfrenta dificultades (CAMI).

Se encontró que los cuidadores tienen un nivel de sobrecarga severa. Evalúan de manera razonable la eficacia de las estrategias que utilizan en los cuidados proporcionados, aunque tienen algunas dificultades para hacer frente a los síntomas de estrés.

Puesto que la familia y otros cuidadores informales que pertenecen a la red informal son considerados como un pilar esencial de apoyo a personas mayores dependientes, es necesario estudiar esta realidad.

Palabras-chave: Cuidador informal; Sobrecarga; Personas mayores dependientes.

INTRODUÇÃO

O cuidador informal de idosos, na generalidade das situações, não é fruto de uma decisão livre e consciente, mas sim da circunstância de uma relação de proximidade, sendo influenciado pelo género do cuidador e do cuidado, e condicionado por questões que se relacionam com os eventuais descendentes (Martín, 2005). O apoio informal acontece maioritariamente quando alguém com quem se vive perde progressivamente autonomia, e um familiar assume a prestação do apoio e cuidados necessários, de uma forma natural e economicamente desinteressada; ou quando alguém foi vitimado por um acidente incapacitante, ou ficou viúvo/a; ou ainda porque o anterior prestador de cuidados deixou de o ser (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006; Westphal, 2005).

Normalmente o cuidador do idoso dependente exerce uma tarefa que, física, psicológica, emocional, social e financeiramente tende a produzir “sobrecarga” ou “exaustão” (Vitalino, Yong, & Russo, 2004), quer seja exercida a tempo inteiro, quer a tempo parcial (normalmente em acumulação com outras tarefas). Tal sobrecarga pode ser analisada nas suas dimensões objetiva e subjetiva (Chou, 2000), reportando a atividades e acontecimentos concretos, ou aos sentimentos, atitudes e reações emocionais do cuidador (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit, & Whitlatch, 1995). Enquanto a sobrecarga objetiva está mais associada às tarefas de cuidar, a subjetiva relaciona-se fundamentalmente com características pessoais do cuidador como a perceção de autoeficácia ou a autoestima, que são determinantes para a perceção de sobrecarga.

Embora existam cuidadores que apresentam níveis de sobrecarga muito elevados, outros manifestam sentimentos emocionalmente gratificantes, assumindo o ato de cuidar um fator de enriquecimento pessoal, de aumento do sentimento de realização e da habilidade para enfrentar desafios, de melhoria do relacionamento interpessoal (tanto com o idoso, como com as outras pessoas), de aumento do significado da vida e de satisfação consigo próprio (Ricardete, 2009). No fundo, a qualidade de vida dos cuidadores irá depender das estratégias que adotam e do modo como conseguem fazer a gestão do stresse a que estão sujeitos (Sousa, 2004; Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006).

METODOLOGIA

Objetivo

Constitui objetivo desta investigação identificar a relação entre a sobrecarga e a perceção da eficácia das estratégias utilizadas pelo cuidador informal do idoso dependente. Em termos mais específicos, procuramos avaliar: os níveis de sobrecarga apresentados pelo cuidador informal do idoso dependente; a perceção da eficácia das estratégias de coping apresentadas pelo cuidador informal; o índice de dependência do idoso nas atividades da vida diária; a relação entre a sobrecarga do cuidador informal e a perceção da eficácia das estratégias utilizadas pelo cuidador do idoso dependente; a relação entre os níveis de sobrecarga apresentados pelo cuidador informal e as variáveis sociodemográficas do cuidador e do idoso.

Amostra

A amostra é constituída por 46 cuidadores informais de idosos dependentes com idades compreendidas entre os 34 e os 83 anos, que deram entrada na Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa de Misericórdia de Leiria. Participaram no estudo os cuidadores que reuniram os seguintes critérios de inclusão: ser cuidador informal principal de idoso dependente, não ser pago pelo facto de cuidar de um idoso dependente e mostrar-se disponível para participar no estudo.

Seis (13,0%) são do sexo masculino e 40 (87,0%) do sexo feminino. A maioria (n = 35, 76,0%) situa-se entre os 40-70 anos, cinco (10,9%) encontra-se com idades compreendidas entre os 71 e os 80 anos e com mais de 80 anos registamos apenas quatro (8,7%). A média de idades é de M = 58,41 anos e o desvio-padrão de DP = 12,49.

Material

Foram utilizados como instrumentos de medida a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC; Sequeira, 2007, 2010a, 2010b) e o Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (escala CAMI; Nolan, Keady, & Grant, 1996; Sequeira, 2007, 2010a, 2010b).

O resultado da ESC é obtido através do somatório de todos os itens, variando entre 22 e 110, sendo que quanto maior a pontuação, maior a sobrecarga; uma pontuação < 46 indica ausência de sobrecarga, entre 46 e 56 uma sobrecarga ligeira e > 56 aponta para uma sobrecarga intensa.

Ao nível da avaliação do total das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI), o resultado é obtido através do somatório de todos os itens e deve variar de 38 e 152, em que uma maior pontuação corresponde a uma maior utilização/perceção de eficácia das estratégias de coping utilizadas, com os seguintes pontos de corte: < 76 - Não utiliza estratégias de coping ou as estratégias utilizadas não são eficazes, de 76 a 114 - perceção de alguma eficácia nas estratégias de coping utilizadas e >114 - perceção de elevada eficácia nas estratégias de coping utilizadas.

Procedimento

Os cuidadores informais foram informados da confidencialidade dos dados, sendo assegurado o anonimato das respostas.

Análise

Após codificação e informatização das respostas executou-se o tratamento estatístico através do programa informático Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20.0.

RESULTADOS

Os resultados apontam para 26 cuidadores (56,5%) com sobrecarga intensa, 13 (28,3%) com sobrecarga ligeira e apenas 7 (15,2%) sem sobrecarga. Delimitam-se quatro fatores de acordo com Sequeira (2007b, 2010a, 2010b): dois pertencentes à Sobrecarga – Impacto da prestação de cuidados e Relação interpessoal – e dois pertencentes à Sobrecarga Subjetiva – Expectativas face ao cuidar e Perceção da autoeficácia. Conforme se verifica no Quadro 1, A média mais elevada refere-se às Expectativas face ao cuidar, seguindo-se o Impacto da prestação de cuidados, a Relação interpessoal e, por último, a Perceção da autoeficácia.

Quadro 1 - Mínimo, máximo, média (M) e desvio-padrão (DP), da pontuação global e dos fatores da escala de sobrecarga do cuidador (ESC)

<i>Escala de sobrecarga do cuidador (ESC)</i>	N	Mínimo	Máximo	M	DP
<i>Total da Sobrecarga do Cuidador</i>	46	1,51	3,98	2,68	0,55
<i>Sobrecarga Objetiva</i>	46	1,14	4,22	2,52	0,74
Impacto da prestação de cuidados	46	0,64	4,64	2,92	0,93
<i>Relação Interpessoal</i>	46	1,00	3,80	2,13	0,72
<i>Sobrecarga Subjetiva</i>	46	1,38	4,25	2,85	0,59
Expectativas face ao cuidar	46	1,75	5,00	3,87	0,75
Perceção da autoeficácia	46	1,00	5,00	1,82	0,98

No Quadro 2 apresentamos os efectivos absolutos e relativos das formas do prestador de cuidados enfrentar as dificuldades. A maior parte dos cuidadores tem a percepção de alguma eficácia das estratégias utilizadas, sendo poucos os que indicam uma elevada eficácia.

Quadro 2 – Formas do prestador de cuidados enfrentar as dificuldades: efetivos absolutos e relativos

Escala CAMI	Níveis	n	%
Percepção de eficácia das formas do prestador de cuidados enfrentar as dificuldades	Não utiliza estratégias de <i>coping</i>	0	0
	Percepção de alguma eficácia	38	82,6
	Percepção de elevada eficácia	8	17,4
<i>Total</i>		46	100,0

No Quadro 3 indicam-se as médias, desvio-padrão, mínimo e máximo do índice de avaliação das formas do cuidador enfrentar as dificuldades a escala CAMI. A média inferior do cuidador enfrentar as dificuldades prende-se com o lidar com os sintomas de stress.

Quadro 3 - Média, desvio padrão, mínimo e máximo do índice de avaliação das formas do cuidador enfrentar as dificuldades (CAMI)

Escala CAMI	Mínimo	Máximo	M	DP
Pontuação Global (soma)	76	130	100,98	15,01
Lidar com os acontecimentos/resolução dos problemas	31	52	40,78	5,95
Percepções alternativas sobre a situação	30	55	41,91	6,66
Lidar com sintomas de stress	11	40	18,70	5,88

CONCLUSÃO

A multiplicidade de tarefas a serem diariamente executadas em apoio de alguém que se encontra em situação de dependência, e o facto de, na maior parte das situações, a função de cuidador ser exercida em acumulação com outras funções profissionais e familiares, não pode deixar de conduzir a situações de sobrecarga intensa num elevado número de cuidadores. De resto, esta sobrecarga (física/psicológica) é percecionada por estes como o aspeto mais negativo da sua função, sendo considerada como tendo impacto na prestação de cuidados, na relação interpessoal, nas expectativas face ao cuidar e na percepção da autoeficácia (Santos, 2005; Sequeira, 2010b).

Os cuidadores informais revelaram a existência de dificuldades quanto ao modo de enfrentar os obstáculos inerentes à prestação de cuidados (percecionando-se apenas com alguma eficácia cerca de 83%) e reconhecem que o enfrentar das dificuldades da função passa maioritariamente pela capacidade de ter percepções alternativas, por ser capaz de lidar com os acontecimentos e de resolver problemas.

Dado que a família e os outros cuidadores pertencentes à rede informal são considerados como um pilar essencial de apoio ao idoso em situação de dependência, revela-se necessário estudar esta realidade. De facto, apesar de os cuidadores se autoavaliarem de forma razoável quanto à eficácia das estratégias que usam, afigura-se importante procurar realçar e desenvolver percepções alternativas sobre a situação, bem como clarificar as expectativas face ao cuidar. A promoção do desenvolvimento de competências de resolução de problemas torna-se fundamental, para que aumentem e se diversifiquem mais as estratégias que conduzem à superação das dificuldades inerentes à prestação de cuidados. Assim se ajudará a diminuir a sobrecarga objetiva e subjetiva dos cuidadores informais de idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aneshensel, C., Pearlin, L., Mullan, J., Zarit, S., & Whitlatch, C. (1995). *Profiles in Caregiving. The Unexpected Career*. San Diego, CA: Academic Press.
- Chou, K. (2000). Caregiver burden: A concept analysis. *Journal of a Pediatric Nursing*, 15 (6), 398-407.
- Martin, I. (2005). O Cuidado Informal no Âmbito Social. In C. Paul & A.M., Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 179- 202). Lisboa: Climepsi Editores.
- Nolan, M., Grant, G., & Keady, J. (1996). *Understanding family care: A multidimensional model for caring and coping*. Buckingham: Open University Press.
- Ricardete, L., (2009). Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Porto.
- Santos, P. (2005). *O familiar cuidador em ambiente domiciliário: Sobrecarga física, emocional e social*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- Sequeira, C., (2007). *Cuidar de Idosos dependentes: Diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C., (2010a). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, 12 (2), 9 - 16.
- Sequeira, C., (2010b). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel Editora.
- Sousa, L. (2004). O Recurso aos apoios formais: A família, o idoso e os cuidado(res)s formais. In L.Sousa et al., *Envelhecer em Família: Os cuidados familiares na velhice* (pp. 95-141). Porto: Âmbar.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família* (2^a ed.). Porto: Âmbar.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família* (2^a ed.). Porto: Âmbar.
- Vitalino, P., Yong, H., & Russo, J., (2004). Is caregiving a risk factor for illness? Current Directions. *Psychological Science*, 13 (1), 13-16.
- Westphal, A., (2005). Comparação da qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores de pacientes com epilepsia por esclerose múltipla temporal e esclerose mioclónica juvenil. *Journal Epilepsy Clinical Neurophysiol*, 11 (2), 71-76.

CONTACTO PARA CORRESPONDÊNCIA

Lisete Mónico, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, lisete_monico@fpce.uc.pt

Género e Qualidade de Vida do Cuidador Informal

Maria Cunha^{1,2}, Rui Pimenta¹, & Ana Nascimento¹

1. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto (ESTSP)

2. Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte)

Resumo:

Numa sociedade cada vez mais envelhecida e dependente, as políticas de desinstitucionalização e o cuidado informal surgem como resposta a uma procura crescente de cuidados de saúde. O cuidador informal assume assim a responsabilidade pela prestação dos cuidados à pessoa dependente. O principal objetivo deste estudo foi identificar relação do género com o impacto do cuidado informal na qualidade de vida do cuidador. Para tal procedeu-se à realização de um estudo de natureza quantitativa de carácter analítico com aplicação da escala WHOQOL-Bref a uma amostra de 82 cuidadores informais em dois momentos distintos, o primeiro antes e o segundo 2 meses após o início do processo do cuidado informal. Para proceder à análise inferencial recorreu-se ao teste- t. Os resultados mostram que o cuidado informal implica uma diminuição significativa na qualidade de vida do cuidador ($p < 0,001$). Constatou-se igualmente que o cuidado informal tem maior impacto na qualidade de vida do homem cuidador do que da mulher cuidadora ($p = 0,036$).

Palavras-chave: Qualidade de vida; Cuidado informal; Dependência; Saúde.

Resumen:

En una sociedad cada vez más envejecida y dependiente, las políticas de cuidado informal y desinstitucionalización son la respuesta a una creciente demanda de servicios de salud. El cuidador informal es por lo tanto responsable por la asistencia del paciente dependiente. El objetivo principal de este estudio fue identificar la relación de género con el impacto del cuidado informal en la calidad de vida del cuidador. Para esto, se realizó un estudio de carácter analítico cuantitativo con aplicación de la escala WHOQOL-bref en una muestra de 82 cuidadores informales en dos momentos diferentes: antes y 2 meses después del inicio de cuidados informales. Para realizar el análisis inferencial se utilizó el t-test e teste Mann Whitney. Los resultados muestran que el cuidado informal implica una disminución significativa en la calidad de vida del cuidador ($p < 0,001$). También se constata que el cuidado informal tiene un mayor impacto en la calidad de vida de los hombres cuidadores que en mujeres cuidadoras ($p = 0,036$).

Palavras-chave: Calidad de vida; cuidado informal; la dependencia; la Salud.

INTRODUÇÃO

O conceito de Cuidar, não pode ser dissociado dos conceitos de vida, saúde e condição humana, é um processo dinâmico e inter-relacional que justifica o emergir do cuidado informal como resposta, a uma crescente procura de cuidados de saúde, numa sociedade cada vez mais envelhecida e dependente.

Na literatura sobre os cuidados informais é inquestionável a vantagem da permanência da pessoa dependente no domicílio, sempre que estejam asseguradas as condições formais e informais (Del Rey & Mazarrasa, 2000). Este suporte informal de cuidados destaca o papel do cuidador principal. O cuidador principal é a pessoa responsável por prestar os cuidados inerentes à pessoa dependente e que não é remunerado por esses mesmos cuidados (Jamuna, 1997; Nieto Carrero, 2002). Segundo Martín (2005), existem quatro fatores que são importantes na eleição do cuidador informal primário: a relação familiar, a coresidência, o género do cuidador e da pessoa a cuidar e as condicionantes relativas aos descendentes.

No âmbito do género, constata-se a predominância feminina na prestação de cuidados: a esposa, seguindo-se as filhas e posteriormente as noras (Lage, 2005).

Segundo Erickson (2005), a divisão do trabalho baseado no sexo, confere às mulheres uma série de papéis e normas que lhes impõem um perfil de cuidadoras. Cuidar de um familiar é para muitas mulheres um prolongamento do seu papel de esposa, mãe e dona de casa (Cancian & Oliner, 2000; Erickson, 2005). Na relação familiar é identificada a esposa como a primeira parte de assistência no cuidado (De La Cuesta, 1995; Nieto Carrero, 2002) e muitas vezes o único cuidador (Tennsetdt & Mckinlay, 1989).

Na perspetiva de Finley (1989), a menor responsabilidade dos homens no cuidado informal, deve-se ao facto de que o cuidar não faz parte das expectativas do papel social do homem. O cuidado familiar só não é responsabilidade da mulher, quando é necessário os maridos cuidarem das esposas Calasanti (2003).

Os estudos realizados revelam que as mulheres tendem a percecionar maior sobrecarga, mais ansiedade (Yee & Schulz, 2000), mais depressão (O'Neill & Morrow, 2001), mais sobrecarga física, problemas de saúde (O'Neill & Morrow, 2001; Low e Gutmann, 2006), mais baixo nível de satisfação do que os homens (Dofman, 1995) e maiores limitações funcionais (Low e Gutmann, 2006).

Quanto à idade, os vários estudos revelam que a maioria dos cuidadores tem uma média etária entre os 45 e os 60 anos (Figueiredo, 2007). No entanto, é evidente que a idade da pessoa que presta cuidados é influenciada pela idade do recetor de cuidados, ou seja, quanto mais velho for o idoso dependente, mais velho será o cuidador (Figueiredo, 2007).

Joel (2002), refere que nas famílias unigeracionais o cuidado é prestado pelo cônjuge, muitas das vezes é ele próprio produtor e beneficiário de cuidados. Nas famílias multigeracionais o cuidado é habitualmente prestado por uma filha. No que respeita ao estado civil e o estatuto profissional, os casados constituem a maior proporção, daqueles que prestam cuidados e que a acumulação da tarefa de cuidar com uma profissão é pouco frequente na União Europeia (Figueiredo, 2007).

Este estudo de investigação baseou-se na definição das seguintes hipóteses:

- O cuidado informal diminui a qualidade de vida do cuidador;
- A mulher cuidadora tem menor qualidade de vida em relação ao homem cuidador.

METODOLOGIA

Com vista a alcançar os objetivos do estudo, recorreu-se a uma metodologia de natureza quantitativa, de carácter analítico. Quanto ao período de seguimento, é considerado longitudinal, o desenho do estudo previu dois momentos de colheita de dados, um antes ou imediatamente após o início da prestação de cuidados (Avaliação 1) e um outro momento, 2 meses após o início e manutenção dos cuidados, de forma continuada ou interpelada, por curtos períodos de internamento por agudização, da pessoa dependente (Avaliação 2).

A população alvo é constituída pelos cuidadores informais do grande Porto. Para a constituição da amostra optou-se por recorrer aos utentes da área de abrangência dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) Gaia e ACeS Espinho /Gaia. Foi utilizada uma amostra aleatória e representativa. Inicialmente foram identificados 158 cuidadores informais que reuniam os critérios de inclusão previamente definidos. Fixamos a amostra final com os 82 cuidadores que completaram as duas avaliações.

Definiram-se como objetivos específicos deste estudo:

- Caracterizar sócio – demograficamente os cuidadores informais da área de abrangência dos ACeS Gaia e ACeS Espinho/Gaia;
- Avaliar o impacto do cuidado informal na qualidade de vida do cuidador;
- Verificar se os prestadores de cuidados do sexo feminino têm menor qualidade de vida;

Neste estudo, relativamente aos cuidadores informais, enumeraram-se as seguintes variáveis independentes:

Idade; Género; Grau de Parentesco. A variável dependente, neste estudo, é a qualidade de vida dos cuidadores informais a pessoas dependentes, em contexto domiciliário. Sendo considerada como um constructo latente apenas pode ser medido de forma indireta através de indicadores, representado um constructo multidimensional (Vaz Serra, Canavarro, Simões, et. al., 2006). O questionário foi considerado o método mais indicado para a recolha de dados. Este formulário foi constituído por duas partes, uma para caracterização sociodemográfica e pela escala da Qualidade de Vida WHOQOL – Bref. Cumpridos os princípios que regem a conduta ética em investigação, procedeu-se à colheita de dados em contexto domiciliário, em função da disponibilidade dos sujeitos e estendeu-se por um período de três meses compreendidos entre julho e setembro de 2012. A primeira avaliação realizou-se entre os dois dias anteriores ao início dos cuidados e o dia da receção da pessoa dependente no domicílio. A segunda avaliação realizou-se após dois meses de permanência como cuidador informal.

ANÁLISE

Os dados obtidos, através da aplicação do instrumento de recolha de dados, foram tratados informaticamente, recorrendo ao programa de tratamento estatístico *Statiscal Package for the Social Sciences (SPSS)*, na versão 20.

A fiabilidade da escala foi realizada com os primeiros 68 inquiridos tendo obtido um Coeficiente de Alfa de Cronbach 0,933. Para a estatística descritiva foram usadas: frequências, medidas de tendência central (média e mediana), medidas de dispersão (amplitude, desvio padrão).

Para a análise inferencial foram utilizados testes paramétricos e não paramétricos em virtude de algumas variáveis não apresentarem distribuição normal ou apresentarem valores de frequência muito baixos. Salienta-se que nos testes estatísticos foi considerado o valor 0,05 como nível de significância.

RESULTADOS

Pela análise descritiva dos dados, numa amostra de 82 inquiridos, verificou-se que relativamente à idade, os cuidadores informais situam-se em maior percentagem na classe etária dos 45 – 60 anos com 36,6% (n=30), seguido pela classe etária dos 60 – 75 anos com 34,1% (n=28) a classe etária ≥ 75 anos com 19,5% (n=16) que contrasta com 9,8% (n=8) de cuidadores com idade ≤ 45 anos.

No que respeita ao género destaca-se a predominância com 85,4% (n=70) do sexo feminino salienta-se os 14,6% (n=12) do sexo masculino. No tipo de relação com a pessoa dependente evidencia-se os 96,3% (n=79) de cuidadores informais identificados com familiares diretos da pessoa dependente. Dentro destes, a maioria 53,7% (n=44) são cônjuges, seguidos pelos filhos com 35,3% (n=29) e em menor escala temos os outros 6,1% (n=5) (sobrinhos, mãe, genros/ noras) e apenas 1,2% tem relação familiar de irmão. resultados obtidos neste estudo nas variáveis estado civil e relação com a pessoa dependente em que 53,7% dos cuidadores informais são marido/mulher da pessoa dependente e 36,7% são filho/filha da pessoa dependente.

Ao observar a Tabela 1 verificamos que os resultados apresentados revelam que o cuidado informal diminui significativamente a qualidade de vida do cuidador ($p < 0,001$).

Tabela 1. Qualidade de vida e o cuidado informal

	n	Média	dp	p
Qualidade de vida				<0,001*
Pontuação total (Avaliação1)	82	3,44	0,56	
Pontuação total (Avaliação2)	82	2,98	0,60	

Legenda: * **Teste t-student**

Na Tabela 2 podemos constatar que na avaliação1, verificou-se que os indivíduos do sexo feminino têm menor qualidade de vida que os inquiridos do sexo masculino $p=0,01$. Na avaliação 2, podemos observar que não existem evidências estatisticamente significativas para afirmar que a mulher cuidadora tem menor qualidade de vida que os homens cuidadores obtendo $p > 0,05$. Analisando os resultados obtidos nos dois testes realizados sentiu-se a necessidade de criar a variável Diferença na qualidade de vida (Pontuação total 2 – Pontuação total 1) e proceder à realização de um teste Mann – Whitney à variável diferença na qualidade de vida, com a variável grupo Género, permitindo concluir que o impacto do cuidado informal na qualidade de vida do cuidador é maior no homem que na mulher cuidadora ($p=0,036$).

Tabela 2. Qualidade de vida de acordo com o Género – Avaliação 1, Avaliação 2 e diferença na qualidade de vida de acordo com o sexo

	n	Mediana	Percentis		p
			25	75	
Género (Avaliação 1)					
Feminino	70	0,16	0,00	0,31	0,036 [¥]
Masculino	12	0,27	0,13	0,41	
Género (Avaliação 2)					
Feminino	70	3,06	2,42	3,37	0,88 [¥]
Masculino	12	3,37	2,61	3,53	
Género (Avaliação 1 – Avaliação 2)					
Feminino	70	0,16	0,00	0,31	0,036 [¥]
Masculino	12	0,27	0,13	0,41	

Legenda: [¥] **Mann-whitney**

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitem concluir que o cuidador informal situa-se numa faixa etária elevada onde se salientam 19,5% de cuidadores com mais de 75 anos estes dados vão de encontro aos estudos apresentados (Figueiredo, 2007) enfatizando o fenómeno da transição demográfica. Ficou patente neste estudo que o cuidado informal diminui significativamente a qualidade de vida do cuidador e que embora este se mantenha como uma função inerente à condição feminina, que corrobora os estudos referenciados de Erikson (2005) e Calasanti

(2003), neste estudo, contrariamente à bibliografia referenciada e ao que era expectável, não se verificou que as mulheres cuidadoras têm menor qualidade de vida que o homem cuidador. No entanto, verificou-se que o impacto do cuidado informal, na qualidade de vida, é maior no sexo masculino. Estes resultados podem estar relacionados com os estudos realizados por Finley (1989), uma vez que o cuidado informal não faz parte das expectativas do papel social do homem.

Este conhecimento tem relevância para a melhor compreensão do impacto do cuidado informal na qualidade de vida do cuidador, no entanto carece de estudos que ajudem a clarificar a diferença do impacto em relação ao género.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Calasanti, T. (2003). Masculinities and care work in old age, In D. Arber & J. Gin, *Gender and aging: changing roles and relationships*. Philadelphia: Open University Press.
- Cancian, F. M. & Olicker, S. J. (2000). *Caring and gender*. London: Sage.
- De La Cuesta, C. (1995). Familia y salud. *Revista ROL de Enfermería*, 18(203), 21-24.
- Del Rey, C. & Mazarrasa Alvear, L. (2000). La familia e la classe social, In A. Sanchez Moreno, V. Aparício Ramon, C. German Bes, L. Mazarrasa Alvear A, Merelles Tormo & A. Sánchez García, *Concepto de salud y factores que la condicionan* (pp. 303-317). Madrid: McGraw-Hill.
- Dorfman, L.T. (1995). Health conditions and perceived quality of life. *Health and Social Work*, 20, 192-199.
- Erickson, R.J. (2005). Why emotion work matters: sex, gender, and the division of household labour. *Journal of Marriage and Family*, 67(1), 337-351.
- Figueiredo, D. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com ou sem demência*. Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Finley, N. J. (1989). Theories of family labour as applied to gender differences in caregiving for elderly parents. *Journal of Marriage and the Family*, 51(2), 79-86.
- Jamuna, D. (1997). Stress dimensions among caregivers of the elderly. *Indian Journal of Medical Research*, 106, 381-388.
- Joël, M.-È. (2002). L'émergence du problème des aidants, In A. Colvez, M.-È. Joël e D. Mishlich (eds.), *La maladie d'Alzheimer: quelle place pour les aidants?* (pp. 53-62). Paris: Masson.
- Lage, I.I. (2005). Saúde do Idoso: Aproximação ao seu estado de saúde. *Nursing*, (195), 8-12.
- Low, G. & Gutman, G. (2006). Examining The role of Gender in Health- Related Quality of Life. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(11), 42-49.
- Martín, I. (2005). O Cuidado Informal no Âmbito Social, In Paúl, C. & Fonseca, A. M., *Envelhecer em Portugal* (pp. 180-201). Lisboa: Climepsi.
- Nieto Carrero, M. (2002). *Ante la enfermedad de Alzheimer: pistas para cuidadores y familiares*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- O'Neil, E.S. & Marrow, L.L. (2001). The Symptom experience of women with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 257-268.
- Tennstedt, S. & McKinlay, J. (1989). Informal care for frail elders: the role of secondary caregivers.
- Vaz Serra, A., & et al. (2006). Estudos psicométricos dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref.) para portugueses de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- The Gerontologist*, 29(5), 677-683.
- Yee, J. L. & Schulz, R. (2000). Gender Differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *The Gerontologist*. 40, 147-164.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria João Mar Pereira Cunha, ARS Norte, mmmar6@gmail.com

Perceção da Qualidade de Vida da Pessoa Idosa Institucionalizada no Concelho de Vila Real

Helena Pereira¹, Maria João Monteiro², & Vítor Rodrigues³

1. ACES Douro 1 – Marão e Douro Norte, helenampereira@hotmail.com

2. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro - ESEnfVR/CIDESD, mjmonteiro@utad.pt

3. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro - ESEnfVR/CIDESD, vmcpr@utad.pt

Resumo

Nas últimas décadas, o aumento da longevidade ficou a dever-se essencialmente aos progressos das ciências da saúde e à melhoria das condições sociais, deixando prever um cenário demográfico que requer respostas integradas capazes de incorporar as especificidades do envelhecimento e de garantir a sua expressão mais sublime – envelhecer com qualidade e dignidade. O presente estudo, de carácter empírico não experimental, inscrito num paradigma quantitativo, pretende conhecer a perceção sobre a qualidade de vida dos idosos institucionalizados no concelho de Vila Real. Fizeram parte da amostra 126 idosos, com uma média de idades de 81 anos, sendo a maioria (63,5%) viúva. No que diz respeito ao nível de dependência para a realização de Atividades Básicas de Vida Diária, 29,4% dos idosos são completamente independentes em todas as atividades, e 54% apresenta uma “dependência leve”. Relativamente à perceção da Qualidade de Vida, os dados permitem constatar que a Qualidade de Vida Global e o domínio psicológico apresentam uma média mais elevada (60,0) e o domínio ambiental apresenta a média mais baixa (55,8). Os resultados deste estudo permitem dizer que os idosos deveriam ser motivados para a procura de interesses próprios e promotores do seu envolvimento pessoal e, por outro lado, as instituições deveriam fomentar a adesão dos idosos em atividades diferentes das habituais.

Palavras-chave: idosos; qualidade de vida; institucionalização

Resumen

En las últimas décadas, el aumento de la longevidad fue debido principalmente a desarrollos en ciencias de la salud y a la mejora de las condiciones sociales, dejando un escenario demográfico que requiere respuestas integradas capaces de incorporar las características de envejecimiento y garantizar su expresión más sublime - el envejecimiento con calidad y dignidad. El presente estudio de carácter empírico, registrado en un paradigma cuantitativo no experimental, desea saber la calidad de vida de pacientes ancianos en el municipio de Vila Real. La muestra fue constituida por 126 ancianos, con un promedio de edad de 81 años, con la viuda de mayoría (63.5%). En relación con el nivel de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, 29.4% de los ancianos son completamente independientes en todas las actividades, y 54% cuenta con una “dependencia pequeño”. En lo referente a la calidad de vida, los datos compruebe la calidad de vida Global y el dominio psicológico tienen un promedio más alto (60.0) y el dominio ambiental presenta el promedio más bajo (55,8). Los resultados de este estudio dicen que los ancianos deben ser motivadas para buscar su propio interés y promotores de su compromiso personal y, por otra parte, las instituciones deben alentar a las personas de edad a participar en actividades distintas de la habitual.

Palabras clave: ancianos; calidad de vida; institucionalización

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é um fenómeno à escala mundial, apesar de se desenvolver a ritmos diferentes nos diversos continentes. Em Portugal, estas alterações profundas na população ocorreram fundamentalmente nas décadas mais recentes, e aconteceram a “um ritmo marcadamente acelerado..., condicionado pela rapidez com que baixaram os níveis de mortalidade e de fecundidade” (Rosa, 2012, p.27). Nos anos oitenta, Portugal tinha a população menos envelhecida que a média europeia, e atualmente é considerado um dos países mais envelhecidos do mundo.

Em Portugal, a idade média da população passou de 26 anos, em 1950, para 38 anos, em 2000, e para 41 anos, em 2010, prevendo-se que em 2050 a idade média da população possa chegar aos 50 anos (Rosa, 2012). Atualmente, a taxa da população com 65 ou mais anos é de 19,1%, o que corresponde a 1.949.557 pessoas (INE, 2012).

Tendo em conta o envelhecimento da população, e atendendo ao contexto da sociedade atual com as consequentes mudanças nas dinâmicas familiares, as famílias deixaram de ter capacidade para cuidar dos seus idosos (Jacob, 2006).

Os lares para idosos surgem como uma das respostas sociais possíveis para colmatar esta situação, dado que disponibilizam aos idosos não só alojamento mas também diferentes tipos de serviços, que vão desde o fornecimento de refeições até à organização de atividades de ocupação dos tempos livres (DGSSFC, 2006).

O ambiente institucional deverá constituir um estímulo, de forma a proporcionar um conjunto de experiências que permitam ao idoso manter-se ativo, objetivando que o processo de envelhecimento possa ser, de alguma forma, retardado, tendo como finalidade uma melhoria da Qualidade de Vida (Walker, 2005). Tendo sempre presente que a complexidade do conceito de Qualidade de vida impõe que seja feita uma interpretação de âmbito multidisciplinar e multidimensional. Para alguns autores (Neri, 2004; Ramos, 2001; Squire, 2005), a QV, para além de estar intimamente ligada à saúde, abarca outros aspetos da vida da pessoa, como por exemplo, as relações familiares, o trabalho, a situação económica, a educação, a autoestima, a confiança e o reconhecimento dos seus pares. Apesar das diversas definições encontradas sobre esta temática, parece que é na multidimensionalidade do conceito que envolve as componentes objetivas (funcionalidade, competência cognitiva e interação com o meio) e as subjetivas (sentimentos de satisfação e perceção sobre a sua saúde), que se situa o ponto de concordância.

Esta investigação teve como objetivo caracterizar a população idosa institucionalizada, em função de variáveis sociodemográficas, nível de dependência para as atividades básicas da vida diária e qualidade de vida, no domínio físico, psicológico, social e ambiental.

METODOLOGIA

Este é um estudo do tipo descritivo-correlacional e transversal. A população deste estudo seria constituída por todos os idosos institucionalizados residentes em lares do concelho de Vila Real. Neste concelho existem 8 lares para idosos considerados como resposta social reconhecida pela segurança social, com capacidade total para 284 idosos. Dado que uma instituição com um total de 32 idosos não validou a possibilidade da sua participação, a população ficou constituída por 252 idosos institucionalizados em 7 lares para idosos. Atendendo às características da população em estudo e aos condicionantes relacionados com a saúde, a amostra dos idosos que fizeram parte do estudo ficou constituída por 126 indivíduos, dos quais 82 são do sexo feminino e 44 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 61 e os 94 anos. Na recolha de dados utilizaram-se 3 instrumentos: i) um questionário para caracterização sociodemográfica da população em estudo; ii) a escala de perceção da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref -WHOQOL Group, 1994; versão portuguesa de Canavarro et al., 2006); III) Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa de Póvoa & Martín, 2010). O Mini Exame do Estado Mental serviu como critério de exclusão para a participação na investigação.

Foi solicitada autorização aos responsáveis de cada um dos lares do concelho de Vila Real, no sentido da aplicação do questionário aos utentes idosos institucionalizados. A recolha dos dados efetuou-se no período

compreendido entre março e maio de 2012, nas instalações dos respetivos lares em que o idoso estava institucionalizado. De forma a evitar viés, quer de interpretação quer de memória, a aplicação do instrumento foi realizada sempre pela investigadora. Realçar, também que cada questionário foi acompanhado de uma declaração de consentimento informado.

ANÁLISE

Para o tratamento estatístico dos dados, recorreremos ao *software* informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.0.

RESULTADOS

Através da análise da tabela 1, pode constatar-se que a população era constituída por 126 idosos, institucionalizados em 7 lares, existindo uma predominância do sexo feminino (65,1%) em relação ao sexo masculino (34,9%). A maioria dos idosos são viúvos (63,5%) sendo que 47,6% dos idosos não frequentou o ensino formal ou não completou o 1º ciclo do ensino básico. No que concerne à institucionalização, 58,7% dos idosos mencionou que a iniciativa da instituição partiu deles e o motivo que referem como sendo o mais preponderante para a institucionalização, é o facto de se sentirem sós (45,2%),

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica

		Nº	%
Sexo	Feminino	82	65,1
	Masculino	44	34,9
Grupo Etário	61-70	19	15,1
	71-80	33	26,2
	81-90	64	50,8
	91-100	10	7,9
Estado Civil	Solteiro	29	23
	Casado	13	10,3
	Divorciado/Separado	4	3,2
	Viúvo	80	63,5
Escolaridade	Analfabeto/não completou 1º ciclo	60	47,6
	Ensino Básico 1º ciclo	40	31,7
	Ensino Básico 2º ciclo	6	4,8
	Ensino Básico 3º ciclo	9	7,1
	Secundário	5	4,0
	Ensino Superior	6	4,8
Motivo da institucionalização	Viver sozinho/Solidão	57	45,2
	Pouca disponibilidade dos familiares	38	30,2
	Companhia ao cônjuge	9	7,1
	Doença/Incapacidade	13	10,3
	Outros	9	7,1
Iniciativa da institucionalização	Próprio	74	58,9
	Familiares	50	39,7
	Assistente social	2	1,6

Da observação da tabela 2, podemos referir que no que diz respeito às dez atividades de vida diária, aquelas em que os idosos apresentavam maior independência são, em primeiro, o controlo intestinal (90,5%), em segundo, a alimentação e a higiene pessoal (85,7%), simultaneamente, e em terceiro, a mobilidade (81,0%). Verificou-se, ainda, que o banho é a atividade em que os idosos são mais dependentes, dado que apenas 29,4% refere tomar banho sozinho e 70,6% admite precisar de ajuda. O subir e descer escadas constitui a segunda atividade em que o nível de dependência é maior, com 19,0% de idosos totalmente dependentes.

Tabela 2 - Caracterização dos idosos institucionalizados por atividades de vida diária

		Nº	%
Alimentação	10 - Independente	108	85,7
	5 - Precisa de ajuda	18	14,3
Transferência	15 - Independente	92	73,0
	10 - Precisa de alguma ajuda	13	10,3
	5 - Necessita de ajuda de outra pessoa, mas consegue sentar-se	18	14,3
	0 - Dependente	3	2,4
Higiene Pessoal	5 - Independente	108	85,7
	0 - Dependente	18	14,3
Utilização da casa de banho	10 - Independente	94	74,6
	5 - Precisa de alguma ajuda	22	17,5
	0 - Dependente	10	7,9
Banho	5 - Toma banho sozinho	37	29,4
	0 - Dependente	89	70,6
Mobilidade	15 - Caminha 50 m sem ajuda ou supervisão	102	81,0
	10 - Caminha menos de 50m com ajuda de outra pessoa	4	3,2
	5 - Independente em cadeira de rodas	6	4,8
	0 - Imóvel ou caminha menos de 50m	14	11,1
Subir e descer escadas	10 - Independente, com ou sem ajudas técnicas	79	62,7
	5 - Precisa de ajuda ou supervisão	23	18,3
	0 - Dependente	24	19,0
Vestir	10 - Independente	81	64,3
	5 - Precisa de ajuda	30	23,8
	0 - Dependente	15	11,9
Controlo intestinal	10 - Independente, sem acidentes	114	90,5
	5 - Acidente ocasional (uma vez por semana)	5	4,0
	0 - Incontinente	7	5,6
Controlo urinário	10 - Controla perfeitamente, mesmo algaliado	91	72,2
	5 - Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	23	18,3
	0 - Incontinente	12	9,5

Os resultados obtidos com a análise das respostas à perceção da qualidade de vida estão representados na tabela 3. O resultado mais próximo de 100 representa melhor qualidade de vida. E sendo assim, constatamos que a média da qualidade de vida global é de 60,0 sendo os valores médios por ordem decrescente no domínio psicológico (60,0), no domínio físico (57,5), no domínio social (57,2) e no domínio ambiental (55,8). No domínio psicológico e no domínio ambiental o sexo masculino apresenta valores mais elevados. Também podemos referir que os idosos que consideram a relação com a família “muito boa” têm uma média maior de perceção da qualidade de vida global e em todos os domínios. Referir que os dados encontrados permitem evidenciar uma relação entre o nível de dependência nas atividades de vida diária e a qualidade de vida global e todos os seus domínios, isto é, à medida que o nível de dependência aumenta, diminui a qualidade de vida.

Tabela 3 - Média e desvio padrão dos idosos nos domínios avaliados e QV global

Domínio	Média	Desvio padrão
Domínio Global	60,0	15,5
Domínio Físico	57,5	17,9
Domínio Psicológico	60,0	14,2
Domínio Social	57,2	10,1
Domínio Ambiental	55,8	9,5

CONCLUSÃO

Através da presente investigação verificou-se que: os idosos com mais escolaridade, com rendimento mensal mais elevado e com uma melhor relação com a família evidenciaram melhor percepção da QV; o sexo masculino apresentou melhor percepção da QV global e nos domínios psicológico e ambiental; Existe uma correlação estatisticamente significativa entre a QV global e em todos os seus domínios e o nível de dependência para a realização das ABVD, sendo que o domínio físico foi o que apresentou a correlação mais elevada ($r=0,761$)

Partindo das conclusões deste estudo, e conscientes das suas limitações relativas ao tamanho da amostra e das particularidades geográficas onde decorreu, o nosso contributo passará por neste momento sistematizar algumas sugestões que possam potenciar uma melhoria na qualidade de vida dos idosos institucionalizados, tendo em conta que em cada idoso se inscreve uma história de vida peculiar. Neste sentido, deveriam ser motivados para a procura de interesses próprios que, eventualmente, poderão ser divergentes da maioria institucionalizada, mas sem dúvida mais promotores do seu envolvimento pessoal. As instituições deveriam ser facilitadoras do desenvolvimento ativo do conjunto dos seus membros, tendo em conta as diferentes personalidades, que resultam nomeadamente do ambiente, da educação e das vivências individuais. A motivação decorrente do sentir de cada um poderia ser facilitadora para a adesão do grupo major, pela diversificação de atividades que em complementaridade não decorrem da norma, não se excluem, mas complementam-se.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Canavarro, M., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M., Quintais, L., Quartilho, M., Rijo, D., Carona, C., Gameiro, S., & Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 15-23.
- Direção Geral da Segurança Social, da Família e da Criança. (2006). *Respostas sociais: Nomenclaturas/conceitos*. Lisboa: Ministério do Trabalho e Solidariedade Social.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos 2011: Resultados provisórios*. Lisboa: Autor. Recuperado de: www.ine.pt
- Jacob, L. (2006). *Socialgest*. Recuperado em 11 junho, 2012, de www.socialgest.pt.
- Neri, A.L. (2004). Qualidade de vida na velhice: In J.R. Rebelatto & J.G.S. Morreli, *Fisioterapia geriátrica: A prática da assistência ao idoso* (pp. 1-36). São Paulo: Manole.
- Póvoa, V., & Martín, I. (2010). *Índice de Barthel* [Manuscrito não publicado]. Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos do Porto, Portugal.
- Ramos, H.V. (2001). Qualidade de vida e envelhecimento. In L. Archer, J. Biscuais, W. Osswald & M. Renaud (Coords.), *Novos desafios à bioética* (pp. 225-231). Porto: Porto Editora.

Rosa, M.J.V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Ensaios da Fundação.

Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas*. Loures: Lusociência.

Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*. 2(1), 2-12

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Helena Pereira, ACES Douro 1-Marão e Douro Norte, helenampereira@hotmail.com

A Qualidade de Vida (QdV) de quem cuida no domicílio depois dos 50 anos: análise da realidade portuguesa.

Fátima Barbosa¹, Alice Delerue Matos¹

1. Universidade do Minho, Centro de Investigação em Ciências Sociais

Resumo:

A prestação de cuidados informais no domicílio, por indivíduos de idades avançadas, adquiriu uma dimensão e importância sem precedentes na sociedade portuguesa, em consequência, nomeadamente, das alterações sócio-demográficas registadas. Recorrendo a uma análise de regressão linear múltipla, procurou-se compreender em que medida a prestação de cuidados domiciliários em Portugal, por indivíduos de 50 e mais anos, condiciona a Qualidade de Vida (QdV) daqueles que a asseguram. A partir dos dados do projeto europeu SHARE – vaga 4, concluiu-se que existem diferenças significativas entre cuidadores domiciliários e não cuidadores e que a prestação de cuidados reduz a QdV dos idosos que os garantem. Estes resultados apontam para a necessidade de criar respostas sociais e de saúde dirigidas a estes indivíduos.

Resumen:

La prestación de cuidados informales en el domicilio por parte de individuos de edades avanzadas ha adquirido una dimensión e importancia sin precedentes en la sociedad portuguesa como consecuencia de las alteraciones demográficas producidas. Mediante análisis de regresión lineal múltiple se analiza en qué medida la prestación de cuidados en el domicilio por parte de individuos de 50 o más años influye sobre su calidad de vida. De estos datos derivados del proyecto europeo SHARE- cuarta ronda- se concluye que existen diferencias significativas entre cuidadores domiciliarios y no cuidadores en el sentido de que la prestación de cuidados reduce la calidad de vida de los mayores que los prestan. Los resultados apuntan la necesidad de dar respuestas tanto sociales como de salud dirigidas a este colectivo.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Cuidadores informais; Domicílio; Idosos.

INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa e muito idosa, tanto em número absoluto como relativo, constitui um importante desafio (Tarricone & Tsouros, 2008; European Commission, 2012) para as sociedades que são impelidas a dar resposta às necessidades de um número crescente de indivíduos em idades avançadas que apresentam incapacidades. O apoio a estes idosos recaía tradicionalmente na família e, em particular, nas mulheres mas, a sua integração no mercado de trabalho impede ou dificulta que continuem a assegurar o apoio aos idosos (Esping-Andersen, 2008). As políticas de promoção do “ageing in place” (OCDE, 2005) que contrariam a

institucionalização, por um lado, e a pressão do Estado para que as famílias assumam a responsabilidade dos cuidados aos indivíduos dependentes (Oudijk, Woittiez & Boer, 2011), por outro lado, fazem incidir sobre os mais velhos, a responsabilidade de assegurar estas tarefas. Estes indivíduos passaram a constituir um recurso importante na prestação de cuidados informais domiciliários (Ekwall, Sivberg & Hallberg, 2005; Glendinning et al., 2009:75).

A prestação de cuidados domiciliários é considerada uma atividade com grande impacto económico, social e de saúde (física e mental) na vida dos cuidadores domiciliários (Mentzakis, McNamee & Ryan, 2009:284; Piquart & Sørensen, 2007; De Koker, 2009). No contexto europeu, a prestação de cuidados informais no domicílio é sobretudo expressiva nos países do sul da Europa, que apresentam estruturas de apoio formal pouco desenvolvidas (Brandt, Haberkern & Szydlik, 2009). Quando comparados com os cuidadores informais não domiciliários, aqueles que prestam cuidados no próprio domicílio têm a seu cargo situações com graus de dependência mais elevados, tarefas emocionalmente mais desgastantes e que exigem trabalho intensivo (Brandt, Haberkern & Szydlik, 2009; De Koker, 2009; Glendinning et al., 2009:75). No entanto, o desempenho destas tarefas pode ter um impacto diverso na QdV dos cuidadores informais idosos. Netuveli, Wiggins, Hildon, Montgomery & Blane (2006:360) constataram que a prestação de cuidados domiciliários realizada por indivíduos com 50 e mais anos reduz significativamente a QdV dos cuidadores. Resultados idênticos são obtidos noutras pesquisas (Ross, Lloyd, Weinhardt & Cheshire, 2008; Rösler-Schidlack, Stummer & Ostermann, 2011), enquanto Ekwall, Sivberg & Hallberg (2005) concluíram, ao invés, que os cuidadores informais idosos com 75 e mais anos possuem maior QdV que os não cuidadores do mesmo grupo etário. Finalmente, Hubley, Hemingway & Michalos (2003) concluíram que não existem diferenças significativas entre a QdV dos cuidadores informais de 65 e mais anos e a dos não cuidadores com a mesma idade.

Estes resultados contraditórios levaram-nos a aprofundar, neste estudo, a análise do impacto da prestação de cuidados informais na QdV dos cuidadores de 50 e mais anos. A análise incide sobre Portugal, o país que apresenta a maior percentagem de cuidadores domiciliários com idade igual ou superior a 50 anos (12,4%), no conjunto dos países que participam no projeto SHARE.

METODOLOGIA

Este trabalho baseia-se na informação recolhida em Portugal em 2010-2011, no âmbito do projeto europeu SHARE (vaga 4, versão 1). A amostra utilizada é constituída por indivíduos de 50 e mais anos pertencentes aos seguintes grupos: (1) cuidadores no domicílio, ou seja, indivíduos que, nos últimos 12 meses, prestaram assistência com regularidade (todos os dias ou quase todos os dias), ajudando um ou mais indivíduos nos cuidados pessoais (ex: a levantar-se da cama, lavar-se ou vestir-se) (N = 200); (2) não cuidadores domiciliários, ou seja, indivíduos que declararam não prestar cuidados no domicílio (N=1555). Num primeiro momento avaliaram-se as diferenças entre os dois grupos recorrendo ao teste t e Qui Quadrado e num segundo momento realizou-se uma regressão linear com o objetivo de perceber se a prestação de cuidados domiciliários se assume como preditor de QdV. Para a realização das análises estatísticas descritiva e inferencial recorreu-se ao software SPSS (versão 21).

ANÁLISE

Neste estudo, a QdV é avaliada pela escala CASP-12, versão curta do CASP-19 (Hyde, Wiggins, Higgs & Blane, 2003) que compreende quatro domínios: Controlo, Autonomia, Auto-realização e Prazer. Esta escala de QdV valoriza atitudes e comportamentos proactivos e reflexivos dos indivíduos e considera que as necessidades humanas constituem pré-requisitos da participação dos indivíduos na sociedade. Cada domínio é definido em função da resposta a três questões que propõem modalidades de resposta apresentadas numa escala de Likert ascendente: muitas vezes; algumas vezes, raramente e nunca. A pontuação total da escala CASP-12 varia entre 12 a 48 pontos correspondendo às pontuações mais elevadas, uma maior QdV. O modelo de análise assume como variáveis explicativas a prestação de cuidados no domicílio, as características sociodemográficas e económicas dos indivíduos (idade, género, escolaridade avaliada segundo o ISCED-97, e *stress* financeiro), a saúde física (número de doenças crónicas e limitações nas atividades de vida diária), a saúde mental (depressão medida pela escala Euro-D, e memória), saúde comportamental (inatividade física) e as relações sociais (número de atividades sociais e número de pessoas emocionalmente próximas ou muito próximas).

RESULTADOS

Cuidadores e não cuidadores domiciliários apresentam diferenças significativas de QdV (tabela 1), apresentando os indivíduos que apoiam outras pessoas no próprio domicílio menor QdV do que aqueles que não cuidam em casa (30,4 e 32,4 pontos, respetivamente). Os dois grupos distinguem-se ainda em termos de idade, dimensão dos agregados familiares, limitações no desempenho das atividades da vida diária, nível de *stress* financeiro e sintomas depressivos. Com efeito, os cuidadores são indivíduos mais velhos (67,5 contra 65,2 anos), pertencem a agregados familiares mais numerosos (3,02 contra 2,80 pessoas), possuem maiores limitações na realização das atividades de vida diária (30,8% dos cuidadores e 11,6% dos não cuidadores possuem este tipo de limitações) e apresentam mais sintomas depressivos (37,2% dos cuidadores contra 31,6% dos não cuidadores apresentam 4 ou mais sintomas depressivos). Estes resultados são corroborados, nomeadamente, pelos estudos de Ekwall, Sivberg & Hallberg (2005), Gallagher-Thompson et al. (2006), Colombo, Llena-Nozal, Mercier & Tjadens (2011) Evans, Belyea, Coon e Ume (2012) e Herrera et al. (2013). Ao invés, o nível de *stress* financeiro dos cuidadores é menor do que o apresentado pelos não cuidadores (44,2% contra 57,2% dos indivíduos afirmam ter dificuldades ou muitas dificuldades em pagar as despesas mensais). Finalmente, sublinha-se que não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos quanto ao género, escolaridade, doenças crónicas, inatividade física, memória, número de atividades sociais desenvolvidas e número de pessoas da rede social consideradas próximas ou muito próximas afetivamente.

Tabela 1. Características dos cuidadores domiciliários e dos não cuidadores domiciliários

	Cuidadores domiciliários (N=200)	Não cuidadores domiciliários (N=1555)	p value	x² / t
Qualidade de Vida CASP-12, média (dp)	30,4 (5,307)	32,4 (4,670)	0,037	4,370
Género (%)				
Feminino	62,5	51,4	0,088	0,767
Idade, média (dp) anos	67,5 (10,843)	65,23 (10,121)	0,031	4,686
Escolaridade (ISCED-97) (%)			0,180	3,432
Baixa	57,1	55,2		
Média	6,4	6,6		
Alta	36,5	38,1		
Stress financeiro (%)			0,044	4,065
Sim	44,2	57,2		
Atividades da vida diária (%)			<0,001	43,022
Uma ou mais limitações	30,8	11,6		
Doenças crónicas, média (dp)			0,265	1,244
Duas ou mais doenças crónicas	49,2	46,6		
Inatividade física (%)			0,952	0,004
Sim	26,2	30,9		
Depressão Euro-D (%)			<0,001	33,685
4 ou mais sintomas	37,2	31,6		
Memória, média (dp)	6,6 (2,874)	7,6 (3,381)	0,551	0,356
Número de Atividades, média (dp)	1,03 (1,449)	0,99 (1,331)	0,517	0,421
Número de pessoas da rede social consideradas próximas ou muito próximas, média (dp)	2,9(1,668)	1,97(1,332)	0,216	1,533
Tamanho do agregado familiar, média (dp)	3,02 (1,199)	2,80(1,177)	0,003	9,067

Fonte: SHARE, Vaga 4, Versão 1, dados ponderados, N= 1755 (N não ponderado).

Os resultados da regressão linear (tabela 2) revelam que, controladas as características sociodemográficas e económicas, de saúde (física, mental e comportamental) e as relações sociais dos indivíduos, a prestação de cuidados informais domiciliários reduz a QdV dos cuidadores (Coeficiente estandardizado=-0,062; p. 0,003). O modelo de regressão explica 33,6 % da variância da QdV, avaliada a partir do CASP-12 ($F(13,1588)=63,349$ p.<0.001). Os resultados obtidos corroboram os estudos que afirmam que a prestação de cuidados informais

se assume como um preditor de menor QDV (Netuveli, Wiggins, Hildon, Montgomery & Blane, 2006; Ross, Lloyd, Weinhardt & Cheshire, 2008; Rösler-Schidlack, Stummer & Ostermann, 2011).

Tabela 2. Resultados da análise de regressão linear

	Coeficientes não estandardizados	IC 95%		Coeficientes estandardizados	p value
		Limite Inferior	Limite Superior		
Constante	36,313	34,281	38,345		<0,001
Género					
Feminino	-,715	-1,138	-,292	-,070	0,001
Idade	-,058	-,083	-,032	-,102	<0,001
Escolaridade (ISCED-97)	-,302	-,547	-,057	-,053	0,016
Stress financeiro					
Sim	2,010	1,549	2,471	,191	<0,001
Atividades da vida diária					
Uma ou mais limitações	-2,300	-2,932	-1,668	-,161	<0,001
Doenças crónicas, média					
Duas ou mais doenças crónicas	-1,014	-1,455	-,573	-,100	<0,001
Inatividade física					
Sim	-,759	-1,287	-,232	,078	0,005
Depressão Euro-D					
4 ou mais sintomas	-2,456	-2,922	-1,990	-,235	<0,001
Memória	,114	,048	,180	,078	0,001
Número de atividades sociais	,360	,207	,513	,105	<0,001
Número de pessoas da rede social consideradas próximas ou muito próximas	,339	,190	,488	,096	<0,001
Tamanho do agregado familiar	-,086	-,287	,114	-,018	0,398
Prestação de cuidados domiciliários					
Sim	-0,976	-1,626	-0,325	-0,062	0,003

Nota: (a) Variável dependente QdV (CASP-12).

Fonte: SHARE, Vaga 4, Versão 1, dados não ponderados, N=1602 (N não ponderado).

A maioria dos estudos que avaliam os efeitos da prestação de cuidados informais na QdV dos indivíduos que os prestam, não distingue o tipo de cuidadores (domiciliários e não domiciliários). Tendo em consideração o aumento da necessidade de cuidados domiciliários (Tarricone & Tsouros, 2008), esta distinção impõe-se uma vez que o impacto da prestação de cuidados no domicílio, sobre o qual incidu esta pesquisa, pode ser distinto daquele que resulta da prestação de cuidados na residência de outrem, assegurada de forma mais pontual e menos prolongada no tempo.

CONCLUSÃO

Os cuidadores domiciliários com idades avançadas têm vindo a adquirir uma importância crescente na sociedade portuguesa. No entanto, a prestação de cuidados domiciliários por indivíduos de 50 e mais anos é preditor de menor QdV, o que aponta para a necessidade de intervenção junto desta população e a criação de políticas oficiais de apoio ao cuidador informal domiciliário, inexistentes em Portugal. A díade cuidador-beneficiário de cuidados pessoais e de saúde deve ser reconhecida como uma “unidade de cuidados” (Fleming et al. 2006:417), onde tanto as necessidades do beneficiário de cuidados, como as do cuidador sejam valorizadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brandt, M., Haberkern, K., & Szydlik, M. (2009). Intergenerational Help and Care in Europe. *European Sociological Review*, 25(5), 585-601.
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies: OECD Publishing.
- De Koker, B. (2009). Socio-demographic determinants of informal caregiving: co-resident versus extra-resident care. *European Journal of Ageing*, 6(1), 3-15.
- Esping-Andersen. (2008). *Trois leçons sur l'État-Providence*. Paris: La République des Idées.
- European Commission (2012). *The 2012 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the 27 Member States (pp. 2010-2060)*. European Commission: Brussels.
- Ekwall, A. K., Sivberg, B., & Hallberg, I. R. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 23-32.
- Evans, B. C., Belyea, M. J., Coon, D. W., & Ume, E. (2012). Activities of daily living in Mexican American caregivers: the key to continuing informal care. *Journal of Family Nursing*, 18(4), 439-466.
- Fleming, D. A., Sheppard, V. B., Mangan, P. A., Taylor, K. L., Tallarico, M., Adams, I., & Ingham, J. (2006). Caregiving at the end of life: Perceptions of health care quality and quality of life among patients and caregivers. *Journal of Pain Symptom Management*, 31, 407-420.
- Gallagher-Thompson, D., Shurgot, G. R., Rider, K., Gray, H. L., McKibbin, C. L., Kraemer, H. C., Thompson, L. W. (2006). Ethnicity, stress, and cortisol function in Hispanic and non-Hispanic white women: A preliminary study of family dementia caregivers and noncaregivers. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 334-342.
- Glendinning, C., Arkey, H., Tjadens, F., Moree, M., Moran, N., & Nies, H. (2009). *Care provision within families and its socio-economic impact on care providers across European Union (pp. 2009-05)*. Research Works. York: University of York.
- Herrera, A. P., Mendez-Luck, C. A., Crist, J. D., Smith, M. L., Warre, R., Ory, M. G., & Markides, K. (2013). Psychosocial and cognitive health differences by caregiver status among older Mexican Americans. *Community Ment Health J*, 49(1), 61-72.
- Hyde, M., R. D. Wiggins, R. D., P. Higgs, P. & Blane, D. B. (2003). A measure of quality of life in early old age: The theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Ageing & Mental Health*, 7(3), 186-194
- Hubley, A. M., Hemingway, D., & Michalos, A. C. (2003). A Comparison of Older Informal Caregivers and Non-Caregivers Living in Non-Metropolitan Areas. *Social Indicators Research*, 61(3), 241-258.
- Mentzakis, E., McNamee, P., & Ryan, M. (2009). Who cares and how much: exploring the determinants of co-residential informal care. *Review of Economics of the Household*, 7(3), 283-303.
- Netuveli, G., Wiggins, R. D., Hildon, Z., Montgomery, S. M., & Blane, D. (2006). Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(4), 357-363.
- OCDE. (2005). *Pour des soins de longue durée de qualité aux personnes âgées*. Paris.
- Oudijk, D., Woittiez, I., & de Boer, A. (2011). More family responsibility, more informal care? The effect of motivation on the giving of informal care by people aged over 50 in the Netherlands compared to other European countries. *Health Policy*, 101(3), 228-235.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 62 (2), 126-P137.

Rösler-Schidlack, B., Stummer, H., & Ostermann, H. (2011). Health-related quality of life of family caregivers—Evidence from Hesse. *Journal of Public Health*, 19(3), 269-280.

Ross, A., Lloyd, J., Weinhardt, M., & Cheshire, H. (2008). *Living and Caring? An investigation of experiences of older carers*. London.

Tarricone, R., & Tsouros, A. D. (2009). *Home Care in Europe: The Solid Facts*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.

CONTACTO PARA CORRESPONDÊNCIA

Fátima Barbosa, Centro de Investigação em Ciências Sociais, fatimacristinasenra@gmail.com

Alice Delerue Matos, Universidade do Minho, adelerue@ics.uminho.pt

Impacto do Papel de Cuidador Informal na Qualidade de Vida e Procura de Cuidados de Saúde

Maria Cunha^{1,2}, Rui Pimenta¹, & Ana Nascimento¹

1. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto (ESTSP)

2. Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte)

Resumo:

Na sociedade atual, de súbito, qualquer cidadão pode ser chamado a desempenhar o papel de cuidador informal. Desta forma a complexidade da tarefa de cuidar é transferida para o cuidador como uma responsabilidade acrescida a incorporar no seu quotidiano. O principal objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da transição para o processo do cuidado informal na qualidade de vida dos cuidadores informais. Para tal procedeu-se à realização de um estudo de natureza quantitativa de carácter analítico com aplicação da escala WHOQOL-Bref a uma amostra de 82 cuidadores informais em dois momentos distintos, o primeiro antes e o segundo 2 meses após o início do processo do cuidado informal. Para proceder à análise inferencial recorreu-se ao teste- t para amostras emparelhadas cujos pressupostos estão assegurados pelo teorema do limite central. Os resultados mostram que o cuidado informal implica uma diminuição significativa na qualidade de vida do cuidador ($p < 0,001$). Constatou-se igualmente que o cuidado informal aumenta o consumo de cuidados de saúde em situações de urgência por parte dos cuidadores informais ($p < 0,001$).

Palavras-chave: Qualidade de vida; Cuidado informal; Dependência; Saúde.

Resumen:

Ser cuidador informal es una función que, de repente, todo ciudadano puede esperar a realizar. Así, la complejidad de la tarea de cuidar se transfiere al cuidador como una responsabilidad añadida de incorporar en su vida diaria. El objetivo principal de este estudio fue evaluar el impacto del proceso de cuidado informal en la calidad de vida de los cuidadores informales. Para esto, se realizó un estudio de carácter analítico cuantitativo con aplicación de la escala WHOQOL-bref en una muestra de 82 cuidadores informales en dos momentos diferentes: antes y 2 meses después del inicio de cuidados informales. Para realizar el análisis inferencial se utilizó el t-test para muestras emparejadas cuyos supuestos son proporcionados por el teorema del límite central. Los resultados muestran que el cuidado informal implica una disminución significativa en la calidad de vida del cuidador ($p < 0,001$). También se constata que el cuidado informal aumenta el consumo de cuidados de la salud en situaciones de emergencia ($p < 0,001$).

Palavras-chave: Calidad de vida; cuidado informal; la dependencia; la Salud.

INTRODUÇÃO

Em Portugal, paralelamente a todas as reformas observadas a nível de Cuidados de Saúde Primários (CSP) e cuidados hospitalares, surgiu uma preocupação acrescida em relação às necessidades de cuidados de saúde do cidadão, devido ao facto de se ter progressivamente uma população mais idosa e uma maior incidência e prevalência de doenças crónicas.

De forma a dar resposta a este problema e através de uma parceria entre os Ministérios de Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social foi criado um modelo organizacional, ao qual pertencem várias instituições que se encontra a um nível intermédio entre os cuidados de saúde e de apoio social e entre os cuidados ao nível comunitário e dos de internamento hospitalar. Assim foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em 2006 (Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho). Estas políticas adotam medidas tendentes à desinstitucionalização ou pelo menos a uma institucionalização mais tardia e só quando efetivamente necessária. A família surge como elemento importante de solução e o cuidado fica assim dividido entre a família e o Estado. Segundo (Garcia Roca, 1994; De la Cuesta, 1995; Bomar, 1996; Hanson, 2001), pode-se afirmar que situações familiares mais problemáticas, combinadas com ausência ou insuficiência de apoios, são fatores de crescimento e suscetibilidade/risco à doença, tanto física como psíquica. Perante o exposto e apesar das vantagens do cuidado domiciliário apontadas a nível económico e para o próprio doente, não se pode descorar o impacto do processo do cuidar na qualidade de vida do cuidador informal. Apesar da diversidade das respostas apresentadas, por cada cuidador à sua situação em particular, investigadores associam à emergente categoria dos cuidadores informais o aparecimento de novos problemas de saúde, sociais e profissionais que fazem deste grupo de pessoas, grupos de risco, apresentando uma morbilidade superior à de indivíduos da mesma faixa etária mas não expostos à sobrecarga dos cuidados (Brito, 2002). Archobold (2005) refere que alguns dos cuidadores identificados são eles próprios idosos e doentes, o que os coloca numa situação classificada como “ situação de cuidado mutuo”. McGarry e Artur (2001) afirmam que o risco de mobilidade nos cuidadores advém da sua própria idade e dos problemas de saúde com que eles próprios se debatem. Diversos estudos apontam como efeitos negativos do cuidado informal, na saúde do cuidador informal, o aumento dos níveis de depressão, ansiedade e perceção de fraca saúde (Ory, Lee, Tennstedt & Schulz, 2000; Nieto Carrero, 2002).

No que respeita à atual conjuntura económica, período de crise, esta pode influenciar os padrões de comportamentos de saúde e prevenção da doença (Health in times of global economic crisis, Who- Euro, 2009). Na perspetiva do Sistema de Saúde podem esperar-se alterações de comportamentos de entre os quais a diminuição da utilização dos serviços de saúde taxados, com aumento de recorrência ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) subsidiado e sem custos diretos.

O propósito deste trabalho é, fundamentalmente, identificar qual o impacto do cuidado, à pessoa dependente, na qualidade de vida do cuidador informal, de forma a promover intervenções adequadas à manutenção e promoção da qualidade de vida de todos os envolvidos no processo do cuidado informal.

Desta forma a questão de investigação que suscitou preocupação e desejo de pesquisa foi:

“O impacto do papel de cuidador informal na qualidade de vida e procura de cuidados de saúde.”

Este estudo de investigação baseou-se na definição das seguintes hipóteses:

- O cuidado domiciliário diminui a qualidade de vida dos cuidadores informais;
- O cuidado informal induz a procura de cuidados de saúde em situações de urgência, por parte do cuidador.

METODOLOGIA

Com vista a alcançar os objetivos do estudo, recorreu-se a uma metodologia de natureza quantitativa, de carácter analítico. Quanto ao período de seguimento, é considerado longitudinal, o desenho do estudo previu dois momentos de colheita de dados, um antes ou imediatamente após o início da prestação de cuidados (Avaliação 1) e um outro momento, 2 meses após o início e manutenção dos cuidados, de forma continuada

ou interpelada, por curtos períodos de internamento por agudização, da pessoa dependente (Avaliação 2). A população alvo é constituída pelos cuidadores informais do grande Porto. Para a constituição da amostra optou-se por recorrer aos utentes da área de abrangência dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) Gaia e ACeS Espinho /Gaia. Foi utilizada uma amostra aleatória e representativa. Inicialmente foram identificados 158 cuidadores que reuniam os critérios de inclusão previamente definidos. Fixamos a amostra final com os 82 cuidadores que completaram as duas avaliações.

Definiram-se como objetivos específicos deste estudo:

- Caracterizar sócio – demograficamente os cuidadores informais da área de abrangência dos ACeS Gaia e ACeS Espinho/Gaia;
- Avaliar o impacto dos cuidados informais na qualidade de vida dos cuidadores;
- Verificar se o início do processo de cuidados altera os hábitos de procura de cuidados de saúde por parte dos cuidadores informais.

Neste estudo, relativamente aos cuidadores informais, enumeraram-se as seguintes variáveis independentes: Idade; Existência de Doença; Patologia ou Incapacidade Existente; Tempo de Instalação da Patologia; Procura de Cuidados de Saúde. A variável dependente, neste estudo, é a qualidade de vida dos cuidadores informais a pessoas dependentes, em contexto domiciliário. Sendo considerada como um constructo latente apenas pode ser medido de forma indireta através de indicadores, representando um constructo multidimensional (Vaz Serra, Canavarro, Simões, et. al., 2006). O questionário foi considerado o método mais indicado para a recolha de dados, procedeu-se à sua aplicação de acordo com as normas aconselhadas. Este formulário foi constituído por duas partes, um questionário para caracterização sociodemográfica e pela escala da Qualidade de Vida WHOQOL – Bref. Cumpridos os princípios que regem a conduta ética em investigação, procedeu-se à colheita de dados em contexto domiciliário, em função da disponibilidade dos sujeitos entre julho e setembro de 2012.

ANÁLISE

Os dados obtidos, através da aplicação do instrumento de recolha de dados, foram tratados informaticamente, recorrendo ao programa de tratamento estatístico *Statiscal Package for the Social Sciences (SPSS)*, na versão 20. A fiabilidade da escala foi realizada com os primeiros 68 inquiridos tendo obtido um Coeficiente de Alfa de Cronbach 0,933. Para a estatística descritiva foram usadas: frequências, medidas de tendência central (média), medidas de dispersão (desvio padrão). Para a análise inferencial foi utilizado teste t-student para amostras emparelhadas cujos pressupostos estão assegurados pelo teorema do limite central. Salienta-se que nos testes estatísticos foi considerado o valor 0,05 como nível de significância. Nos testes t *student* para amostras emparelhadas, em virtude de serem testes unilaterais, os valores provas são divididos por 2 e só posteriormente considerados.

RESULTADOS

Pela análise descritiva dos dados, numa amostra de 82 inquiridos, verificou-se que relativamente à idade, os cuidadores informais situam-se em maior percentagem na classe etária dos 45 – 60 anos com 36,6% (n=30), seguido pela classe etária dos 60 – 75 anos com 34,1% (n=28) a classe etária \geq 75 anos com 19,5% (n=16) que contrasta com 9,8% (n=8) de cuidadores com idade \leq 45 anos. Quando questionados sobre se estão atualmente doentes na 1ª avaliação, 31,7% (n=26) referem estar doente, na 2ª avaliação este número aumenta para 41,5% (n=34). No que se refere ao período de instalação da doença salienta-se os 6,1% (n=5) de inquiridos que referem estar doentes há menos de 3 meses e 2,4% (n=2) entre 3 e seis meses, os restantes 32,9% (n=27) referem estar doente há mais de 6 meses. No que se refere ao tipo de doença 17,1% (n=14) referem patologia do foro ortopédico, seguido de 11% (n=9) do foro cardiovascular. As doenças metabólicas são identificadas em 4,9% (n=4), as do foro psíquico em 3,7% (n=3), as patologias do foro respiratório e sistema nervoso atingem, cada uma, 2,4% (n=2) da amostra. No que respeita à procura dos cuidados de saúde, na primeira avaliação,

salienta-se que 79,3% (n=65) dos inquiridos não tiveram necessidade de recorrer aos serviços de urgência nos últimos 6 meses, 15,9% (n=13) tinham recorrido 1 vez e 2,4% (n=2) tinham recorrido 2 vezes, com igual frequência estão os inquiridos que recorreram aos serviços de urgência por 3 vezes 2,4% (n=2). Na segunda avaliação a percentagem de cuidadores que não recorreram ao serviço de urgência foi de 54,9% (n=45), os que recorreram 1 vez foi de 24,4% (n=20), 2 vezes 13,4% (n=11), 3 vezes 4,9% (n=4), recorreu 4 vezes 1,2% (n=1) e com igual frequência 1,2% (n=1) 1 cuidador recorreu 7 vezes ao serviço de urgência.

Na Tabela 1 observamos que na percepção geral da qualidade de vida, as médias entre a 1ª e 2ª avaliação passam de 3,32 para 2,70 indicando uma inversão na tendência, no entanto como se pode observar pelo Z score são diferenças ténues. Salienta-se o facto de as médias da percepção geral da qualidade de vida, tanto na 1ª avaliação como na 2ª avaliação, apesar de apresentar o mesmo comportamento, serem inferiores às médias da pontuação total. Estes valores enfatizam a subjetividade da qualidade de vida.

Tabela 1. Estatísticas descritivas para os índices de percepção da qualidade de vida e pontuação total (n=82). Avaliação1 e Avaliação 2

		Média Empírica	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Média Teórica	Z score
Avaliação1	Percepção geral	3,32	0,68	2	5	3,00	0,47
	Pontuação Total	3,44	0,56	2	5	3,00	0,78
Avaliação2	Percepção geral	2,70	0,80	1	5	3,00	0,53
	Pontuação Total	2,98	0,60	2	4	3,00	-0,03

Ao observar a Tabela 2 verificamos que os resultados apresentados revelam que o cuidado informal diminuiu significativamente a qualidade de vida do cuidador ($p < 0,001$).

O teste t para amostras emparelhadas à variável procura de cuidados permite-nos afirmar que o cuidado informal induz significativamente a procura de cuidados de saúde em situações de urgência com um $p < 0,001$.

Tabela 3. Qualidade de vida e o cuidado informal

	n	Média	dp	p
Qualidade de vida				
Pontuação total (Avaliação1)	82	3,44	0,56	<0,001*
Pontuação total (Avaliação2)	82	2,98	0,60	
Procura de Cuidados				
Avaliação 1	82	0,28	0,634	<0,001*
Avaliação2	82	0,79	1,184	

Legenda: * Teste t-student

CONCLUSÃO

Relativamente aos dados da caracterização sociodemográfica salienta-se que a faixa etária dos cuidadores informais é elevada, a maioria tem idade superior a 65 anos e uma faixa 19,5% com mais de 75 anos estes dados vão de encontro aos estudos apresentados (Figueiredo, 2007) enfatizando o fenómeno da transição demográfica.

No espaço de 2 meses aumentou o número de inquiridos que referem sentir-se doentes há memos de 3 meses, estes resultados vão de encontro aos estudos realizados por Brito (2002). A percentagem de cuidadores que refere estar doente há mais de 6 meses vai de encontro à condição descrita por “ situação de cuidado mutuo” Archobold (2005). Estes resultados revelam a tendência para existência de patologias crónicas e muitas vezes incapacitante. Verificou-se igualmente um aumento no número vezes em que os cuidadores recorreram aos serviços de urgência. Estes resultados não seguem o padrão estabelecido pela Health in times of global economic crisis, Who- Euro (2009), quando defende que é esperada uma diminuição da utilização dos serviços de saúde taxados, com o aumento de recorrência ao SNS subsidiado e sem custos diretos. Desta forma concluiu-se que o cuidado informal induz a procura dos cuidados de saúde nos serviços de urgência. Esta situação não é conveniente para o SNS e principalmente no contexto socioeconómico que Portugal atravessa.

Os resultados deste estudo permitem concluir que o cuidado informal diminui de forma significativa a qualidade de vida do cuidador. Este conhecimento é determinante para ajudar na compreensão mais abrangente do cuidado informal às pessoas dependentes ao perspetivá-lo tanto de uma forma positiva como negativa. Assim sendo, este conhecimento ajuda a identificar necessidades, criar e ativar estratégias e gerar recursos que contribuam para o bem - estar e qualidade de vida de todos os intervenientes no processo do cuidar, assegurando o cumprimento do principal objetivo de qualquer sistema de saúde, criar mudanças positivas no estado de saúde e na qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Archobold, P.G. (2005). Spotlight. *Journal of Gerontological Nursing*,31(3), 5-8.
- Bomar, P. J. (1996). *Nurses and family health promotion:Concepts: assessment, and interventions*, (2 ed.). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares e idosos*. Coimbra: Quarteto.
- De La Cuesta, C. (1995). Familia y salud. *Revista ROL de Enfermeria*, 18(203), 21-24.
- Donati, P. (1987). La familia en el sistema de los servicios de salud, In P. Donati, *Manual de sociologia de la salud* (pp. 184-208). Madrid: Diaz dos Santos.
- Garcia Roca, J. (1994). *Solidaridad y voluntariado*. Bilbao: Sal Terrae.
- Hanson, S. M. H. (2001). Family health care nursing: an introduction, In S. M. H.Hanson, *Family health care nursing: theory, practice, and research* (pp. 3-35).. Philadelphia: F. A. Davies.
- Nieto Carrero, M. (2002). *Ante la enfermedad de Alzheimer: pistas para cuidadores y familiares*. Bilbao; Desclée de Brouwer.
- Ory, M., Lee, J.; Tennstedt, S.& Schulz, R. (2000). The extent and impact of dementia care: Unique challenge experimented by family caregivers, In Schulz, R., *Handbook on dementia caregiving: Evidenced Based Interventions for family Caregivers* (pp. 1-32). New York: Springer
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Vaz Serra, A. & et al. (2006). Estudos psicométricos dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref.) para portugueses de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 41-49.
- WHO (2009). *Health in times of global economic crisis: implications*.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria João Mar Pereira Cunha, ARS Norte, mmmar6@gmail.com

Prestação Informal de Cuidados a Idosos Dependentes – Gestão Emocional dos Cuidadores

Sílvia Torres

Universidade de Aveiro (Portugal)

silviatorres92@gmail.com

Nilza Costa

Universidade de Aveiro (Portugal)

nilzacosta@ua.pt

Wilson Abreu

Escola Superior de Enfermagem do Porto (Portugal)

wjabreu@esenf.pt

Resumo

O envelhecimento da população portuguesa apresenta-se como um verdadeiro desafio social, económico e político. Segundo o Instituto Nacional de Estatística, até 2050 haverá um crescimento da população idosa portuguesa em cerca de 28%. A população acima dos 65 anos representava em 2001 16,5% e em 2009 já representava 17,9% ultrapassando a média da UE25 (16,5%). A perda de autonomia caracteriza este grupo populacional, verificando-se um aumento da dependência no autocuidado e, por esta razão, o idoso começa a ser assistido por outros indivíduos. Para que essa assistência aos indivíduos possuidores de alguma dependência física ou mental ocorra é imprescindível que se encontrem pessoas que ajudem nos cuidados - assim surge o cuidador informal. Esta personagem, que sempre existiu, visa assegurar uma boa qualidade de vida mesmo que o nível de dependência aumente. Os profissionais de saúde devem dedicar atenção às necessidades físicas e emocionais destes cuidadores, pois o quotidiano destes é violentamente distorcido, interferindo na sua vida social, laboral, pessoal e psicológica. Este trabalho tem como objetivo compreender de que forma o perfil das necessidades, o grau de satisfação / insatisfação decorrentes da prestação de cuidados influenciam eventuais alterações a nível das emoções básicas no cuidador informal. Assim aplicou-se a escala *COPE-CUIDE* *para caracterizar os cuidadores de idosos e o *Questionário de Avaliação das Emoções (QAE)* de forma a analisar a frequência das emoções básicas despoletadas da experiência *do cuidar*. Foram selecionados 88 cuidadores informais de idosos da USF "Ao encontro da saúde", localizada em São Romão Coronado – Trofa, Porto. Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS 18.0. Os resultados do COPE-CUIDE permitem concluir que os cuidadores informais são maioritariamente do sexo feminino, casados, têm 44 anos ou mais, possuem o ensino primário, prestam cuidados a mais de 120 horas por semana, consideram a saúde razoável e fraca, sentem satisfação pessoal ao cuidar, sentem-se valorizados enquanto prestadores de cuidados, consideram que a prestação de cuidados tem efeito negativo no bem-estar emocional e sentem-se suficientemente apoiados no papel de cuidadores. Os resultados obtidos no QAE revelam que as emoções primárias referidas com mais frequência foram a alegria e o interesse como emoções positivas e a tristeza e a angústia como negativas.

Palavras-Chave: Cuidadores informais, envelhecimento, emoções básicas;

Introdução

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

A demografia na União Europeia está a alterar-se claramente, em particular a nível da população idosa ou muito idosa. Observa-se um aumento progressivo que permanecerá num futuro próximo, enquanto o número de crianças, jovens, adultos jovens e adultos tem vindo a diminuir e assim continuará, em paralelo com a taxa de fecundidade que está a baixar acentuadamente (WHO, 2008). Os Censos de 2011 demonstram um número crescente de idosos em Portugal, sendo o número de residentes de 2,023 milhões de pessoas, representando uma percentagem de 19% no total da população. Cerca de um terço dos idosos encontra-se na região Norte, seguida do Centro. O índice de envelhecimento, ou seja o rácio entre a população com mais de 65 anos e a população até aos 14 anos atingiu em 2010 o valor mais elevado de 120,1%, enquanto em 2000 era cerca de 102,2% e em 1990 de 68,1% (INE, 2012).

O envelhecimento é caracterizado por alterações físicas e mentais. Neste sentido, verifica-se que os sistemas de assistência existentes não são em quantidade e qualidade os mais adequados, entende-se sistemas de assistência *“um conjunto de organizações e práticas sociais, com base em crenças, símbolos ou filosofias culturalmente validadas”* (Abreu, 2003; 94). Os leigos auxiliam na preservação de uma vida com o mínimo de dignidade, para que os idosos dependentes vejam satisfeitas as suas necessidades básicas, já que têm deficits no autocuidado e na gestão terapêutica dá-se o nome de cuidador. Na maioria dos casos cabe a uma só pessoa a responsabilidade dos cuidados - cuidador primário, que *“é quem realiza mais de metade do cuidado informal pela pessoa dependente, este é uma entidade única”* (Paúl & Fonseca, 2005: 184), principal responsável pela promoção do conforto ao doente, solicitação de cuidados médicos competentes, comunicação de apoio e informação honesta à pessoa dependente (Tringali, 1986 in Gaston-Johansson, Lachica, Fall-Dickson & Kennedy, 2004), e tem a responsabilidade principal de supervisionar, orientar e acompanhar o idoso dependente (Sequeira, 2007). As consequências do ato de cuidar conduzem a alterações na vida e no bem-estar dos cuidadores informais e familiares dos idosos dependentes, provocando perturbação na gestão de emoções tanto para o cuidador, como para o indivíduo doente. Daí a necessidade de prevenir o impacto emocional negativo e a sobrecarga que podem afetar as suas vidas (Cerqueira & Oliveira, 2002). É neste contexto que surge o interesse em estudar as emoções expressas por parte do cuidador. Os indivíduos buscam inconscientemente um equilíbrio pessoal, que nem sempre é conseguido. A articulação entre a tarefa de cuidador informal com outras tarefas diárias, desperta nestas pessoas emoções que devem ser analisadas.

Caroll Izard (2006 in Izard, 2009) conta que muitos investigadores não encontrando uma definição consensual para o termo *“emoção”* e a influência das emoções decorrentes da prestação de cuidados são abordadas por alguns investigadores que as consideram como o principal sistema motivacional do ser humano, sendo encaradas como o motor do desenvolvimento humano que facultando o funcionamento e a organização dos vários sistemas do organismo (Izard, 1991). Os contributos de Izard e Malatesta (1987), Malatesta-Magai e Izard (1991) e as referências teóricas da Teoria das Emoções Diferenciais (Izard, 1971, 1977, 1991) têm sido essenciais para o conhecimento do desenvolvimento emocional, cognitivo e da linguagem. A Teoria das Emoções Diferenciais constitui-se como uma forte teoria da biologia das emoções. Izard (1991) defende que existem 11 emoções fundamentais: Interesse, Alegria, Surpresa, Cólera, Nojo, Desprezo, Medo, Angustia, Vergonha, Culpa e Tristeza. Estas emoções dividem-se em emoções negativas e positivas.

O estudo dos cuidadores informais primários de idosos dependentes, orientando uma especial atenção para as necessidades emocionais, proporcionam um conhecimento mais aprofundado aos profissionais de saúde que diariamente são solicitados por estes prestadores de cuidados. Assim, para a compressão aprofundada deste estudo foram formulados os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil das necessidades dos cuidadores informais;
- Avaliar o grau de satisfação / insatisfação decorrente da prestação de cuidados;
- Analisar o aparecimento de emoções básicas negativas e positivas decorrentes da prestação de cuidados;

Metodologia

Na investigação em curso utilizou-se um desenho de investigação não experimental, do tipo descritivo transversal, recorrendo a métodos quantitativos. O estudo teve como eixos a questão da dependência da pessoa idosa e o impacto emocional no cuidador informal. O estudo foi desenvolvido na “Unidade de Saúde Familiar - Ao Encontro da Saúde”, a qual tem como área de cobertura as freguesias de S. Romão do Coronado, S. Mamede do Coronado, Covelas (pertencentes ao Concelho da Trofa) e Folgosa (pertencente ao concelho da Maia) (ambos distrito do Porto). Após uma verificação do número de idosos com 65 ou mais anos e recorrendo ao programa informático disponível na Unidade de Saúde, o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), identificou-se uma população 1654 cuidadores informais de idosos com idade superior ou igual a 65 anos. Destes foram selecionados idosos segundo os critérios referentes na tabela nº 1 e identificados 127 prestadores de cuidados de idosos dependentes no domicílio. Deste grupo, foram aplicados os instrumentos de colheita de dados a 88 cuidadores.

Tabela nº1: Critérios de inclusão subjacentes à constituição da amostra

Os critérios de inclusão subjacentes à constituição da amostra	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Familiares, amigos, membros de entidades paroquiais ou de serviços que se dispõem, sem uma formação profissional de saúde, a responder às necessidades principais dos idosos dependentes; <input type="checkbox"/> Cuidador principal de um idoso dependente, ou seja, aquele que assume a responsabilidade da prestação de cuidados; <input type="checkbox"/> Cuidador de um idoso não institucionalizado; 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> > 6 meses; <input type="checkbox"/> > ou = a 18 anos; <input type="checkbox"/> Cuidador de apenas um idoso dependente; <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Idoso com 65 ou mais anos; <input type="checkbox"/> Idoso dependente, ou seja, que de alguma forma possua uma dependência no autocuidado; <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Idoso dependente inscrito na USF- Ao Encontro da Saúde e acompanhado pela equipe de enfermagem desta unidade, no domicílio.

A complexidade do tema escolhido exigiu a delimitação do campo de estudo, a fim deste se tornar viável e exequível. Formulamos a seguinte questão de investigação:

- Quais as emoções básicas experienciadas pelos Cuidadores Informais (CI) decorrentes das práticas diárias de ajuda aos idosos dependentes?

•

Instrumentos Utilizados

- COPE-CUIDE

Um dos instrumentos de recolha de dados utilizados foi o COPE INDEX (McKee et al., 2003) utilizado num estudo europeu que envolveu vários países - o “Cares for people in Europe” e que teve como objetivo uma breve avaliação das necessidades dos cuidadores informais, assim como a identificação dos aspetos negativos e positivos decorrentes da prestação de cuidados (McKee et al., 2003; Balducci, et al, 2008). Foi posteriormente traduzido linguisticamente para Português por Figueiredo e Sousa (2002) e ficou conhecido como CUIDE. Este tem como propósito proporcionar a compreensão da perceção do papel de cuidador informal de pessoas idosas ajudando desta forma a rede de apoio formal a estabelecer intervenções de forma a desacelerar o potencial efeito negativo da prestação de cuidados, assim como exacerbar os seus efeitos positivos, criando políticas e objeções de cooperação mais eficazes (Figueiredo & Sousa, 2002; Balducci, et al, 2008). O questionário inclui três partes: uma primeira parte constituída pelos dados de informação e identificação do entrevistador e do entrevistado (cuidador informal), a segunda compreende um conjunto de questões que visa obter informações sobre o cuidador e o recetor de cuidados e a terceira é constituída por um conjunto de dimensões medidas com uma escala de Likert, permitindo avaliar o grau de satisfação/ insatisfação do cuidador.

- *QAE (Questionário de Avaliação das Emoções)*

Com o objetivo de analisar a frequência das emoções básicas emergentes da experiência dos cuidadores informais decorrentes da prestação de cuidados utilizou-se o *Questionário de Avaliação das Emoções (QAE)* validado em Portugal por Sandra Torres e Marina Prista Guerra (2003). O instrumento foi desenvolvido tendo por base a Teoria Diferencial das Emoções reformulada por Izard (1991). O questionário é constituído por duas partes. Neste estudo apenas nos centramos nos dados referentes à Parte I, que compreende a caracterização das 10 emoções básicas - interesse, alegria, surpresa, cólera, nojo, desprezo, medo, angústia, vergonha, tristeza e culpa. Este instrumento é composto por uma mini-escala na qual os participantes do estudo devem indicar a frequência das emoções, numa escala tipo Likert (5 pontos; de “nunca” a “sempre”) (Torres, S. & Gerra, M., 2003; Torres, et al, 2011).

Resultados

O estudo revelou que os cuidadores informais são na sua maioria do sexo feminino (87,5%), casados, familiares dos idosos – filhas ou conjugues, possuem 50 ou mais anos, com baixo grau de escolaridade (64,8% dos inquiridos apenas tem o ensino básico), dedicam a sua vida ao cuidado do idoso, referindo que na maioria das vezes (78,4%) sofrem limitações na sua vida profissional/ocupacional. Quando inquiridos sobre a saúde em geral, 41 indivíduos disseram que era razoável (46,6%) e 32 afirmaram que é boa (36,4%).

Os cuidadores informais de idosos dependentes quando questionados sobre o grau de satisfação/ insatisfação resultante da prestação de cuidados, referiram que muitas vezes (46,6%) conseguem enfrentar positivamente o cuidado, é também de salientar que o “nunca” não foi salientado pelos cuidadores. Mencionaram na sua maioria que a tarefa de prestação de cuidados é muito exigente na sua maioria da vezes (51,1%), outras apenas referem que por vezes trata-se de algo muito exigente (29,5%), o termo “sempre” foi mencionado por 15,9% e apenas 3,4% nunca sentiram que a atividade de prestação de cuidados era muito exigente.

Em sequencia do resultados anteriores e quando questionados sobre a o tempo disponibilizado para cuidar de si próprio, a maioria dos cuidadores referiram que muitas vezes não tem um minuto para cuidar de si próprio (56,8%), 37,6% dos prestadores de cuidados referiram que por vezes não têm um minuto para cuidar de si próprios.

No entanto, uma grande percentagem mencionou que só por vezes é que suporta positivamente a prestação de cuidados (39,8%). Apesar de conseguirem enfrentar o cuidado de forma positiva, maioritariamente responderam que muitas vezes sentem-se “prisioneiros” desta tarefa (50,0%). Referem sentir satisfação pessoal, manifestando sentir valorização enquanto cuidador informal destes idosos dependentes. Um número significativo referiu que somente por vezes se sentem valorizados e que muitas vezes a prestação de cuidados possui um efeito negativo no bem-estar emocional (46,6%).

A prestação de cuidados desperta no cuidador informal várias emoções positivas e negativas. Quando inquiridos sobre a frequência com que as emoções são ativadas durante o cuidado as respostas foram dispersas. Os prestadores de cuidados referiram na sua maioria que quase sempre realizam as atividades da prestação de cuidados com interesse (42,0%). Observando os resultados da emoção denominada de alegria pode-se constatar uma dispersão de respostas, pois 38,6% dos cuidadores referiu que algumas vezes sente alegria na prestação de cuidados; 31,8% indicou que quase sempre sente alegria. No entanto, 22,7% disse que raramente experimenta esta emoção. A surpresa foi identificada pela maioria dos cuidadores (31,8% experimenta quase sempre e 38,6% referiu algumas vezes). Em relação às emoções negativas a cólera, o nojo, o desprezo e a vergonha foram raramente vivenciados por estes prestadores de cuidados informais (56,8%, 53,4%, 48,9% e 40,9% respetivamente). Relativamente ao medo 38,6% sentiram medo algumas vezes na prestação de cuidados e 35,1% raramente experimentam essa emoção. A angústia foi quase sempre identificada por 34 indivíduos (38,6%) e 37,5% identificou-a algumas vezes. Os resultados da tristeza são dispersos, pois 26 pessoas referem que quase sempre a experimentam, 33 apenas algumas vezes e 20 raramente o sentem (ver tabela nº2).

Tabela nº2: Frequência e percentagens das emoções básicas referidas pelos cuidadores informais

	Sempre		Quase Sempre		Algumas Vezes		Raramente		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Interesse	12	13,6	37	42,0	27	30,7	11	12,5	1	1,1
Alegria	5	5,7	28	31,8	34	38,6	20	22,7	1	1,1
Surpresa	0	0	17	19,3	44	50,0	25	28,4	2	2,3
Cólera	0	0	2	2,3	12	13,6	50	56,8	24	27,3
Nojo	0	0	2	2,3	8	9,1	47	53,4	31	35,2
Desprezo	0	0	2	2,3	9	10,2	43	48,9	34	38,6
Medo	0	0	13	14,8	34	38,6	31	35,2	10	11,4
Angústia	2	2,3	34	38,6	33	37,5	18	20,5	1	1,1
Vergonha	0	0	1	1,1	20	22,7	36	40,9	31	35,2
Tristeza	4	4,5	26	29,5	33	37,5	20	22,7	5	5,7

Conclusão

As alterações demográficas das últimas décadas proporcionaram um conjunto de alterações diversificadas na vida dos indivíduos, essencialmente daqueles que assumiram o papel de cuidador informal de idosos dependentes. A estas pessoas foram cometidos papéis difíceis de assumir, despertando um leque de emoções profundos e muitas vezes contraditórios.

A análise dos resultados permite identificar contradições nas respostas dos cuidadores, dado que referem conseguir lidar com o cuidado positivamente e que se sentem valorizados quando assumem esse papel, mas no entanto narram frequentemente que esta atividade restringe as suas vidas, sentindo-se “prisioneiros”. Vivenciam um leque de emoções positivas e negativas resultantes da experiência do cuidar: o interesse e a surpresa foram ressaltados pela maioria dos cuidadores. Já a alegria desperta uma discrepância nos resultados dividindo-os entre a frequência de “quase sempre”, “algumas vezes” e “raramente”. Em relação às emoções negativas a cólera, o nojo, o desprezo e a vergonha foram reconhecidas por estes cuidadores apenas raramente ou nunca. A tristeza e a angústia estão presentes na maioria dos cuidadores.

Perante a análise destes resultados é necessário criar uma rede de apoio ao cuidador informal de forma a minimizar o impacto das emoções negativas e valorizar o despertar das emoções positivas com o objetivo de adquirirem competências para melhor gestão das suas emoções. Torna-se necessário que as equipas de saúde também coloquem o prestador de cuidados no centro das suas preocupações.

Bibliografia

Abreu, W. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?*. Coimbra: Editora Formasau.

Abreu, W. (2008). *Transições e Contextos Multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Editora Formasau.

Balducci, C., Mnich, E., Mckee, K., Lamura, G., Beckmann, A., Krevers, B., Wojszel, Z., Nolan, M., Prouskas, C., Bien, B. & Oberg, B. (2008). *Negative Impact and Positive Value in Caregiving: Validation of the COPE Index in a Six-Country Sample of Carers*. *The Gerontologist*, 48 (3), 276-286.

- Cerqueira, A. & Oliveira, N. (2002). *Programa de Apoio a Cuidadores: Uma Acção Terapêutica e Preventiva na Atenção à Saúde dos Idosos*. Psicologia USP, 13(1), 133-150.
- Colliere, M. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Costa, A. (2002). *Cuidar de Idosos*. Lisboa: FORMASAU - Formação e Saúde.
- Figueiredo, D. & Sousa, L. (2002). *CUIDE (Cuidadores de Idosos na Europa) Um Instrumento de Avaliação das Necessidades dos Prestadores Informais de Cuidados a Idosos*. Revista da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra(31), 153-150.
- INE. (2010). *Estatísticas Demográficas 2009*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE. (2012). *Censos 2011 - Resultados Pré-definitivos*. Destaque.
- Izard, C. (1971). *The Face of Emotion*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. (1977). *Human Emotions*. New York: Pleunum Press.
- Izard, C. & Malatesta, C. Z. (1987). *Perspective on emotional development : Differential Emotions Theory of Early Emotional Development*. In J.D. Osofsky (Ed.), *Handbook of Infant Development*. New York: Wiley.
- Izard, C. (1991). *The Psychology of Emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. (2007). Basic Emotions, Natural Kinds, Emotion Schemas, and a New Paradigm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(3), 260-280.
- Izard, C. (2009). *Emotion Theory and Research: Highlights, Unanswered Questions, and Emerging Issues*. *Annu. Rev. Psychol.*, 60 (1), 25.
- Gaston-Johansson, F., Lachica, E., Fall-Dickson, J. & Kennedy, J. (2004). *Psychological Distress, Fatigue, Burden of Care, and Quality of Life in Primary Caregivers of Patients with Breast Cancer Undergoing Autologous Bone Marrow Transplantation*. *Oncology Nursing Forum*, 31(6), 1161-1169.
- Haug, M., Ford, A., Stange, K., Noelker, L. & Gaines, A. (1999). *Effect of Giving Care on Caregivers `Health*. *Research on Aging*, 21(4), 515 - 538.
- Kleinman, A.(1988). *The illness narratives suffering and healing and the human condition*. Nova Iorque: Basic Books.
- Malatesta-Magai, C. (1991). *Emotional Socialization: Its role in Personality and Development psychopathology* (In D. Cicchetti & S.L.Toth ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Martins, T., Ribeiro J. & Garret, C. . (2003). *Estudo de Validação dos Questionários de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais*. *Psicologia, Saúde e Doença*, 4(1), 131-148.
- Mckee, K., Philp, I., Lamura, G., Prouskas, C., Oberg, B., Krevers, B., Spazzafumo, L., Bien, B., Parker, C., Nolan, M. & Szczerbinska, K. (2003). *The COPE index- A First Stage Assessment of Negative Impact, Positive Value and Quality of Support of Caregiving in Informal Carers of Older People*. *Aging & Mental Health*, 7(1), 39-52.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes - Diagnósticos e Intervenções* (1ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Torres, S. & Gerra, M. (2003). *A Construção de um Instrumento de Avaliação das Emoções para a Anorexia Nervosa*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 97-110.
- Torres, S., Guerra, M., Lencastre, L., Roma-Torres, A., Brandão, I., Queirós, C. & Vieira, F. (2011). *Cognitive Processing of Emotions in Anorexia Nervosa*. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 19, 100-111.
- Wackerbarth, S. & Johnson, M. (2002). *Essential information and Support needs of Family Caregivers*. *Patient Education and Counseling*, 47, 95-100.
- WHO. (2008). *Home Care in Europe. The Solids Facts*, 35.

* "Este trabalho é financiado por Fundos Nacionais através da FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito do Projeto com referência PTDC/CPE-PEC/103858/2008".

O idoso e seu cuidador: o conceito de uma rede colaborativa

Fernanda Benevides Zanela¹ & Carla Martins Cipolla²

1,2. Universidade Federal do Rio de Janeiro/COPPE, Programa de Engenharia de Produção

Resumo:

Diante do envelhecimento populacional, este artigo propõe o conceito de um serviço colaborativo como alternativa para o cuidado domiciliar do idoso por cuidador familiar, considerando as possibilidades da comunidade local. Com base em um estudo exploratório qualitativo e na revisão da literatura sobre idosos e cuidadores familiares, nosso objetivo é explorar o potencial dos serviços colaborativos na questão do envelhecimento e cuidado através de um exercício de projeto. Este trabalho apresenta como contribuição a identificação de uma rede colaborativa dentro da comunidade capaz de gerar um serviço no âmbito do cuidado do idoso, trazendo um olhar sistêmico para a relação idoso-cuidador.

Palavras Chave: Idosos; cuidadores de idosos; serviços colaborativos; auto cuidado.

Resumen:

Teniendo en cuenta el envejecimiento de la población, este artículo propone un concepto de servicio colaborativo como una alternativa a la atención domiciliar de adultos mayores por quien lo cuida, teniendo en cuenta las posibilidades de la comunidad local. Basado en un estudio exploratorio cualitativo y la revisión de la literatura sobre adultos mayores y la persona que lo cuida, nuestro objetivo es explorar el potencial de los servicios colaborativos en el tema de envejecimiento y cuidado, a través de un ejercicio de diseño. Este trabajo presenta una contribución a la identificación de una red colaborativa dentro de la comunidad capaz de generar un servicio en el ámbito de la atención al adulto mayor, mostrando una perspectiva de la relación sistémica entre el adulto mayor o anciano y su cuidador.

Palabras clave: Adulto mayor, personas que cuidan adultos mayores, servicios colaborativos; cuidado personal.

INTRODUÇÃO

Diante do envelhecimento populacional e da dificuldade das políticas públicas em acompanhar tal fenômeno, o Estado passou a incentivar os cuidados domiciliares, deslocando a responsabilidade no que diz respeito às incapacidades e doenças crônicas dos idosos para seus familiares ou responsáveis. Neste contexto, emerge a ocupação de “cuidador de idosos”, atividade predominantemente informal que pode ser definida desde os cuidados simples até tarefas complexas, exercida frequentemente por mulheres com vínculo familiar com os idosos.

O presente artigo tem o objetivo de explorar o potencial dos serviços colaborativos na questão do envelhecimento e cuidado através de um exercício de projeto, considerando que a relação entre o idoso e seu cuidador é permeada por dificuldades, trabalho físico e demandas emocionais que se constroem a partir deste contato. Este trabalho conta com um quadro teórico formado pelos seguintes temas: o cuidador familiar; o envelhecimento e a percepção do idoso; e serviços colaborativos.

O CUIDADOR FAMILIAR

O cuidador familiar é, geralmente, responsável por cuidados relativos a atividades como a de higiene, conforto, alimentação ou curativos, o que configura tarefa árdua, podendo culminar até no adoecimento físico ou mental do cuidador. Braz & Ciozak (2009, p.372) destacam que “no cuidado do idoso a nível domiciliar, a sociedade tradicionalmente impõe que este seja realizado por um familiar [...] que aceita esta condição e que tampouco é questionada pela família”, como uma determinação velada de tarefas.

De acordo com Crossetti & Schossler (2008, p. 281-284) é comum o cuidador domiciliar não possuir outra pessoa para dividir suas tarefas, acumulando atividades como o cuidado da casa ou atividade profissional. O que traz a necessidade de conciliar o cuidado do outro com o próprio, e de compartilhar este cuidado com alguém. As autoras descrevem a presença da família como uma necessidade deste cuidador: “o cuidador domiciliar, ao ter o familiar e o próprio idoso se preocupando com o seu bem-estar, se sente cuidado”. A relação de cuidado envolve questões mais profundas, podendo caracterizar-se por sentimentos de obrigação e retribuição: “Ah, eu acho que... eu me sinto na obrigação de cuidar [...]”; “Ah... porque ela me ajudou muito, também, quando ela tava bem... ela sempre ficou do meu lado...” (Braz & Ciozak, 2009, p.374-375).

O ENVELHECIMENTO E A PERCEPÇÃO DO IDOSO

Mesmo saudáveis, idosos se deparam com limitações, necessitando de colaboração. Idosos entrevistados por Couto (2008, p.179) associam o envelhecimento a limitação física, adoecimento, perda de vigor e dependência. Quando acometidos por alguma doença crônica, de acordo com Miranda, Krollman & Silva (1993 como citado em Brito, 2009, p.604), são exigidas mudanças em seu estilo de vida que trazem angústia, temor e incerteza quanto ao seu futuro e um impacto negativo em sua relação com o meio social. Esta circunstância pode trazer conseqüências como depressão, medo, insegurança, declínio na auto-estima, isolamento, perda de autonomia, e sensação de dependência.

Lima & Murai (2005, p.17), observaram que os idosos necessitam mais de amigos do que parentes, por algumas famílias se preocuparem excessivamente com a questão curativa, percebendo-os como uma “patologia ambulante” da qual são responsáveis. Explicam que muitas vezes, o idoso não necessita de cuidados, mas de tratamento digno e conversa.

SERVIÇOS COLABORATIVOS

Para Manzini (2008, p.70-72), serviços colaborativos são serviços sociais baseados em relações colaborativas com alto grau de confiança mútua, onde os valores são provenientes da sua qualidade relacional com usuários finais ativamente envolvidos e assumindo papel de co-produtores. A difusão de organizações baseadas na partilha, troca, colaboração, ajuda mútua e compartilhamento podem regenerar o tecido social, restaurar as relações de proximidade e criar laços entre os indivíduos. (Jégou & Manzini, 2008, p.25). São identificadas formas gradativas destes serviços: desde a colaboração pura e auto-organizada dos membros da comunidade até diferentes formas de parceria.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho foi: 1) revisão bibliográfica; e 2) pesquisa exploratória como procedimento metodológico de abordagem qualitativa através das técnicas de observação participante e conversas informais no período de nove meses com uma amostra de vinte idosos e seus cuidadores.

Foi idealizado um modelo de serviço colaborativo na forma de exercício de projeto como alternativa para o cuidado domiciliar do idoso por cuidador familiar, considerando as potencialidades da comunidade local. Para tanto foi utilizado o *blueprint*, ferramenta metodológica que identifica os processos que constituem o serviço, isolando pontos de falha e estabelecendo ações e eventos que acontecem no tempo e espaço da interação. O modelo de serviço não foi testado, seguindo somente até a fase de idealização.

ANÁLISE: A SITUAÇÃO PROBLEMA

Enquanto o idoso precisa de colaboração em sua vida diária, devido ao aparecimento de limites, o cuidador familiar tem na responsabilidade do cuidar a perda da liberdade plena, chegando, por vezes, a não ter mais disponibilidade ou tempo até mesmo para cuidar de si. Foram identificadas as seguintes questões no contexto deste cuidado:

O cuidador: precisa de disponibilidade para cuidar de si; tem aumento de gastos financeiros com a tarefa de cuidar e possível modificação da estrutura da casa; geralmente, não tem com quem dividir a tarefa de cuidar; sente a falta da participação, solidariedade e colaboração do restante da família, até mesmo como um apoio psicológico; sente-se cuidado quando o próprio idoso demonstra preocupação com ele; pode associar a relação de cuidado com os sentimentos de obrigação e retribuição.

O idoso: vê no envelhecimento o confronto com limites e transformações em seu corpo e mente; pode sentir-se como um “peso” para a família ou quem cuida dele; pode sentir-se mais a vontade na relação com amigos do que com parentes, quando tratados por familiares como uma “patologia ambulante”.

Na dinâmica do cuidado, às vezes, o principal não é a valorização extrema do cuidado, mas a interação, conversa e atenção.

RESULTADOS

A pesquisa exploratória, realizada com uma amostra de idosos e seus cuidadores, gerou maior familiaridade com o problema de pesquisa. Foi possível então compreender, através de observação participante e análise de conversas, como era estabelecida a relação idoso-cuidador, assim como a experiência individual dos mesmos. O que gerou, junto a revisão da literatura, dados qualitativos para análise e proposta de solução.

Como solução, a partir da análise da situação problema, foi projetado um modelo de serviço. Neste modelo, os benefícios para o cuidador seriam ter maior disponibilidade para suas demandas pessoais e a promoção de um processo relacional entre cuidadores, gerando compartilhamento de experiências, útil também na superação de medos e inseguranças. Enquanto que, para o idoso, seria vantajoso ter facilitada a interação com sua comunidade (no convívio com outros idosos e cuidadores), uma vez que “o ser humano adoece não apenas devido a problemas orgânicos: ele adoece de solidão, de tristeza, de desamparo ou simplesmente pela falta de comunicação.” (Gonçalves, 2001 como citado em Lima & Murai 2005, p.17).

O PROJETO CONCEITUAL

Este trabalho apresenta, através de um exercício de projeto, uma proposta de serviço colaborativo que busca facilitar a formação de uma estrutura que apoie o contexto já descrito. Cabe esclarecer que: 1) o modelo de cuidado domiciliar não exclui totalmente a participação das políticas públicas, sendo proposto um serviço colaborativo que conta, inicialmente, com uma divisão de tarefas entre a família e o Estado; 2) o projeto não chegou à fase de testes, tendo sido apenas idealizado no formato descrito a seguir.



Figura 1: Blueprint do modelo de serviço colaborativo proposto (instrumento metodológico que envolve a descrição das atividades da gerência e projeto do serviço).

O conceito conta com os seguintes itens constitutivos: o idoso, o cuidador, a relação deste par, a comunidade, as políticas públicas e processos colaborativos.

As políticas públicas incentivariam a aproximação de pares de idosos e cuidadores de uma mesma comunidade (um bairro, por exemplo) com contextos de vida semelhantes através de divulgação. O objetivo da criação desta rede dentro de uma área geográfica comum, a partir da apresentação destes usuários, é facilitar e incentivar um sistema de colaboração entre pessoas com demandas semelhantes. Assim como acontece com mães que se revezam em condomínios para levar e buscar os filhos na escola.

O Estado, inicialmente, seria responsável por um espaço com atividades para que os idosos pudessem se conhecer e permanecer na companhia de alguns cuidadores, o que geraria tempo para que os outros pudessem se dedicar às suas demandas pessoais (sendo respeitada uma escala de cuidado pelos cuidadores). Cabe mencionar que: 1) a proposta não seria permanecer somente um cuidador com vários idosos, mas sim reduzir o número de cuidadores neste processo, gerando tempo livre para os que não estiverem escalados para aquele dia/turno; 2) Idosos e cuidadores poderiam ser personagens ativas na determinação das atividades do espaço cedido pelo Estado.

A gestão deste sistema de revezamento entre cuidadores (cadastramento, sistema de escalas e segurança dos membros da rede) seria, inicialmente, do Estado, que ensinaria aos usuários como gerir este serviço, com ambição de entregá-lo gradativamente nas mãos dos usuários. Uma vez que uma possível e desejável perspectiva é que os pares de idosos e cuidadores criem vínculo e se tornem capazes de se auto-organizar, não precisando mais do auxílio das políticas públicas como a plataforma organizadora, criando uma rede colaborativa auto-organizada dentro das residências da comunidade local.

CONCLUSÃO

A comunicação promovida entre possíveis usuários deste modelo de serviço colaborativo pode fazer com que estas pessoas troquem experiências, se ajudem, e percebam muitos outros em situação semelhante a sua dentro de sua comunidade.

Uma relevante contribuição gerada por esta pesquisa foi trazer um olhar sistêmico e contextual sobre a relação idoso-cuidador, identificando uma rede colaborativa dentro da comunidade como uma solução para a situação problema identificada. Neste contexto, o papel do projeto de serviços foi o de trazer solução na forma de um serviço colaborativo dependente da qualidade das relações estabelecidas entre seus participantes. Este modelo de serviço é baseado em relações colaborativas e em um alto grau de confiança mútua e exige uma ação direta dos participantes, com os mesmos buscando resolver juntos e ativamente os próprios problemas, reforçando o tecido social de forma colateral. (Manzini, 2008, p.71-72).

Cabe salientar que a proposta de serviço apresentada neste trabalho é indicada para o apoio e cuidados conseqüentes da própria idade avançada, e não se aplica a casos em que o idoso em questão requer intervenções ou cuidados médicos mais elaborados (como *home care*) ou encontra-se em situação de grave vulnerabilidade física ou mental.

Se não pensarmos em laços de sangue e entendermos a “família” como a instituição responsável aos cuidados de seus membros, podemos pensar o cuidado como compartilhado com comunidades, pessoas, instituições ou serviços (formais ou não). O que abre espaço para um sistema de colaboração forte e organizado entre pessoas com demandas semelhantes, formando “famílias” conceituais dentro das comunidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Braz, E. & Ciozak, S.I. (2009). O tornar-se cuidadora na sanescência. Esc Anna Nery.Rev. Enferm., 13(2), 372-377. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a19.pdf>

Brito, D.C.S. (2009). Cuidando de quem cuida: estudo de caso sobre o cuidador principal de um portador de insuficiência renal crônica. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 603-607. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722009000300022&script=sci_arttext, doi: 10.1590/S1413-73722009000300022.

Couto, A. L. A. (2008). O processo de envelhecimento através do discurso dos idosos. Dissertação de doutoramento, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Instituto de psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro,... Rio de Janeiro, Brasil.

Crossetti, M. G. & Schossler, T. (2008). Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. *Texto Contexto Enferm*, 17(2), 280-287. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/09.pdf>;

Jégou, F; & Manzini, E. (2008). *Collaborative Services* (1 ed.). Milão: Edizione Poli Design;

Lima C. K. G., Murai, H. C. (2005). Percepção do idoso sobre o próprio processo de envelhecimento. *Rev Enferm UNISA*, 6, 15-22. Recuperado de: <http://www.unisa.br/graduacao/b:ologicas/enfer/revista/arquivos/2005-03.pdf>;

Manzini, E. (2008). Design para inovação social e sustentabilidade. Comunidades criativas, organizações colaborativas e novas redes projetuais. *Cadernos do grupo de altos estudos Programa de Engenharia de Produção da COPPE\ UFRJ*. 1. Rio de Janeiro: E-papers.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Fernanda Benevides Zanela, MSc, Universidade Federal do Rio de Janeiro, fzanela@pep.ufrj.br.

Carla Martins Cipolla, PhD, Universidade Federal do Rio de Janeiro, cipolla@pep.ufrj.br.

A percepção do idoso acerca do seu cuidador

Janiciene de Souza Silva¹, Fayanne Schaustz² & Annibal Truzzi³

1. Enfermeira Pós Graduada em Atenção a Saúde da Pessoa Idosa do Centro de Estudos e Pesquisa do Envelhecimento/Instituto Vital Brasil (CEPE/IVB)
2. Enfermeira Gerontóloga do CEPE/IVB
3. Doutor em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Médico Psicogeriatra do CEPE/IVB

Resumo:

O comprometimento da funcionalidade e da autonomia do idoso em função da senilidade pode levar a necessidade de um cuidador. Isto obriga a família a reajustar seus papéis para atender as novas demandas do idoso no âmbito doméstico. O objetivo deste estudo é identificar, a partir da percepção do idoso, quem ele consideraria como o principal responsável pelos seus cuidados em caso de alguma necessidade. Trata-se de um estudo de caráter transversal. Nós analisamos 388 idosos submetidos a avaliação multidisciplinar global. Nós submetemos a amostra a um Questionário de Dados Sócio-demográficos. Apenas 92 idosos oriundos de uma comunidade de baixa renda (Rocinha/Rio de Janeiro) que responderam a questão “Quem poderia cuidar de você caso precisasse?” foram incluídos. O estudo verificou que 89% (n = 88) da amostra referiu algum familiar como a pessoa responsável pelos seus cuidados em caso de alguma necessidade. Os filhos foram identificados como os principais cuidadores (60%; n = 55). Além disso, observamos que a maioria da amostra (91%; n = 84) revelou a importância do cuidador residir próximo. Conclui-se que a percepção do idoso acerca de quem será seu cuidador pode estar diretamente relacionada ao seu contexto social e cultural.

Palavras-chave: idoso; cuidador; família.

Resumen:

El deterioro del funcionamiento y la independencia de las personas mayores debido a la senilidad puede conducir a la necesidad de un cuidador. Esto obliga a la familia a ajustar sus funciones para satisfacer las nuevas demandas de las personas mayores en el hogar. El objetivo de este estudio es identificar, a partir de la percepción de las personas de edad, a quien considera como el principal responsable de su cuidado en caso de necesidad. Se trata de un estudio transversal. Se analizaron 388 pacientes ancianos sometidos a evaluación multidisciplinaria integral. Sometemos la muestra a un cuestionario sociodemográfico. Sólo 92 personas mayores procedentes de una comunidad de bajos ingresos (Rocinha / Rio de Janeiro), que responde a la pregunta “¿Quién se haría cargo de usted si es necesario?” Fueron incluidos. El estudio encontró que el 89% (n = 88) de la muestra informó de un miembro de la familia como la persona responsable de su cuidado en caso de necesidad. Los niños fueron identificados como los cuidadores primarios (60%, n = 55). Por otra parte, se observó que la mayoría de la muestra (91%, n = 84) reveló la importancia del cuidador residen en las inmediaciones. Llegamos a la conclusión de que la percepción ancianos acerca de quién será su cuidador puede estar directamente relacionada con su contexto social y cultural.

Palabras clave: personas mayores; cuidadores; familiares.

INTRODUÇÃO

O processo do envelhecimento sofre influências das mudanças funcionais e psicológicas, denominadas de senescência. Esse processo pode ser modificado pela presença de afecções clínicas, definida por senilidade (Ramos, 2002). As afecções podem comprometer a autonomia do idoso e, conseqüentemente, necessitar a presença de um cuidador. Desta forma, é comum a família obrigar-se a reajustar seus papéis para atender as novas demandas do idoso no âmbito doméstico.

De acordo com Mendes, Miranda & Borges (2010) os cuidadores podem ser classificados em duas categorias: formais e informais. O cuidador informal é um membro ou pessoa próxima à família sem nenhum tipo de formação técnica ou remuneração. O cuidador formal é o indivíduo com vínculos empregatícios ou outro tipo de remuneração.

Os cuidados relativos à saúde do idoso no Brasil são garantidos como direito universal através do modelo adotado pelo Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde (Brasil, 1990). Entretanto, esse modelo apresenta uma escassez de centros de atenção diária, de serviços de assistência domiciliar e de instituições de longa permanência para a população idosa. Isso obriga as famílias a se adaptarem com os próprios recursos para mantê-los nos seus domicílios ou procurar os sistemas informais, como as instituições filantrópicas e religiosas (Blay et al., 2007). O Estatuto do Idoso dispõe que o cuidado dos idosos é de responsabilidade prioritária da família. Caso ele não possua família, o Poder Público decidirá se o mesmo necessitará de ajuda comunitária ou de uma Instituição de Longa Permanência Saúde (Brasil, 2003).

Fonseca et al., (2008) ressaltam que a responsabilidade dos cuidados recai sobre os filhos quando o cônjuge já é falecido ou não pode desempenhar esse papel. Nesse caso, verifica-se uma relação de obrigação relacionada aos valores culturais e morais.

Nós temos como objetivo identificar, a partir da percepção de uma amostra de idosos residentes em uma comunidade de baixa renda situada no Rio de Janeiro (Rocinha), quem eles considerariam como o principal responsável pelos seus cuidados em caso de alguma necessidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo piloto de caráter transversal. Nós analisamos 388 avaliações globais do idoso realizadas no Centro de Estudos e Pesquisa do Envelhecimento do Instituto Vital Brasil/Secretaria de Saúde do RJ (CEPE/IVB). Noventa e dois idosos oriundos de uma comunidade de baixa renda (Rocinha) que responderam a questão “Quem poderia cuidar de você caso precisasse?” foram incluídos. O CEPE/IVB é uma instituição que desenvolve, dentre outros projetos, o Pólo de Atenção Secundária ao Idoso no estado do Rio de Janeiro.

Os idosos foram submetidos a um questionário estruturado desenvolvido pelo CEPE/IVB para a obtenção dos dados sociodemográficos.

ANÁLISE

O percentual dos resultados encontrados através da aplicação do questionário de dados sócio-demográficos na amostra foi calculado para descrever a amostra.

A versão 20.0 do Statistical Package for Social Sciences (SPSS) foi utilizada para análise dos dados.

RESULTADOS

As características sociodemográficas da amostra (n = 92) estão descritas na **Tabela 1**.

Tabela1 – Características sociodemográficas da amostra (N = 92)

Características		%	N
IDADE	60 A 69	49%	45
	70 A 79	30%	28
	80 ou mais	21%	19
GÊNERO	Feminino	66%	61
	Masculino	34%	31
APOSENTADO	Sim	75%	69
	Não	25%	23
ESTADO CIVIL	Solteiro	32%	29
	Casado	35%	32
	Divorciado	3%	03
	Viúvo	30%	28
ESCOLARIDADE	Não sabe ler/escrever	13%	12
	Alfabetizado	17%	16
	Ensino fundamental incompleto	35%	32
	Ensino fundamental completo	20%	18
	Ensino médio incompleto	9%	8
	Ensino médio completo	7%	6

A maior parte dos idosos possui idade entre 60 e 69 anos (49%, n = 45), ensino fundamental incompleto (35%, n = 32), são do sexo feminino (66%, n = 61), aposentados (75%; n = 69) e casados (35%; n = 32).

Nós podemos verificar que 89% (n = 88) da amostra responderam que a pessoa responsável pelos seus cuidados caso precisassem seria algum familiar. Os filhos foram identificados como os principais cuidadores (60%; n = 55). Além disso, observamos que a maioria da amostra (91%; n = 84) revelou a importância do cuidador residir próximo, segundo a **Tabela 2**.

Tabela 2 – Características do cuidador segundo a percepção do idoso (N = 92)

Características		%	N
QUEM PODERIA CUIDAR DE VOCÊ CASO PRECISASSE?	Familiar	89%	88
	Não familiar	11%	10
VÍNCULO	Filho (a)	60%	55
	Cônjuge	15%	14
	Sobrinho (a)	05%	05
	Neto (a)	04%	04
	Vizinho	04%	04
	Irmão (ã)	02%	02
	Primo (a)	01%	01
	Nora/Genro	01%	01
	Amigo	01%	01
	Outro	05%	05
	RESIDEM PRÓXIMO	Sim	91%
Não		8	7
Não informado		1	1

CONCLUSÃO

O nosso estudo verificou que a maioria dos idosos residentes em uma comunidade de baixa renda do Rio de Janeiro (Rocinha) referiu como cuidador alguém da própria família, particularmente algum filho, que resida próximo em caso de necessidade.

O perfil sócio demográfico dos idosos incluídos neste estudo se assemelha com o verificado por Araújo & Alves (2000) em que predominam os indivíduos do sexo feminino, com baixa escolaridade e casados.

No Brasil, estima-se que aproximadamente 90% dos idosos que necessitam de cuidados dependem da família para terem suas necessidades atendidas (Freitas et al., 2011). Este fato pode justificar o resultado encontrado neste estudo, que verificou a predominância de familiares como possíveis cuidadores segundo a percepção dos idosos da nossa amostra. A predominância dos filhos como os principais cuidadores se deve, provavelmente, a transferência dos cuidados providos aos idosos para os filhos na realidade brasileira (Freitas et al., 2011). O estudo de Moraes & Silva (2009) observou que as filhas constituem as principais provedoras de cuidados aos idosos.

A provisão de cuidados oferecida por vizinhos ou amigos, por vezes, é a única alternativa para os idosos que não contam com a presença de um familiar por perto (Freitas et al., 2011). Isso pode explicar o resultado encontrado da nossa amostra ter valorizado o fato do possível cuidador residir próximo ao seu domicílio.

Nosso estudo possui limitações que devem ser mencionadas. Dentre elas, destacam-se a natureza transversal do estudo e a ausência de informações referentes ao status cognitivo da amostra. Outra limitação importante diz respeito à falta de dados referentes ao suporte social dos idosos incluídos. Por fim, o fato da nossa amostra ser composta predominantemente por idosos jovens e do sexo feminino pode ter influenciado os resultados encontrados.

Há uma escassez de estudos relacionados à percepção do idoso quanto ao perfil do seu possível cuidador. A literatura sobre o tema frequentemente enfatiza as necessidades enfrentadas pelos cuidadores. Novos estudos

que levem em consideração a perspectiva do idoso referente aos seus cuidados são necessários. Em suma, a percepção do idoso acerca de quem será seu possível cuidador pode estar diretamente relacionada ao seu contexto social e cultural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araujo, T. C. N. & Alves, M. I. C. (2000). Perfil da população idosa no Brasil. *Textos Envelhecimento*, 3(3), 7-20, Recuperado de: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282000000100002&lng=pt&nrm=iso.

Blay, S. & et al.] (2007). *Epidemiologia dos transtornos mentais em idosos e a utilização dos serviços por esta população*. (pp.143-150). Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed.

Brasil. (1990). Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. *Regulamenta o Sistema Único de Saúde*. Brasília.

Brasil (2003). Lei número 10.741 de 1º de outubro de 2003. *Estatuto do Idoso*. Brasília.

Fonseca, N. Da R. & Penna, A. F. G. (2008). Perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1175-80, Rio de Janeiro. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/13.pdf>

Freitas, E. V. & et al. (2011). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (3 ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Mendes, G. D.; Miranda, S. M. & Borges, M. M. M. De C. (2010). Saúde do cuidador de idosos: Um desafio para o cuidado. *Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG*, 3(1).

Moraes, S. R. P. & Silva, L. S. T. (2009). An evaluation of the burden of Alzheimer patients on family caregivers. *Cad. Saúde Pública*, 25(8), 1807-1815.

Ramos, L. R. (2002). *Epidemiologia do Envelhecimento*. In: Freitas E.V., Py, L., Neri A.L., Cançado, F.A.X., Gorzon, M.L. & Rocha S.M.. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA :

Autor: Janiciene de Souza Silva

Filiação: Centro de Estudos e Pesquisas do Envelhecimento do Rio De Janeiro/ Instituto Vital Brasil/ Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Correio eletrônico: janiciene@yahoo.com.br

Cuidados filiais na meia-idade: o impacto da ansiedade filial

Carla Faria^{1,2}, Diana Toipa¹, Diogo Lamela¹, & Alice Bastos^{1,2}

1. Instituto Politécnico de Viana do Castelo

2. Unifai, Universidade do Porto

Resumo: Uma das consequências de uma sociedade envelhecida é a crescente necessidade de cuidadores, particularmente cuidadores informais. A investigação sugere que as necessidades de cuidados dos adultos mais velhos estão a tornar-se cada vez mais uma responsabilidade dos filhos adultos. Neste contexto, conceitos como maturidade filial e ansiedade filial são muito úteis pois permitem compreender as transformações que ocorrem na relação pais envelhecidos-filhos adultos. A investigação neste âmbito tem reunido evidências que sugerem a relevância da ansiedade filial para os cuidados filiais, na medida em que desempenha um papel importante na disponibilidade e qualidade do cuidado proporcionado, pois pode, antecipadamente, condicionar a capacidade do cuidador informal para cuidar. O presente estudo tem como objectivos (1) avaliar a ansiedade filial em filhos adultos portugueses de meia-idade e (2) explorar a sua relação com características destes cuidadores informais. Participam no estudo 130 adultos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 35 e os 64 anos ($M = 50.25$; $DP = 7.97$) e com pelo menos um familiar idoso vivo, avaliados com a Escala de Ansiedade Filial. Os resultados sugerem que as mulheres apresentam níveis mais elevados de ansiedade filial, assim como os adultos menos instruídos. Estes resultados vão no mesmo sentido dos da literatura internacional no domínio, o que parece reforçar o papel da ansiedade filial na qualidade das relações filiais na vida adulta, particularmente ao nível dos cuidados filiais na velhice, com fortes implicações para os cuidadores informais e os idosos.

Palavras-chave: cuidadores informais; cuidados filiais; ansiedade filial; maturidade filial

Resumen: Una de las consecuencias del envejecimiento de la sociedad es la creciente necesidad de cuidadores, especialmente los cuidadores informales. La investigación sugiere que las necesidades de atención de los adultos mayores son cada vez más la responsabilidad de los hijos adultos. En este contexto, conceptos como la madurez filial y la ansiedad filial son muy útiles, ya que permite comprender los cambios que se producen en la relación padres-hijos adultos. La investigación en esta área ha demostrado la pertinencia de la ansiedad filial para el cuidados filiaís, ya que juega un papel importante en la disponibilidad y calidad de la atención prestada, ya que puede, de antemano, restringir la capacidad del cuidador para el atención informal. El presente estudio tiene como objetivos (1) evaluar la ansiedad filial en hijos adultos portugueses y (2) explorar su relación con las características de estos cuidadores informales. Participar en el estudio 130 adultos de ambos sexos, con edades comprendidas entre 35 y 64 años ($M = 50.25$, $SD = 7.97$) y con al menos un familiar de edad avanzada vivo que han sido evaluados con la Escala de Ansiedad Filial. Los resultados sugieren que las mujeres tienen mayores niveles de ansiedad filial, así como los adultos con menor educación. Estos resultados coinciden con los de la literatura internacional en el campo, lo que parece reforzar el papel de la ansiedad filial en la calidad de las relaciones filiaís en la edad adulta, sobre todo a nivel de la atención filial en la vejez con fuertes implicaciones para los cuidadores informales y los ancianos.

Palabras-clave: cuidadores informales; atención filial; ansiedad filial; madurez filial

INTRODUÇÃO

Uma das consequências de uma sociedade envelhecida é a crescente necessidade de cuidadores, particularmente cuidadores informais. Mais do que nunca, devido ao aumento da longevidade, pais e filhos partilham um longo período de vida em que os filhos têm de lidar com declínio dos pais e com os desafios associados. Tal pode ser expresso em comportamentos de cuidar ou outras formas de suporte filial/intergeracional (Cicirelli, 1993). Investigação sobre o envelhecimento sugere que as necessidades de cuidados dos adultos mais velhos estão a tornar-se cada vez mais uma responsabilidade dos filhos adultos (Schultz & Schultz, 1998). Neste contexto, a relevância da investigação que se focaliza nos cuidados no âmbito da relação pais-filhos, relação/cuidado filial, tem sido progressivamente maior (Blieszner, 2006; Fingerma, Pitzer, Lefkowitz, Birditt & Mroczek, 2008). Os especialistas argumentam que a relação filial deve ser considerada quando se investiga os cuidados filiais, com particular atenção para a natureza desenvolvimental da relação filial e os antecedentes dos cuidados. No entanto, a investigação tem-se focado essencialmente nas implicações ou consequências do cuidar para o cuidador informal e para o idoso, sendo escassos os estudos que se focalizam nos antecedentes do cuidar. Isto é, nas variáveis ou dimensões que facilitam ou limitam a adaptação ao papel de cuidador e que contribuem positiva ou negativamente para a qualidade dos cuidados proporcionados. Neste contexto, o conceito de maturidade filial proposto por Blenker (1965) é muito útil na medida em que permite compreender a transformação que ocorre na relação pais envelhecidos-filhos adultos. Para autora, a partir do momento em que os filhos são capazes de aceitar e perceber os pais como pessoas com limitações, necessidades e direitos, mas também com uma história passada desenvolveram a maturidade filial. No entanto, existe evidência de que muitos filhos adultos respondem com algum grau de preocupação ou mal-estar às necessidades dos pais envelhecidos. Isto é, parecem estar pouco comprometidos com o seu papel de futuros cuidadores, mostrando-se preocupados com a quantidade de ajuda a proporcionar e com a sua capacidade para lidar com tal exigência (Cicirelli, 1981). Este processo, designado por Cicirelli (1988) de ansiedade filial, é definido como um estado de preocupação antecipada face ao declínio e perda dos pais envelhecidos e à capacidade pessoal para satisfazer as necessidades de cuidados. A investigação neste âmbito tem reunido evidências que sugerem a sua relevância para os cuidados filiais, na medida em que desempenha um papel importante na disponibilidade e qualidade do cuidado proporcionado, pois pode, antecipadamente, condicionar a capacidade do cuidador informal para cuidar. Globalmente, as mulheres tendem a apresentar níveis mais elevados de ansiedade filial, assim como pessoas com recursos educativos menores (Cicirelli, 1988); níveis superiores de ansiedade filial tendem a estar associados a níveis menores de sentimentos de solidariedade e expressividade (Murray et al., 1996), a relações pais-filhos pobres, conflituosas, tensas ou distantes emocionalmente (Myers & Cavanaugh, 1995), a pior condição de saúde do cuidador informal (Laditka & Pappas-Rogich, 2001), e maior desgaste e sobrecarga na situação efectiva de cuidar (Bradley, Miller, Murtha, Parkinson, & Horst, 2008). Assim, o presente estudo tem como objectivos (1) avaliar a ansiedade filial em filhos adultos de meia-idade e (2) explorar a relação da ansiedade filial com características destes cuidadores informais.

METODOLOGIA

Participantes. 130 adultos de meia-idade (35 aos 64 anos), tendo-se definido como critérios de inclusão ter pelo menos um dos pais (ou outro familiar directo) idoso vivo a residir na mesma cidade.

Instrumentos. *Ficha Sociodemográfica.* Permite obter informação relativa a características sociodemográficas, tais como género, idade, escolaridade, estado civil, composição e características do agregado familiar, número de idosos na família, distância da residência adulto-familiar idoso de referência, regularidade de contacto com o mesmo, e experiência prévia e actual de cuidados a familiares idosos.

Escala de Ansiedade Filial (EAF, Faria, Lamela, Silva & Bastos, 2013). Escala constituída por 13 itens cotados numa escala tipo Likert de cinco pontos, sendo que a pontuação total varia entre 13 e 65 pontos. A EAF é constituída por duas subescalas: i) Ansiedade Filial A (EAF-A), composta pelos primeiros sete itens que avaliam a ansiedade dos filhos de meia-idade face à sua capacidade para assumir o papel de cuidador e; ii) Ansiedade Filial B (EAF-B), composta pelos últimos seis itens que avaliam a ansiedade dos filhos face ao envelhecimento e declínio dos pais. A EAF apresenta bons indicadores de fiabilidade, com *alpha de Cronbach* de .86 para a EAF-A, .84 para a EAF-B e .87 para a Escala total.

Procedimentos de recolha de dados. O protocolo de avaliação foi aplicado entre Março e Junho de 2012 em diferentes contextos (empresas/organizações, famílias, etc).

ANÁLISE

Todas as análises estatísticas foram conduzidas com recurso ao *software* estatístico *IBM Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS® - versão 20.0).

RESULTADOS

Os participantes apresentam idade média de 50.25 anos ($DP = 7.97$), são maioritariamente do género feminino (64,6%), casados (80%), e com escolaridade entre o 10º e o 12º ano (28,5%), 50% revelou ter prestado cuidados a um familiar idoso no passado, e 68,5% prestava cuidados de forma regular e sistemática na altura do estudo (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

		<i>N</i> (130)	(%)
Idade		$M = 50.25$ ($DP = 7.97$)	
Género	Masculino	46	35.4%
	Feminino	84	64.6%
Estado Civil	Solteiro	8	6.2%
	Casado	104	80%
	União de facto	2	1.5%
	Divorciado	11	8.5%
	Viúvo	4	3.1%
Escolaridade	Saber ler e/ou escrever	2	1.5%
	1-4 anos	8	6.2%
	5º-6ºano	17	13.1%
	7-9º ano	19	14.6%
	10-12º ano	37	28.5%
	Licenciatura	31	23.8%
	Pós-graduação	14	10.8%
Prestação de cuidados no passado	Sim	65	50%
	Não	64	49.2%
Prestação de cuidados, no presente	Sim	40	30.8%
	Não	89	68.5%

Foram encontradas diferenças marginalmente significativas ao nível da EAF-B e da Escala de Ansiedade Filial em função do género, sendo que as mulheres apresentaram níveis marginalmente superiores de ansiedade filial face ao bem-estar dos pais (EAF-B) e globais comparativamente aos homens (Tabela 2). Já em termos de idade não foram entradas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 2. Médias, Desvios-padrão e Testes t para a EAF em Função do Género

Variável	Género				t(128)
	Feminino (n = 84)		Masculino (n = 46)		
	M	DP	M	DP	
Ansiedade Filial A	20.4	6.92	18.9	6.42	1.27
Ansiedade Filial B	23.5	5.20	21.6	5.52	1.91 [†]
Escala de Ansiedade Filial (Total)	43.9	10.5	40.5	9.43	1.85 [†]

Nota. [†] p < .10.

Relativamente às diferenças de escolaridade na Escala de Ansiedade Filial (A, B e Total), na EAF-A as análises estatísticas revelaram que os participantes com estudos universitários exibiram valores significativamente mais baixos nesta escala que os participantes dos restantes grupos, enquanto para a EAF-B as análises estatísticas evidenciaram que os participantes com estudos universitários se diferenciavam significativamente dos participantes com escolaridade entre o 7º e o 9º ano. Finalmente, na Escala de Ansiedade Filial Total em função dos grupos de escolaridade considerados os participantes com estudos universitários mostraram valores significativamente inferiores de ansiedade filial total do que os participantes de todos os restantes grupos (Tabela 3).

Tabela 3. Médias, Desvios-padrão e Testes ANOVA para a EAF em Função da Escolaridade

Variável	Escolaridade								F (3, 127)
	≤ 6º ano		7-9º ano		10-12º ano		Estudos universitários		
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Ansiedade Filial A	23.34	6.43	22.26	7.08	20.27	6.03	16.47	6.11	8.03***
Ansiedade Filial B	23.45	6.22	25.05	5.17	23.25	4.72	21.25	5.01	2.71*
Ansiedade Filial Total	46.79	10.62	47.31	10.28	43.51	8.95	37.72	9.24	7.19***

* p < .05. *** p < .001.

CONCLUSÃO

Globalmente, os resultados apresentados sugerem (1) uma associação estatisticamente significativa entre ansiedade filial, género e escolaridade, sendo que o género feminino e pessoas com baixa escolaridade apresentam níveis mais elevados de ansiedade filial. As diferenças de género encontradas na ansiedade filial, com as mulheres a apresentar valores mais elevados de ansiedade face ao envelhecimento dos pais e conseqüente declínio e perda destas figuras, bem como ansiedade filial global são consistentes com resultados internacionais neste domínio (e.g., Laditka & Pappas-Rogich, 2001). No actual contexto social, a mulher continua a ser a principal cuidadora de familiares envelhecidos, portanto é espectável que a mulher demonstre maior preocupação com o processo de envelhecimento dos que lhe são próximos e que antecipe maiores exigências a este nível. Por outro lado, atendendo ao estatuto social da mulher é provável que esta antecipe uma maior sobrecarga de tarefas e exigência na gestão de tarefas e papéis de vida à medida que os seus familiares envelhecem, bem como uma maior interferência deste novo papel de cuidadora nos restantes papéis de vida – profissional, mulher, mãe, amiga. Também as diferenças significativas encontradas ao nível da escolaridade são consistentes com resultados a nível internacional (e.g., Cicirelli, 1988). Assim, parece-nos que o que poderá contribuir para o facto de os participantes com níveis superiores de escolaridade apresentarem menor ansiedade face à sua capacidade para cuidar dos pais envelhecidos, assim como para lidar com o declínio

destes, poderá decorrer do acesso a mais recursos materiais e imateriais que estas pessoas poderão ter. Isto é, mais formação pode significar maior capacidade para, do ponto de vista cognitivo, compreender o processo de envelhecimento o que poderá reduzir os níveis de ansiedade, e mais formação poderá também significar empregos mais diferenciados, logo estatuto socio-económico mais elevado, logo mais facilidade de acesso a serviços e ajudas complementares no processo de cuidar. O presente estudo apresenta algumas limitações que importa considerar. Os procedimentos de amostragem e número de participantes impedem a generalização dos resultados, pelo que estes devem ser lidos como uma primeira abordagem ao estudo da ansiedade filial no âmbito dos cuidados filiais. Por outro lado, a utilização de instrumentos de auto-relato condiciona os resultados devido ao efeito da desejabilidade social. Em investigações futuras importa considerar estas limitações e alargar o foco do estudo. Globalmente consideramos que o presente estudo reúne potencial para a investigação e intervenção futura no âmbito do desenvolvimento adulto e do envelhecimento, particularmente numa dimensão nuclear do ser-humano: o cuidar e ser cuidado na relação filial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Blenker, M. (1965). Social work and family relations in later life with some thoughts on filial maturity. In E. Shanas & G. F. Streib (Eds.), *Social structure and the family: Generational relations* (pp. 46-59). New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Blieszner, R. (2006). Close relationships in middle and late adulthood. In A. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 211-227). New York: Cambridge University Press.
- Bradley, S., Miller, J., Murtha, B., Parkinson, J., & Horst, S. (2008). Filial anxiety among adult children: An exploratory study of planning behaviors. *Praxis, 8*, 37-45.
- Cicirelli, V. (1981). *Helping elderly parents: Role of adult children*. Boston: Auburn House.
- Cicirelli, V. (1988). A measure of filial anxiety regarding anticipated care of elderly parents. *The Gerontological Society of America, 28*, 478-482.
- Cicirelli, V. (1993). Attachment and obligation as daughter's motives for caregiving behavior and subsequent effects on subjective burden. *Psychology and Aging, 8*, 144-155.
- Fingerman, K. L., Pitzer, L., Lefkowitz, E. S., Birditt, K. S., & Mroczek, D. (2008). Ambivalent relationship qualities between adults and their parents: Implications for both parties' well-being. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 63*, 362-371.
- Laditka, S., & Pappas-Rogich, M. (2001). Anticipatory caregiving anxiety among older women and men. *Journal of Women & Aging, 13* (1), 3-18.
- Murray, P., Lowe, J., Anderson, H., Horne, H., Lott, W., & Macdonald, S. (1996). Validity studies of the filial anxiety scale. *The Gerontologist, 36*, 110-112.
- Myers, E., & Cavanaugh, J. (1995). Filial anxiety in mothers and daughters: Cross-validation of Cicirelli's Anxiety Scale. *Journal of Adult Development, 2*, 137-145.
- Schultz, C. L., & Schultz, N. C. (1998). *The caregiving years*. Melbourne, Australia: ACER

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Carla Faria, Instituto Politécnico de Viana do Castelo - ESE, cfaria@ese.ipv.pt

ANII: Fundamentos morais e planos de acção organizacionais e educacionais de promoção dos direitos da pessoa idosa

Laura Martinho
Sónia Carreira da Conceição

I - RESUMO

A experiência social e subjectiva de boa parte da população idosa portuguesa é de discriminação com base na idade (Ferreira –Alves & Novo, 2006); paralelamente, a percentagem de auto-retrato de abuso e negligência por parte de mulheres idosas em Portugal atinge valores muito significativos (cerca de 10,5 % de abuso severo) sendo mesmo os valores mais elevados de entre os outros 4 países estudados (Ferreira –Alves & Santos, 2010).

Esta realidade, descrita nos estudos citados e em vários outros, além de perturbante, questiona-nos e interpela-nos sobre o que estará ao nosso alcance fazer para melhor compreender a experiência dos nossos séniores e para promover a qualidade de vida que é devida a pessoas de qualquer idade.

Nesta apresentação, apresentaremos os fundamentos morais da criação de uma associação nacional cujo fim último é contribuir para uma visão e uma prática interpessoal e profissional dignificada junto das pessoas de mais idade. Apresentaremos a filosofia e os planos de acção que delineamos para levar à prática esse objectivo, planos esses que cruzam o domínio da lei e dos direitos humanos bem como a educação e o desenvolvimento humano.

Palavras-chaves: adultos idosos, direitos humanos, associação, protecção, promoção.

II - A Associação: ANII-Associação Nacional para a Protecção e Promoção da Pessoa Idosa

Todas as associações, mesmo as mais recentes, têm na sua história, um passado do qual se alicerça o presente e se projectam acções futuras, assim vão construindo a sua história. Esta associação, designada por Associação Nacional de Protecção e Promoção da Pessoa Idosa-ANII, também teve a sua origem num determinado tempo, por acção humana, na qual se cruzam interesses e necessidades sociais, políticas e culturais e educativas baseadas em concepções ideológicas de protecção, promoção e desenvolvimento da Pessoa Idosa.

Foi iniciada por um grupo de conterrâneos com espírito de iniciativa que a título voluntário, pretendiam contribuir para o melhoramento da vida social das Pessoas Idosas e ao mesmo tempo prevenir as suas vulnerabilidades tendo em vista a sua transformação e consciencialização.

De acordo com os estatutos das instituições particulares de solidariedade social pelo qual se rege a ANII “São instituições particulares de solidariedade social constituídas, sem fins lucrativos, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e desde que não estejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, para prosseguir, entre outros os seguintes objectivos, mediante a concessão de bens e prestação de serviços: a)...b)...c)...d)...e)...f)...g)... (Decreto-Lei nº119/83 artº1º).

A ANII é regida por estatutos próprios elaborados pelos membros da Comissão Instaladora e fundadora. Através dos estatutos foi criada uma pessoa colectiva de utilidade pública administrativa de tipo associativo

composta por um número ilimitado de associados, sendo a sua gerência exercida pela direcção, assembleia geral e conselho fiscal. Rege-se por estatutos próprios.

Neste contexto de participação associativa, os estatutos foram elaborados com a participação dos intervenientes em todo o processo. Deste modo, *“Tenho encontrado nos projectos locais de desenvolvimento muitas portas abertas à cooperação. É nesses projectos que tenho encontrado exemplos mais inovadores de trabalho integrado e de trabalho de parceria, é neles que também tenho encontrado capacidades de iniciativa de cidadãos que pareciam adormecidos e passivos. Eu diria que há nestes projectos algo de laboratório de democracia participativa, de cidadania, de um novo sistema político”* Amaro (1996, p.22).

III - Direitos Humanos Educação e Desenvolvimento

A temática da violência dos direitos da Pessoa Idosa, nomeadamente a dos maus-tratos, tem sido alvo de crescente atenção, sobretudo, por parte dos órgãos da comunicação social do nosso País.

Deste modo, tem-se dado gradual atenção para com a obrigação de protecção e promoção dos direitos fundamentais da Pessoa Idosa.

Os Direitos Humanos são o maior desafio do Séc. XXI. Deste modo faz todo o sentido a ANII- Associação Nacional Protecção e Promoção da Pessoa Idosa, no desenvolvimento de estratégias de intervenção para encontrar caminhos de mudança, que promovam a qualidade de vida da Pessoa Idosa.

Deste modo, a ANII como organização, tem como estratégias de desenvolvimento: *“o exercício de uma liderança empreendedora (capaz de fazer o diagnóstico, dar o impulso inicial, criar a ruptura com a situação anterior, gerir e animar o processo de mudança e introduzir-lhe as correcções necessárias); e uma participação efectiva dos actores interessados (capaz de assegurar a mobilização das suas ideias, dos seus saberes, da sua experiência, das suas soluções”* (friedberg, 1995, p. 346).

A questão dos direitos humanos, e da educação para os direitos humanos, implica, saber que sentido, têm hoje os direitos humanos e a reflexão e a acção em torno e em prol dos direitos humanos da Pessoa Idosa. E saber qual o contributo que a educação pode dar à promoção dos direitos humanos e reciprocamente, qual a interpelação que os direitos humanos, o pensar e agir em termos de direitos humanos, coloca à educação ao longo de vida.

a) Para que os direitos da Pessoa Idosa prevaleçam:

Devemos estar contagiados pelo movimento da ANII em torno da dignidade, quer se trate da aplicação dos instrumentos já disponíveis, quer se considere o espaço de diálogo permanente que o assunto exige, de modo a tornar imparável o movimento da ANII em torno da dignidade da Pessoa Humana, mesmo naquelas circunstâncias mais extremas como são as dos atropelos aos seus direitos. É necessário, neste contexto, combater o silêncio e a tolerância de todos perante os actos criminosos de alguns.

O foco em que assenta a ANII, é promover os direitos da pessoa idosa tendo como fim último a sua protecção - promover a protecção dos direitos da pessoa idosa.

O artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos do Homem publicada em 1948, estabelece que *“todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para os outros em espírito de fraternidade”*.

Deste modo, a dignidade é um valor universal uma qualidade especifica e única do homem, que deve ser respeitada sob pena de lhe negarmos a sua própria condição.

Neste contexto, a ANII pretende abrir caminhos aos Direitos da Pessoa Humana, já que a sua protecção e promoção constitui a tarefa essencial, central e unificadora da ANII e dos parceiros envolvidos e a envolver entre os quais os cuidadores informais.

Por uma Cidadania activa mais esclarecida e actuante junto da Pessoa Idosa, da família, dos cuidadores

informais e de toda a comunidade local. Dada a importância crescente de que se reveste uma cidadania activa, participante e responsável do nosso futuro colectivo numa sociedade que respeite a Pessoa Idosa.

A compreensão da complementaridade entre os diferentes olhares e a percepção do papel primordial da comunidade, nomeadamente através de determinados membros-chaves que transmitam as necessidades sentidas pelas Pessoas Idosas dessa comunidade, podem desencadear processos de consciencialização da problemática e encontrar caminhos de mudança em articulação com as instituições e outros sectores da sociedade, visando o próprio desenvolvimento local, regional e nacional.

Assim a ANII pretende ser mobilizadora e sensibilizadora da Cidadania Activa em prol dos direitos da Pessoa Idosa.

b) Objectivo geral:

Promoção e implementação dos direitos da Pessoa Idosa em prol da sua qualidade de vida.

c) Objectivos específicos:

- a)_ Promover os interesses da Pessoa Idosa, contribuindo para o seu bem-estar físico, social, cultural e educativo;
- b)_ Contribuir para a prevenção de maus-tratos à Pessoa Idosa;
- c)_ Promover a informação, o debate e a divulgação sobre questões referentes aos Direitos Humanos;
- d)_ Identificar problemas, obstáculos e desafios, no processo do envelhecimento activo;
- e)_ Incentivar e dinamizar a participação colectiva na construção de uma sociedade solidária com a Pessoa Idosa;
- f)_ Promover e apoiar a implementação de boas práticas na intervenção com a Pessoa Idosa;
- g)_ Incentivar a criação de Grupos de Trabalho, junto das Entidades Públicas e Privadas, Locais e Nacionais, para desenvolverem actividades no sentido da Promoção e Protecção dos interesses da Pessoa Idosa;
- h)_ Promover, junto da sociedade civil, a liberdade, a cidadania activa e o Direito da Pessoa Idosa ao seu projecto de vida;
- i)_ Dinamizar e organizar encontros, de reflexão, debates, conferências, colóquios, seminários, workshops, e acções de formação em articulação com a Comunidade Pedagógica, Científica e Cultural, Entidades Oficiais e Entidades Privadas;
- j)_ Criar o Estatuto Nacional da Pessoa Idosa;
- k)_ Colaborar na criação e na implementação da Convenção dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa;
- l)_ Criar um objecto de identificação e sensibilização dos direitos da Pessoa Idosa;
- m)_ Caracterizar as organizações parceiras, nas suas dimensões organizativas e funcionais, nomeadamente no que se refere à sua participação e envolvimento no projecto;
- n)_ Identificar os elementos que facilitam e/ou dificultam a implementação dos direitos da Pessoa Idosa;
- o)_ Conhecer a opinião e as expectativas dos diferentes actores face aos direitos da Pessoa Idosa;
- p)_ Identificar como e quando os direitos da Pessoa Idosa se vão construindo e desenvolvendo como oportunidade;
- q)_ Saber quais os mecanismos utilizados pelos parceiros para promover os direitos da Pessoa Idosa.

IV - Descrição Detalhada

Referências Bibliográficas

Como identificação do papel da ANII, parece poder-se afirmar como o autor: “O “País” da idade Avançada: preparativos para uma longa permanência” Alves, J. F. (2010) (na conferência intitulada “A Construção da Carta dos Direitos da Pessoa Idosa”, 2010).

Deste modo, faz todo o sentido Educação e Desenvolvimento ao longo da vida como “pilares” para os Direitos Humanos em plena cidadania activa e com a participação activa da Pessoa Idosa. Assim, “para ser possível suportar mais facilmente o envelhecimento só parece existir um caminho: devolver a vez e a voz aos idosos” Braga, C. (2009, p. 4).

V - Dar a vez e a voz aos Idosos

A coragem, a coerência, a persistência, a inovação e a mudança têm de ser um imperativo na nossa consciência para que possamos abrir perspectivas e oportunidades às Pessoas Idosas.

O desejo de contribuir para um envelhecimento activo, enriquecido, bem-sucedido e sustentável onde os direitos da Pessoa Idosa sejam concretizados passa pela educação como o poder de comunicar, de aprender, de partilhar de inovar e participar.

São condições para o equilíbrio social, cultural, psicológico e educativo se concretize na harmonia e respeito pelas especificidades de cada Pessoa Idosa.

Perante a grave escalada de violência, com todo o processo de sofrimento que lhe está inerente, não caberá só aos políticos a tomada de consciência para tão grave situação cabe a toda a sociedade em geral ter a coragem de denunciar, exigindo que a corrupção contra a Pessoa Idosa acabe, para que o nosso silêncio não seja considerado - cumplicidade.

Deste modo, a educação e o desenvolvimento que conduzem aos direitos humanos são um desafio deste século, onde, os cuidadores informais desempenham um papel de relevo em articulação com a ANII e a comunidade onde exercem as suas funções.

É também junto dos mais novos que este processo começa, transmitindo a estes a necessidade de contribuírem para o seu futuro social activo, participando e ajudando no melhoramento da vida do idoso.

Direitos Humanos Educação e Desenvolvimento são os pilares fundamentais para uma inovação social e educacional.

A Educação como afirmação de autonomia e de se afirmar como cidadão com direitos e deveres.

A atitude psicológica optimista capaz da Pessoa Humana assumir toda a amplitude dos direitos humanos.

A participação como processo de oportunidades e emancipação, que leva ao envelhecimento sustentável.

As Universidades Séniores, as comunidades e os cuidadores informais devem aceitar os séniores como seus parceiros fundamentais nas aprendizagens que lhes proporcionam e oferecer-lhes um amplo conjunto de oportunidades para participarem. É importante a informação, a abertura, a valorização, a responsabilização, o reconhecimento e a motivação dos séniores para que as suas capacidades se revelem e as competências se manifestem no seu dia-a-dia dando lugar a novas aprendizagens, que projectam novas competências, onde novos conhecimentos fazem desabrochar novas capacidades para participar, tornando o envelhecimento do sénior activo, bem-sucedido e auto-sustentado.

O direito a participar activamente é imprescindível para um envelhecimento sustentável. Deste modo, a participação activa dos séniores revela-se de extrema importância no envelhecimento activo com sustentabilidade e como oportunidades.

A participação dos séniores é fundamental no processo da sua aprendizagem, formação, actualização, prevenção, intervenção, realização e afirmação que decorre em simultâneo e cada vez mais das instituições: Família, Universidades Séniores e Comunidade. Esta participação colectiva carece, contudo, ainda de uma longa aprendizagem para que, na realidade, possa ser uma autêntica participação. As Universidades Séniores têm um papel fundamental no desenrolar do processo de aprendizagem dos séniores, de que se não podem alhear. Compete a todos desenvolver as melhores estratégias para que se possa efectivar uma participação mais plena de sentido e de direitos. É necessário ter em conta, conforme apontam vários estudos, que o futuro ficará irremediavelmente comprometido senão se dedicar a este período da vida, aos séniores, uma atenção cada vez mais atenta e cuidada, no sentido da aprendizagem, da socialização e da cidadania dos séniores para que, com novas competências e capacidades, possam participar, decidir e afirmar-se como Pessoas de plenos Direitos e projectando novas oportunidades, sobre as suas vidas em sociedade.

Mas é preciso agir em prol dos que não conseguem fazer ouvir a sua voz. E que a educação dos séniores se torne uma realidade sem discriminação, nem “atropelos”. E que se realize “de um lado o controle social que a educação permite, do outro a emancipação a que ela abre portas” Candeias, A. (2009, p:234).

A participação é um imperativo social, político, económico, cultural, educativo e ético;

A participação dos séniores está relacionada com a sua própria experiência de inclusão e de conhecimento;

A participação influencia a inclusão, bem como o acesso à informação e a competências;

A participação contribui para um envelhecimento activo, bem-sucedido e sustentável.

A ANII abre caminhos para a participação da Pessoa Idosa na construção dos seus Direitos e Oportunidades.

Direitos Humanos como grande objectivo da ANII, onde se reconhece como fundamental o papel dos cuidadores informais junto da Pessoa Idosa, porque são eles que mais próximos estão destes.

BIBLIOGRAFIA

Actas do Seminário (2000), *Envelhecer: Um Direito em Construção*. Comissão Nacional para o Ano Internacional das Pessoas Idosas e Fundação Oriente.

Annan, K. (2003). *Década das Nações Unidas para a Alfabetização: Educação para Todos 2003-2012. Plano de Acção Internacional. Implementação da Resolução nº56/116, da Assembleia-Geral*. Relatório do Secretário Geral da ONU. UNESCO Ministério da Educação. Brasília.

Beauvoir, S. (1997). *A Velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. (3ª Ed.) Lisboa: Edições 70.

Braga, C. (2009). Idosos Vozes (cada vez mais) anoitecidas. *Pretextos- Revista do Instituto da Segurança Social*, I.P. 36.

Oliveira, J. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*, (2ª Ed.). Porto: Legis Editora/LivPsic.

Barroso, J. (1997). *Autonomia e Gestão das Escolas*, Lisboa: Ministério da Educação.

Braga, C. (1999). Idosos Vozes (cada vez mais) anoitecidas. *Pretextos- Revista do Instituto da Segurança Social*, I.P. 36.

Brandão, O. (2000). *Formação em contexto associativo*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

Botelho, M. A. S. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos*. Porto: Laboratórios Bial.

- BRUNER, J. (2000). *Cultura da Educação* (Queirós, trad. 1996). Lisboa: Edições 70 (original 1996).
- Cabornero & LIMÓN (2004). *Grupos De Debate Para Idosos: Guia prático para coordenadores dos encontros*. Brasil: Edições Loyola.
- Cabral, M. V. (1997). *Cidadania Política e Equidade Social em Portugal*. Oeiras; Edições Celta
- Cabral, R. (1997). *Mundo Actual e Pluralismo*. Broténia, 44.
- Canário, R. (2000). Territórios Educativos de Intervenção Prioritária: A Escola face à Exclusão Social. *Revista Educação IX*, 1, 125 – 135.
- Canário, R. (2008). Escola Rural: de objecto a objecto de estudo. *Revista Educação*, 33 (1), 33-43.
- Candeias, A. (2009). *Educação, Estado e Mercado no Século XX*. Apontamentos sobre o caso português numa perspectiva comparada. FCSH da Universidade Nova de Lisboa: Edições Colibri.
- Carmo, H. & FERREIRA, M. (1998). *Metodologia da Investigação: guia para a auto-aprendizagem*. Universidade Aberta.
- Carvalho, A.D. & BAPTISTA, I. (2004). *Educação Social- Fundamentos e Estratégias*. Porto Editora.
- Carreras, J. S. & Escarbajal, A. (1998). *La Educació de Personas Adultos. En defensa de la reflexividade crítica*. Salamanca: Amaréu.
- Centro de estudos e desenvolvimento regional e urbano (2008). *Estudo de Avaliação das Necessidades dos Séniores em Portugal*. Relatório Final.
- Centro de informação das nações unidas (1995). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Lisboa: Florida Gráfica.
- Comissão europeia (1995). *Livro Branco sobre a educação e a formação. Ensinar e Aprender- Rumo à Sociedade Cognitiva*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- COMISSÃO das COMUNIDADES EUROPEIAS (2000). *Memorando Sobre a Aprendizagem ao longo da vida*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias.
- Constituição da República Portuguesa de 2 de Abril de 1976.
 - Constituição da República Portuguesa de acordo com a quarta revisão (1997). Couvaneiro, C. S. (2004). *Práticas Cooperativas - Personalização e Socialização*. Colecção: Epistemologia e Sociedade. Instituto Piaget. Stória Editores, Lda.
 - Decisão nº 940/2011/EU do Parlamento Europeu e do Conselho de 14 de Setembro.
 - Decisão nº 1720/CE 15 de Novembro de 2006.
 - Declaração Universal dos Direitos do Homem de 9 de Março de 1978. Diário da República nº57/78 de 9 de Março de 1978.
 - Declaração do Congresso Mundial dos Recursos Educativos Abertos.
 - Declaração Política e Plano de Acção Internacional de Madrid.
- Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948).
- Decreto-Lei nº 594 de 7 de Novembro 1974.
 - Decreto-Lei nº 384/76 de 20 de Maio de 1976.
 - Decreto-Lei nº 13322 de 25 de Março 1927.
 - Decreto-Lei nº 22468 de 11 de Abril de 1933.

- Decreto Lei nº252 de 28 de Junho de 1982.
- Decreto-Lei nº 1901 de 21 de Março de 1935.
- Decreto-Lei nº 460 de 7 de Novembro de 1977. Delores, J. (1998). *Os Quatro pilares da Educação*. In: Educação: Um Tesouro a Descobrir. São Paulo:Cortez, Brasília: MEC: UNESCO.
- Drucker, P.(1997). *Organizações Sem Fins Lucrativos*. Lisboa: Difusão Cultural.
- Estrela, A. (1994). *Teoria e prática de observação de classes*. (4ª Ed), Porto: Porto Editora.
- Fernandes, J. V. (1998). *Da alfabetização/educação de adultos à educação popular comunitária: relevância do contributo de Paulo Freire*. In M. Apple, C. A. Torres, P. Furter, A. Puiggrós, J. V. Fernandes, A. M. Saúl, et al., Paulo Freire: Política e pedagogia (pp. 130;151). Porto: Porto Editora.
- Fernandes, P. (2002). *A Depressão no Idoso*, (2ª ed.). Coimbra, Editora Quarteto.
- Fernandes, J. (2003). *O Associativismo de Pais. No Limiar da Virtualidade?*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Ferreira, Alves, J. & Novo, R. (2006). "Avaliação da Discriminação Social de Pessoas Idosas em Portugal", *International Journal of Clinical and...*
- Ferreira, Alves, J. & Santos, A.J. (2010), *Spanish Oder Adulta Abuse and Neglect: A Literature Review*. Braga Universidade do Minho. Publisher: Stakes.
- Ferreira, Alves, J. & Martinho, L. H. (2010) *Construção da Carta dos Direitos da Pessoa Idosa*.
- Ferreira, H. (1992). *A Administração da educação primária entre 1926 e 1986*. Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Ferreira, H. (1994). *A escola de organização participativa a organização participada – será um projecto possível?* Comunicação para o V colloque "L'école: un object d'étude". Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Finger, M. (2005). *A Educação de Adultos e o Futuro da Sociedade*. In: Canário,R. Cabrito, B. Educação e Formação de Adultos. Lisboa: Educa.
- Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento Uma Abordagem Psicológica*. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa Editora: Col. Campus do Saber.
- Fonseca, A. (2006). *Transição- adaptação à reforma na população portuguesa*. Psy-chologica.
- Fonseca, A. (2009). *Que Vida Depois da Reforma?* In Fundação Calouste Gulbenkian (org.), Fórum Gulbenkian de Saúde Sobre o Envelhecimento (pp. 151-174.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian,
- Fosnot, C. (1996). *Construtivismo e Educação: teoria, perspectivas e prática*. Instituto Piaget.
- Freire, J. (Org.) (2004). *Associações Profissionais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Freire, P. & MACEDO, (1987). *Literacty: Reading the word and the world*. Mass. Bergin Garvey.
- Freire, P. (1980). *Conscientização – Teoria e Prática da Libertação*. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo:Ed. Centauro.
- Freire, P. (1986). *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1997).REIRE, P. (2000). *Pedagogia de Indignação. Cartas Pedagógicas e outros Escritos*. São Paulo: Unisp.
- Freire, P. (2005). *Educação e Mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Friedberg, E. (1993). *O Poder e a Regra. Dinâmicas da Acção Organizada*. Instituto Piaget.
- Fundação calouste gulbenkian (2009). *O tempo da vida: Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento*. Cascais: Princípia.

- Guimarães, P. & Sancho, A.V. (2001). *A participação nas associações: Novos D*
- Guerra, I. C. (2006). *Participação e Acção Colectiva- Interesses, Conflitos e Consensos*. Edição: Príncipeia.
- Gulbenkian, F.(2009). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Tradução e Publicação da Fundação Calouste Gulbenkian. Publicado originalmente pela OMS em 2007 sobre o título: *Global age-friendly cities*.
- Hespanha, P.; Silva, P. ; Hespanha, M. J. (2000). *Entre o Estado e o Mercado- As Fragilidades das Instituições de Protecção Social em Portugal*. Coimbra: Quarteto.
- Jacob, L. (2011). *O Envelhecimento Activo: Criar novos projectos de vida*In ideias para um envelhecimento activo. Edições Rutas.
- Jacob, L. (2012). *Universidades Séniores*, in Ideias para um Envelhecimento activo. Editorial Estampa.
- Kalache, A. (2009). *O Envelhecimento e a Cidade* (pp.213-229).. In: O Tempo da Vida. Fórum Gulbenkian de Saúde Sobre o Envelhecimento.
- Laville, J. & Sansaulieu, R. (1997). *Sociologie de l'association. Des Organisations à l'épreuve du changement social*. Paris: Ed. Desclée de Brouwer.
- Lessard-Hèrbert, M. Goyrtte, G. & Boutin, G. (1994). *Investigação Qualitativa – fundamentos e prática*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lei nº 1/82 de 30 de Setembro.
 - Lei nº 1/89 de 5 de Junho.
 - Lei nº 1/92 de 25 de Novembro.
 - Lei nº 1/97 de 20 de Setembro.
 - Lei nº 5/73 de 25 de Julho. *A educação permanente como parte do sistema educativo*.
 - Lei N.º 46/86 de 14 de Outubro. *Lei de Bases do Sistema Educativo*.
- Lima, M. (2004). *Posso Participar?* (Actividades de desenvolvimento para idosos). Porto: Ambar.
- Cabornero, J. & Mendizábal, M. (2004). *Grupos de Debate Para Idosos*. Guia prático para coordenadores dos encontros. Edições Loyola.
- Ludke, M. & Andre, M. A. (1986). *Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas*. São Paulo: EPU.
- Malheiros, J. (1996). *Associativismo Popular- Originalidade do Povo Português*. Câmara Municipal de Almada.
- Martinho, L. H. (2013). *Práticas Participativas na Universidade Sénior em Contexto Rural: »Apelo» À Cidadania E Oportunidades: Tese de Doutoramento_ Faculdade de Cir, C. & FONSECA, A. M. (2005). Envelhecer em Portugal*. Lisboa. Climepsi.
- Monteiro, A. A. (2004). *Associativismo e Novos Sociais*. Coimbra: Editora quarteto.
- Monteiro, H. & Neto, F. (2008). *Universidades da Terceira Idade: da Solidão à Motivação*. Porto: Legis Editora.
- Mozzicafreddo, J. (2002). *Estado Providencia e Cidadania em Portugal*.(2 ed.) Oeiras: Celta Editora
- Nóvoa, A. et al (1995). *As organizações escolares em análise*. Instituto Inovação Educacional.
- Novo, R. (2003). *Para Além da Eudaimonia. O Bem-estar na Idade Adulta Avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Oliveira, C. C. (1998) *Linguagens da Comunicação Humana*. In Separata da Revista Sonhar. 5(2/3). . Braga, APPACDM.

- Oliveira, J. (2005). *Psicologia do Envelhecimento do Idoso*. (2ªEd.). Porto: Legis Editora/LivPsi.
- Paúl, C. Fonseca, A. ; Martín, I.; Amado, J. (2003). Psychosocial Profile of Rural and Urban Elders in Portugal. *European Psychologist*, 8(3),160-167.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa. Climepsi.
- Perrenoud, P. (2000). *Construindo Competências* (pp. 19-31) Escola Nova.
- Perrenoud, P. (2002). *A escola e a aprendizagem da democracia*. Porto: Edições ASA.
- Pinto, M. G. (2003). *As Universidades da Terceira Idade em Portugal: Das origens aos novos desafios do futuro*. *Revista da Faculdade de Letras “Línguas e Literatura”*, 20, 467 – 478.
- Pinto, M. G. L. C. (2008). *Da Aprendizagem ao Longo da Vida ou do exemplo de uma relação ternária: Agora, Antes, Depois* Faculdade de Letras de Universidade do Porto. Cadernos de Apoio Pedagógico da F. L.U.P.
- Pires, A. L. (2002). *Educação e Formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e competências*. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação. Lisboa: FCT da UNL. Edição do autor.
- Portaria N.º. 923/84 de 17 de Dezembro, Diário da República n.º 290, I Série
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva.
- Rego, R. (2004). *Enquadramento jurídico e participação social*. In Freire, J. (org.) (2004). *Associações Profissionais em Portugal* (pp. 187 – 224).. Oeiras: Celta Editora,
- Colóquio Europeu- Instituições e Famílias Face aos Cuidados com Pessoas Idosas- Desafios à Mudança* (1993).. Ano Europeu dos Idosos e da Solidariedade entre Gerações. Angra do Heroísmo- Terceira, Açores.
- Requeijo, A. (2005). *Educação Permanente e Educação de Adultos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Resolução n.º 47/5 da Assembleia Geral das Nações Unidas.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 91/98 de 14 de Julho de 1998.
- Resolução n.º 56/116 das Nações Unidas. *Alfabetização* (2003-2012).
- Resolução n.º 21/91 de 13 Outubro 1991.
- Resolução n.º155/2007 do Conselho de Ministros de 2 de Outubro 2007.
- Resolução de Conselho de Ministros n.º 61/2011 de 22 Dezembro 2011.
- Resolução de Conselho de Ministros n.º 66/2012.
- Ribeiro, A. & Ribeiro, L. (1990). *Planificação e avaliação do ensino aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Rodrigues, C. (2009). *Animação de Séniores: Uma Iniciativa Educativa Numa Universidade da Terceira Idade* Área de especialização: Formação de Adultos. Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Roths, L. (2006). *As Ovelhas Negras: uma iniciativa educativa de uma universidade da terceira idade*. In Lima, L. (org) *Educação não Escolar de Adultos. Iniciativas de Educação e Formação em Contexto Associativo*. Braga Universidade do Minho. Unidade de Educação de Adultos.
- Rocha, M. A. T. (2000). *A educação de adultos como projecto de democratização cultural*. Braga: Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia. (texto policopiado).
- Santos, A. T. & Sá, M. A. (2000). *De Volta às Aulas. Ensino e Aprendizagem na Terceira Idade*. In: Neri, Anita Libresso e Freire, Sueli Aparecido (orgs). *Epor falar em boa velhice*. Campinas: Papirus.
- Segurança Social* (2004) *Revista Pretextos*, 17.

- Silva, A. S. (1990). *Educação de Adultos- Educação para o Desenvolvimento*. Porto: Rio Tinto: Edições: ASA.
- Silva, A. & Pinto, J. (1986). *Metodologia das Ciências Sociais*. Edições Afrontamento.
- Silva, M. C. V. (2008). *Diversidade Cultural na Escola- Encontros e Desencontros*. Coleção Pedagogia e Educação. Edições: Colibri.
- Silva, M. (2005). *Cidadania Activa Desenvolvimento Justo e Sustentável*. Comissão Nacional Justiça e Paz Editora: Cidade Nova.
- Simoes, A. (1999). *A Educação dos Idosos: uma Tarefa Prioritária*. In *Revista Portuguesa de Educação*, 12(2), 17-27.
- Simões, A. (2006). *A Nova Velhice*, (1ª ed.). Porto: Ambar.
- Santos, B. (1994). *Pela mão de Alice – O Social e o político na Pós-modernidade*. Porto: Afrontamento.
- Santos, B. (1998). *Reinventar a Democracia*. Edições Gradiva.
- Supan, A. B. (2009). *Envelhecimento e Trabalho: A Velha Europa Pode Ainda Ser Próspera?* (pp.195-213) In Fundação Calouste Gulbenkian. Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian,
- Tocqueville, A. (1972). *A democratização na América*. Lisboa: Estúdios Cor.
- Tournier, P. (1981). *Aprender a Envelhecer* Coleção: Problemas de Hoje/5 Editorial Perpétuo Socorro: Porto.
- UNESCO (2002). *UNESCO e os Desafios do Novo Século /Koichiro Matsucra*; Brasilia.
- Vandenplas-holper, C. (2000). *Desenvolvimento Psicológico na Idade Adulta e Durante a Velhice: Maturidade e Sabedoria*, Porto: Edições ASA.
- Veloso, E. (2002). *As Universidades da Terceira Idade em Portugal: Contributos para uma caracterização*. Tese de Dissertação para a obtenção do grau de Doutor na Universidade do Minho. Braga, Portugal.
- Veloso, E. (2005). *Políticas e contextos educativos para os Idosos: um estudo sociológico numa Universidade da Terceira Idade em Portugal*. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Minho. Braga, Portugal.
- Viegas, S. M. e Gomes, A. C. (2007). *A Identidade na Velhice*. Coleção Idade do Saber. Porto: Ambar.
- Yin, R. K. (1994). *Pesquisa Estudo Caso- Desenho e Métodos* (2ª ed). Porto Alegre: Bookman
- WHO, (2002). *Active ageing: A policy framework*.

Contactos:

ANII - anii.associaçãonacional@gmail.com

Laura Martinho - 910854676

Email: martinho.laura@gmail.com

Sónia Carreira da Conceição - 919133733

Email: soniacarreiraconceicao@gmail.com

Bem-estar subjetivo de pessoas idosas em contexto rural e urbano

Rui Viana¹, Sara Viana¹, Renato Andrade¹ & Félix Neto²

1. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

2. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

Resumo

Objetivos: investigar os níveis de Bem-Estar Subjetivo (BES) entre idosos segundo o contexto geográfico rural e urbano e o género, e explorar a relação entre o BES e a Autoestima, o Otimismo e a Solidão. **Métodos:** A amostra foi constituída por 207 idosos, com idade média de 72 anos (variando entre 65-88 anos), inseridos nos contextos geográficos rural (concelho de Vieira do Minho) e urbano (concelho do Porto). Os instrumentos utilizados foram a Escala de Afeto Positivo e Negativo, a Escala de Satisfação com a Vida, a Escala de Autoestima Global, a Escala de Otimismo, Escala de Solidão e o questionário de Variáveis Sociodemográficas. **Análise:** Recorremos à análise de variância ANOVA e a identificação de associações entre variáveis foi realizada pelo coeficiente de correlação de Pearson. O nível de significância estatístico foi mantido para $p < 0,05$. **Resultados:** Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente ao BES dos idosos em função dos contextos geográficos rural e urbano e do género. Foram encontradas correlações significativas e positivas entre o BES e a Autoestima e o Otimismo, e negativas entre o BES e a Solidão, independentemente dos contextos geográficos rural e urbano. **Conclusão:** As implicações destes resultados são discutidas, salientando a relevância do uso de diferentes metodologias em Psicologia Positiva, particularmente no BES de pessoas idosas.

Sumario

Objetivos: Investigar la relación entre los niveles de bienestar (BES) en los ancianos insertados en contextos geográficos rurales y urbanos, y de acuerdo con el género y explorar la relación entre el BES y autoestima, el optimismo y la soledad. **Métodos:** La muestra consistió en 207 pacientes ancianos con una edad media de 72 años (rango 65-88 años), insertos en contextos geográficos rurales (municipio de Vieira do Minho) y urbanas (municipio de Porto). Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Afecto Positivo y Negativo, Escala de Satisfacción con la Vida, Escala Global autoestima, la Escala de optimismo, Escala de Soledad y un cuestionario con variables sociodemográficas. **Análisis:** Usamos el ANOVA y la identificación de la asociación entre las variables se realizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Se mantuvo el nivel de significación estadística de $p < 0,05$. **Resultados:** Se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en relación con SWB de las personas mayores en cuanto a las zonas rurales y urbanas contextos geográficos y de género. Se encontraron correlaciones significativas y positivas entre BES y la autoestima y el optimismo, y negativa entre BES y la soledad, independientemente de los contextos geográficos rurales y urbanos. **Conclusión:** Se discuten las implicaciones de estos resultados, haciendo hincapié en la importancia de la utilización de diferentes metodologías en la Psicología Positiva, sobre todo en los ancianos BES.

Palavras-Chave: Idosos; Bem-Estar Subjetivo; Rural; Urbano

INTRODUÇÃO

O estudo do Bem-Estar Subjectivo (BES) constitui um campo de investigação recente e insere-se no domínio da Psicologia Positiva, observando-se, cada vez mais, um movimento de valorização das suas variáveis, ao nível da comunidade em geral e da comunidade científica em particular, partilhado por muitos investigadores.

Nos últimos anos, os investigadores têm revelado um interesse crescente no estudo do envelhecimento, que sob o ponto de vista demográfico, pode ser interpretado como uma realidade contemporânea, que surge com inevitáveis e importantes repercussões nos mais variados contextos de vida do idoso, nomeadamente no contexto geográfico onde o idoso se insere.

Actualmente, o conceito de BES representa uma importante área de interesse para a investigação de muitas vertentes da Psicologia, designadamente, a Psicologia Positiva (Diener et al. 2002), e entre outros aspectos, na potenciação das relações pessoais, cidadania e prazer pela vida (Diener e Biswa- Diener, 2000; Seligman e Csikszentmihalyi, 2000).

Apesar do BES constituir um domínio de especial e inegável importância nas Ciências Sociais e Humanas, existem poucas investigações na população portuguesa, que avaliaram especificamente a relação das medidas do BES entre idosos de contextos geográficos rural urbano.

As razões da nossa opção pelos contextos geográficos rural e urbano prendem-se com aspectos subjacentes ao aumento do envelhecimento populacional, que nos leva a colocar a questão da influência do contexto geográfico ao nível pessoal, social e psicológico, podendo-se estar perante cenários com características específicas, mas que podem influenciar ou não o modo como os idosos neles envelhecem.

Embora o fenómeno do envelhecimento seja complexo, deve ser compreendido, não só pelo nível de conhecimentos de anatomo-fisiologia mas também pela sequência das histórias de vida e dos padrões diversificados de comportamentos e contextos, e pela cultura e relações sociais das várias épocas (Paúl, 2005; Paúl et al., 2005).

Não sendo fácil, ou até mesmo possível, assinalar uma idade ou um acontecimento que sejam sinónimos absolutos de entrada na velhice, as mais recentes transformações sociais, têm tornado ainda mais difícil a tarefa de concretizar adequadamente o que é envelhecer e quais são os factos e acontecimentos que protagonizam o envelhecimento (Oberg et al., 2004).

Não obstante, e de acordo com Arroteia e Cardoso (2006), a análise do envelhecimento, longe de ser encarada como um fenómeno isolado, deve ser feita tendo em conta a evolução de outros fenómenos sociais desencadeados pelo processo de industrialização e urbanização, responsáveis pela alteração dos valores e das tradições da nossa sociedade.

Por um lado, alguns estudos interpretam a relação das pessoas idosas com o seu contexto geográfico atual e passado, numa relação dialéctica entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas, por outro lado, outros estudos consideram que a dicotomia entre os contextos geográficos rural e urbano vai-se atenuando, e as suas interligações tendem a cruzar-se. Nesse sentido, torna-se crucial reconhecer e potenciar as oportunidades que daí resultam.

METODOLOGIA

Estudo comparativo transversal com 207 idosos (idade varia entre 65-88 anos), dos quais 104 estão inseridos na comunidade em contexto geográfico rural, e 103 inseridos na comunidade em contexto geográfico urbano. Estabelecemos como critérios de inclusão idosos inseridos em condições normais na comunidade e dispendo de condições para uma vida autónoma e como critérios de exclusão idosos institucionalizados, com patologias graves e perturbações psiquiátricas clinicamente diagnosticadas, e com elevado défice ao nível de competências cognitivas e motoras. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Afeto Positivo e Negativo (PANAS) (Watson, Clark e Tellegen, 1988; Simões (1993); a Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen e Griffin, 1985; Simões, 1992); a Escala de Autoestima Global (Rosenberg, 1965; Neto, 2003); a Escala de Otimismo (Barros, 1998); Escala de Solidão (Russell, Peplau e Cutrona, 1978; Neto, 1989) e o questionário de Variáveis Sociodemográficas.

ANÁLISE

Procedemos ao tratamento estatístico, utilizando o programa informático Statistical Package for Social Science (SPSS), na versão 18.0 para Windows. Utilizamos a análise de variância ANOVA e a análise correlacional. O nível de significância estatístico foi mantido para 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Inspecionámos a consistência interna das medidas e analisamos as variáveis do BES através das médias e desvios padrões, da análise de variância e da análise correlacional com as variáveis psicológicas.

Considerando que o BES contempla uma componente cognitiva e outra afectiva (Diener et al., 1999; Simões et al., 2000) e, dado que os três constructos (Afeto Negativo, Afeto Positivo e Satisfação com a Vida) evidenciaram um só factor, com valor próprio igual a 1,79, explicando 59,7% da variância, julgamos oportuno constituir um único *score* com os três respectivos indicadores de BES. Deste modo, o BES foi calculado como uma medida compósita, somando-se os valores de média de Satisfação com a Vida (SWLS) e Afeto Positivo (PA) e subtraindo-lhes os valores de média de Afeto Negativo (NA).

A análise dos dados (Tabela 1) revela valores de consistência interna adequados para todos os instrumentos, indicando uma boa consistência interna das medidas utilizadas.

Tabela 1. Consistência Interna dos Instrumentos.

Instrumentos	Nº Itens	α
Afeto Negativo	11	0,84
Afeto Positivo	11	0,90
Satisfação com a Vida	5	0,91
Autoestima	10	0,84
Otimismo	4	0,94
Solidão	18	0,92

No que se refere ao BES dos idosos segundo o género e os contextos geográficos, podemos observar que a média mais elevada (35,95 e DP= 14,93) corresponde aos idosos do género masculino do contexto geográfico urbano e a média mais baixa (30,42 e DP= 15,44) corresponde aos idosos do género feminino do contexto geográfico rural. Podemos também constatar que os idosos do género masculino, provenientes dos contextos geográficos, quer rural quer urbano, apresentam uma média de BES superior à dos idosos do género feminino. Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente às médias do BES dos idosos entre género e contexto geográfico.

A análise correlacional das medidas na amostra total de idosos permite verificarmos que, embora as variáveis de BES partilhem do mesmo factor, elas estão a medir dimensões distintas do conceito, uma vez que se encontram significativamente correlacionadas entre si, maioritariamente com correlações de baixa a elevada associação (Tabela 2).

Deste modo, observamos correlações de associação elevada entre as variáveis BES, Afeto Positivo e Satisfação com a Vida, de associação moderada entre as variáveis Afeto Positivo e Satisfação com a Vida.

As restantes correlações, apesar de significativas apresentam valores de associação baixa. O Afeto Positivo e o Afeto Negativo revelaram-se independentes, de acordo com os pressupostos de construção da Escala de Afeto Positivo e Negativo. Ainda podemos observar que o BES apresenta uma correlação positiva com a Autoestima e o Otimismo e uma correlação negativa com a Solidão. Também verificamos uma equivalência dos resultados correlacionais na sua quase totalidade.

Tabela 2. Matriz de correlações entre as variáveis de BES e as variáveis psicológicas, na amostra total (N=207)

	NA	PA	SWLS	BES
NA	1			
PA	-.123	1		
SWLS	-.398*	.613*	1	
BES	-.639*	.778*	.877*	1
Autoestima	-.346*	.636*	.611*	.700*
Otimismo	-.378*	.661*	.746*	.782*
Solidão	.423*	-.636*	-.690*	-.765*

Nota. *p < .05.

Legenda: NA= Afeto Negativo; PA= Afeto Positivo; SWLS= Satisfação com a Vida; BES= Bem-Estar Subjectivo; AE= Autoestima; OP= Otimismo; SO= Solidão.

No entanto, destacam-se algumas diferenças embora muito ligeiras, sendo que as mais evidentes se encontram ao nível das correlações significativas e positivas entre as seguintes variáveis: BES e Autoestima; Afeto Positivo e Autoestima; Afeto Positivo e Otimismo; Autoestima e Otimismo. Podemos, deste modo, constatar que os idosos do contexto geográfico rural apresentam associações elevadas, enquanto os idosos do contexto geográfico urbano apresentam associações moderadas, no que diz respeito às supracitadas correlações.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que os níveis de BES não diferem nas pessoas idosas em função do contexto geográfico, pois quando comparados os idosos inseridos em contexto geográfico rural com os idosos inseridos em contexto geográfico urbano, não se obtêm diferenças estatisticamente significativas relativamente ao BES. Os resultados do nosso estudo estão em sintonia com os autores que alertam para o facto de os contextos geográficos rural e urbano já não se poderem caracterizar pelos mesmos aspetos dicotómicos e estereotipados que os marcavam num passado ainda muito recente. As transformações que têm ocorrido na sociedade atual têm atingido fortemente estes espaços, fomentando de forma inevitável o entrecruzamento dos dois contextos, nomeadamente na vida quotidiana dos idosos, ao nível dos seus sistemas de ideação e expressão e aos seus referenciais de ação.

Assim, o BES parece representar a expressão paradigmática para uma intervenção em Psicologia Positiva, favorecedora dos sistemas integradores do idoso, das suas relações e dos seus projetos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arroteia, J., & Cardoso, A. (2006). O envelhecimento da população portuguesa: responsabilidade social e cidadania. *Psicologica*, 42, 9-24.
- Barros, J. (1998). Otimismo: Teoria e avaliação (Proposta de uma Nova Escala). *Psicologia, Educação e Cultura*, 2(2), 295-308.

- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The Science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2000). New directions in subjective well-being research: The cutting edge. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 27, 21-33.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on Subjective Well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25-41.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. Snyder e S. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 463-473). New York: Oxford University Press.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Neto, F. (1989). A escala de Solidão da UCLA: Adaptação Portuguesa. *Psicologia Clínica*, 2, 65-79.
- Oberg, B., Narvanen, A., Nasman, E., & Olsson, E. (2004). *Changing worlds and the ageing subject*. Aldershot: Ashgate Publishing.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e Qualidade de vida em idosos portugueses. In: Paúl, C. & Fonseca, A., *Envelhecer em Portugal* (pp. 75- 95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New York: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basics Books.
- Russel, D., Peplau, L., & Ferguson, M. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42(3), 290-294.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de Satisfação com a Vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26 (3), 503-515.
- Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 3, 387-404.
- Simões, A., Ferreira, A., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., & Matos, A., e Oliveira, A. (2000). O Bem-Estar Subjectivo : Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4(2), 243-279.
- Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and volition of brief measures of positive and negative: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rui Viana

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde

Professor Auxiliar

Email: ruiav@ufp.edu.pt

O Doente de Alzheimer e a Sobrecarga dos Familiares Cuidadores – Uma Revisão Bibliográfica

Andreia da Cunha Ramalho¹, Carla Sofia Teixeira², Marlene Azevedo Moreira³, Luis Sá⁴

¹ Aluna de Doutoramento em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa - Porto (UCP).

² Psicóloga Clínica. Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

³ Aluna de Doutoramento em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa - Porto (UCP).

⁴ Professor Doutor Auxiliar no Instituto Ciências de Saúde, Universidade Católica do Porto

Resumo:

A população mundial está cada vez mais envelhecida e com isso mais demências vão sendo diagnosticadas, sendo a Doença de Alzheimer (DA) a que mais prevalece. Portugal não é exceção. Segundo a Associação Portuguesa de Alzheimer existem cerca de 153000 doentes demenciados, sendo que destes cerca de 90000 têm diagnosticado a DA. Esta caracteriza-se por ser uma doença cerebral que afeta as actividades de vida diária do idoso à medida que a doença vai avançando. Assim, pareceu-nos importante realização de uma revisão sistemática da literatura sobre a sobrecarga dos familiares que cuidam dos seus idosos com DA; a mesma decorreu em 2013 em várias bases de dados, tendo sido seleccionados 7 artigos. Os resultados demonstram que a sobrecarga do familiar cuidador se exprime em sentimentos de exaustão. Sugerem-se intervenções multidisciplinares no apoio psicossocial do familiar cuidador.

Palavras Chave: Doença de Alzheimer; familiares cuidadores; sobrecarga

Resumen:

Debido al progresivo envejecimiento de la población mundial, cada día se diagnostican más demencias seniles, si bien la más común sigue siendo la Enfermedad de Alzheimer (EA). Portugal no es la excepción. Según la *Associação Portuguesa de Alzheimer*, hay aproximadamente 153.000 enfermos con demencia senil, entre los cuales se han detectado 90.000 casos con Alzhéimer. Este tipo de enfermedad afecta al cerebro y, a medida que avanza, deteriora las actividades diarias en la vida del anciano. Por ello, parece importante tener en cuenta lo publicado sobre la sobrecarga que sufren los familiares que cuidan de ancianos afectados por el mal de Alzheimer. Se ha hecho un trabajo, en 2013, que estudia 7 artículos seleccionados de varias bases de datos. Los resultados ponen de manifiesto que la sobrecarga provoca agotamiento en el cuidador principal. Es por esto por lo que habría que intervenir, dándoles a estos familiares cuidadores un apoyo psicológico y social, con diferentes tipos de ayuda.

Introdução:

A população mundial está cada vez mais envelhecida, e uma das consequências é o aumento de doenças cerebrais degenerativas e das demências, sendo a mais frequente a doença de Alzheimer. Esta, caracteriza-se por ser uma demência que afeta o idoso comprometendo a sua integridade física, mental e social, contribuindo para uma dependência total com cuidados cada vez mais complexos. É uma doença degenerativa e progressiva, que gera múltiplas exigências e elevados custos financeiros (Luzardo, Gorini e Silva 2006, p. 588).

A dependência gradual no idoso com DA faz com que este, necessite de um cuidador, na maioria das vezes, o familiar com relação afetiva mais próxima (esposo/a, filho/a). A doença, tal como outros acontecimentos de vida, indubitavelmente provoca alterações na dinâmica familiar e, inerentemente, ao cuidador principal (e.g., ansiedade, modificação de papéis sociais) Luzardo, Gorini e Silva (2006)). Impera a necessidade de compreender o significado atribuído pelo cuidador no processo de (não)aceitação da doença, atendendo à multiplicidade de contextos implicados.

O doente de Alzheimer e a sobrecarga do familiar cuidador:

A DA por ser uma doença cerebral degenerativa tem como sintomas mais frequentes, a perda de memória de factos recentes, diminuição das funções cognitivas (linguagem) e das funções executivas, que comprometem a independência e o auto cuidado do idoso.

Habitualmente é a família que deteta os sintomas que após o estudo clínico leva ao diagnóstico da doença. Este por vezes é demorado, consubstanciando o avanço da doença. É neste contexto que se inicia um processo de gestão de compreensão/ aceitação da doença por parte da família e, em particular, o cuidador principal responsável pela (quase) totalidade dos encargos e cuidados adstritos ao idoso demenciado.

Larramendi e Armayor (2011) sublinham que cuidar de um idoso com DA pressupõe alterações das regras e tarefas da vida diária bem como, da necessidade de reorganizar a vida familiar e a situação económica. Assim, quando num membro da família se diagnostica a DA, toda a estrutura e relações familiares sofrem alterações significativas.

Na óptica de Caldeira, Cássia, Ribeiro (2004), na estrutura familiar acresce a (in)capacidade para lidar com conflito no seio familiar e planear o futuro. Já para Silveira, Caldas e Carneiro (2006), a prestação de cuidados ao idoso demenciado mobiliza sentimentos e emoções intensos, num curto espaço de tempo, por vezes contraditórios (e.g., raiva, amor, irritação, desânimo, paciência, pena, revolta, medo em ficar doente, entre outros). Está, portanto, exposta a vulnerabilidade para a doença Caldeira, Cássia, Ribeiro (2004) e influenciando o cuidado prestado Vilela e Caramelli (2006) citados por Resende, et al 2008).

Acresce o facto de, por vezes, assistirmos à agudização de sintomatologia dos cuidadores com idades superiores a 65 anos e já apresentam situações de doença crónicas diagnosticadas antes da doença do ente com AD.

Sousa (2007) salienta a necessidade de avaliar o impacto da doença na família e seus membros (promovendo o envolvimento emocional) com o intuito de promover uma relação empática e concomitante proximidade entre os pacientes e a equipa multidisciplinar.

Os estudos encetados por Luzardo, Gorini e Silva (2006) salientam que em diferentes circunstâncias, os cuidadores assumem um papel solitário na prestação do cuidado, face ao não envolvimento ora da família nuclear ora da família alargada. A partilha de tarefas com os demais (cuidadores) actua como factor facilitador na prestação de cuidados, promovendo um melhor ajustamento e (re)adaptação face ao acto de cuidar, minimizando o desgaste inerente. Ainda que ocasional, o período das visitas, pode ser orientado para que o cuidador delegue (algumas) tarefas/apoio a pessoas da família, reduzindo a exposição prolongada a uma situação potencialmente geradora de *stress*.

Metodologia:

O objetivo deste estudo foi a revisão sistemática da literatura sobre a sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos com DA, tendo como ponto de partida as palavras chave: doença de Alzheimer, familiares cuidadores e sobrecarga.

A pesquisa foi realizada no período compreendido entre 12 de março e 12 de abril de 2013, nas bases de dados SCIELO, RCAAP e na B-ON. Foram encontrados 40 artigos dos quais foram seleccionados 4 para inclusão nos resultados da pesquisa, com os seguintes critérios: terem sido publicados entre 2004 e 2011, escritos em língua portuguesa, com elevado número de citações, que abordassem o tema da sobrecarga dos familiares cuidadores de idosos com demência/ doença de Alzheimer.

Cada artigo foi analisado individualmente, tendo sido realizado uma tabela síntese com os resultados da pesquisa de literatura.

Resultados:

Corroborando Caldeira, Cássia e Ribeiro (2004), as alterações fisiológicas e biológicas no idoso exigem um acompanhamento e apoio dos familiares/cuidadores. Inerentemente, o sistema emocional familiar é abalado, sujeito a privações e mudanças de estilo de vida. São experienciados sentimentos intensos e conflituosos que levam ao isolamento (e.g., negação *versus* aceitação, sentimento de culpa, medo, sobrecarga/ *Burden*). O sentimento de negação *versus* aceitação revela-se pela surpresa do diagnóstico, pela falta de informação/ esclarecimento das várias etapas da doença. A ausência de grupos de suporte e apoio ao familiar cuidador aumenta o sentimento de negação. O sentimento de culpa, manifesta-se quando familiar cuidador se sente culpado de não cuidar bem. O relacionamento entre cuidador e idoso é também afectado em situações onde decorrem episódios de esquecimento, revolta ou agressão verbal/física modificando os padrões comunicacionais entre ambos. O sentimento de medo, apresenta-se quando o familiar cuidador tem medo de cuidar, apresentando ambivalência se desempenha (in)corretamente as suas actividades de cuidar. O fator medo prende-se também com a morte do familiar e de não ter realizado todas as tarefas bem. Os sentimentos de sobrecarga/*burden*, estão patentes em situações em que o familiar cuidador ocupa grande parte do seu tempo a cuidar do seu ente com AD, não tendo tempo para si.

Os estudos avançados por Celich e Bastitella (2007) reiteram que o apoio (emocional, financeiro e instrumental) aos familiares cuidadores, continua incipiente, inviabilizando a contratação de outros profissionais ao nível da rede social pública. Os mesmos autores crêem que os enfermeiros podem desenvolver grupos de ajuda ou redes que dêem suporte aos familiares cuidadores de doentes com DA.

Luzardo, Gorini e Silva (2006) salientam o papel importante do enfermeiro na criação de grupos de auto-ajuda, visitas domiciliárias e consultas de enfermagem, com o intuito de avaliar a condição cognitiva e funcional do idoso e a avaliação da sobrecarga do cuidador.

Face ao exposto, segue a síntese dos resultados dos artigos seleccionados.

Síntese dos resultados dos artigos seleccionados

Autor, Ano, Fonte	Amostra	Objetivo de estudo	Tipo de estudo	Resultados
Caldeira e Ribeiro (2004), Arq. Ciências Saúde	8 cuidadores de familiares com DA	Analisar os factores que afetam os cuidadores do idoso com DA	Qualitativo tipo descritivo	...os cuidadores consideram o cuidar como uma missão,... acabam por não compartilhar os cuidados, o que gera uma sobrecarga física e psicológica. ...disso não se sentem preparadas para cuidar adequadamente do idoso, esquecendo-se muitas vezes do seu autocuidado.
Luzardo, et al.(2006) Cont. enfermagem	36 cuidadores de idosos com DA	Descrever características idosos com DA e dos cuidadores, o grau de dependência do idoso	Exploratório descritivo	...O cuidador não sente grande apoio por parte da restante família. A sobrecarga do familiar que cuida é elevada, gerando um grau de <i>stress</i> elevado que contribui para o esgotamento geral do indivíduo a nível psicológico e físico.
Silveira, et al.(2006) Cad. de saúde pública	24 cuidadores de idosos com demência	Conhecer melhor como é que a família do idoso com demência reage à doença deste.	Transversal com a utilização de método qualitativo para análise de conteúdo	Os familiares cuidadores de idosos com demência exteriorizaram sentimentos tais como: culpa, negação versus aceitação da doença, revolta, cansaço, depressão, solidão e somatizações. Os familiares consideram o apoio técnico, importante para a compreensão e aceitação da doença bem como uma ajuda no cuidar.
Celich e Batistella (2007) Coagitare enfermagem	5 cuidadores de idosos com DA	Descrever as vivências e os sentimentos de ser um cuidador familiar de um doente com DA	Qualitativa abordagem fenomenológica	As narrativas fazem referência ao sofrimento cotidiano dos familiares cuidadores. ... apresentam um grande cansaço, <i>stress</i> , depressão. O estudo revela que a DA afeta a dinâmica e o funcionamento familiar, ... a sobrecarga física e psíquica é elevada e os cuidadores não terem recebido apoio ou treinamento específico para cuidar do idoso.

Conclusão:

A necessidade de investigar a área da sobrecarga do familiar cuidador de doente de Alzheimer/demência, prende-se com o facto de que, com a conjuntura socio-económica actual, os idosos tendem a serem cuidados no seu seio familiar, excluindo os recursos externos.

Assim é importante conhecer, que tipo de apoio é dado aos nossos idosos com DA e ao seu familiar cuidador, para que lhe sejam realizadas intervenções que permitam uma melhor aceitação e compreensão da doença, bem como promover uma melhor qualidade de vida, não só ao idoso com DA mas, a toda a unidade familiar.

A intervenção dos profissionais de saúde deverá incidir sobre a família na sua globalidade, visto que a estrutura e dinâmica familiar sofre várias alterações. Também consideramos importante uma avaliação mais precisa da DA, pois os diagnósticos são a maioria das vezes tardios.

Será que respeitamos os direitos dos idosos? E dos idosos com demência? Será que os ouvimos? Ouvimos e compreendemos as famílias que cuidam? Respeitamos os direitos das famílias? Porque fazemos sempre as mesmas perguntas? Será por sermos deficitários nas respostas?

Bibliografia:

Caldeira, A. P. S., & Ribeiro, R. (2004). O enfrentamento do cuidador do idoso com alzheimer. *Arq Ciênc Saúde, 11*(2), 100-104.

Celich, K. L. S., & Batistella, M. (2007). Ser cuidador familiar do portador de doença de alzheimer: Vivências e sentimentos desvelados; family caregiver of alzheimer's disease patient: Life experience and feelings revealed. *Cogitare Enferm, 12*(2), 143-149.

Larramendi, N. E., & Armayor, A. C.(2011). Familia Cuidadora Y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica. *Gerokomos, 22*(2), 56-61.

Luzardo, A. R., Gorini, M., & Silva, A. (2006). Características de idosos com doença de alzheimer e seus cuidadores: Uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto Contexto Enferm, 15*(4), 587-594.

Resende, M. C. d., Turra, D. D., Alves, F., Pereira, F. B., Santos, Sabrina Aparecida Pereira dos, & Trevisan, V. C. (2008). Cuidar de idosos com alzheimer: Influências sociais, físicas e psicológicas envolvidas nesta tarefa. *Revista Brasileira De Ciências do Envelhecimento Humano, 5*(1).

Silveira, T.M.d., Caldas, C. P., & Carneiro, T.F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: Um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cadernos De Saúde Pública, 22*(8), 1629-1638.

Sousa, L. (2007). *Sobre... vivendo com cancro: o doente oncológico e a sua família*. Cadernos: Climepsi de saúde.

Contato para correspondência:

Andreia Cunha Ramalho, aluna de Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa do Porto; email: a.ramalho19@gmail.com

Cuidadores de idosos com declínio cognitivo: evidências do Estudo SABE

Daniella Pires Nunes¹, Tábatta Renata Pereira de Brito¹, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte^{1,2}, Maria Lúcia Lebrão²

1. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo

2. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo

Resumo

Introdução: Cuidar de idosos com declínio cognitivo pode ser extremamente exaustivo para os familiares e cuidadores. **Objetivo:** Avaliar o perfil dos cuidadores de acordo com declínio cognitivo dos idosos. **Método:** Este estudo é parte do Estudo SABE (Saúde, Bem estar e Envelhecimento), estudo longitudinal e de múltiplas coortes realizado no município de São Paulo/Brasil. Trata-se de um corte transversal, no ano de 2010, que avaliou 331 cuidadores familiares de idosos. Para análise dos dados aplicou-se o teste de Qui-Quadrado de Pearson com correção de Rao-Scott ($\alpha \geq 5\%$) para amostras complexas. **Resultados:** Dos 331 cuidadores, 35,3% cuidavam de idosos com declínio cognitivo. A maioria dos cuidadores era do sexo feminino, casado, alfabetizado e residia na mesma casa que o idoso. Cuidadores de idosos com e sem declínio cognitivo diferiram estatisticamente quanto à frequência de ajuda, ter deixado de exercer suas atividades laborais para cuidar do idoso, funcionalidade familiar e sobrecarga de cuidado. **Conclusão:** Os cuidadores de idosos com declínio cognitivo referiram ser mais sobrecarregados e apresentaram disfuncionalidade familiar. Torna-se necessário que programas de saúde pública visem prevenir e diminuir o impacto gerado pela ação de cuidar.

Palavras-chave: Idosos; cuidadores; demência.

Resumen

Introducción: El cuidado de las personas mayores con deterioro cognitivo extremamente puede ser agotador para la familia y los cuidadores. **Objetivo:** Evaluar las características de los cuidadores de acuerdo con el deterioro cognitivo en los ancianos. **Método:** Este estudio es parte del Estudio SABE (Salud, bienestar y envejecimiento), celebrada en São Paulo. Se trata de una sección transversal, en 2010, que evaluó 331 cuidadores familiares de las personas mayores. Para el análisis de los datos se aplicó la prueba de chi-cuadrado con Rao-Scott corrección ($\alpha \geq 5\%$). **Resultados:** De los 331 cuidadores, el 35,3% era cuidar a las personas mayores con deterioro cognitivo. Cuidadores más mayores eran mujeres, casados, leer y escribir y residía en la misma casa de los ancianos. Los cuidadores de pacientes con y sin deterioro cognitivo difiere significativamente de la frecuencia de la ayuda, han dejado de actividades laborales para el cuidado de personas de edad avanzada, el funcionamiento familiar y la carga de la atención. **Conclusión:** Los cuidadores de personas mayores con deterioro cognitivo informaron sobre la disfunción agobiados y amigos. Es necesario que los programas de salud pública destinados a prevenir y reducir el impacto generado por la acción de cuidar.

Palabras clave: Personas mayores, cuidadores y la demencia.

INTRODUÇÃO

Com o processo de envelhecimento populacional há um aumento significativo na prevalência de doenças e condições crônicas com destaque especial para as demências. Tal condição representa, atualmente, um problema de saúde pública crescente. Estudos epidemiológicos indicam que a prevalência de demências em idosos pode variar de 1 a 2% entre aqueles com 60 a 65 anos, 20% entre os indivíduos com 80 a 90 anos chegando a 40% entre aqueles mais longevos (>90 anos) (Rabelo, 2009). Tais condições não possuem cura clínica, perduram por vários anos e geram múltiplas demandas assistenciais, exigindo a presença de um cuidador presencial, geralmente familiar, nem sempre adequadamente orientado ou acompanhado o que torna essa tarefa ainda mais difícil, pois o idoso requererá cuidados contínuos e progressivamente mais complexos.

Estudo comparativo entre cuidadores de pacientes com Doença de Alzheimer, pacientes com demência vascular e idosos não demenciados revelou que o impacto da demanda de cuidados sobre os cuidadores é maior no primeiro grupo, onde se observa também maior ocorrência de depressão e, até mesmo, acidente vascular cerebral (Garrido & Almeida, 1999; Cerqueira & Oliveira, 2002; Garrido & Menezes, 2004). Tais evidências mostram a necessidade de maior suporte social a esse grupo bem como treinamento específico de forma a auxiliá-los a manter a própria saúde e qualidade de vida. A ausência desse suporte aumenta o risco de comprometimento de boas condições de saúde dos cuidadores devido à sobrecarga gerada pelo cuidado o que, em última instância, poderá comprometer o cuidado prestado.

O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil dos cuidadores segundo a presença de declínio cognitivo nos idosos residentes no Município de São Paulo/Brasil.

MÉTODO

Esse estudo é parte do Estudo SABE (Saúde, Bem estar e Envelhecimento), estudo longitudinal e de múltiplas coortes sobre as condições de vida e saúde dos idosos residentes no Município de São Paulo/Brasil que teve início em 2000, como um estudo multicêntrico realizado em sete países da América Latina e Caribe (Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, México e Uruguai) para conhecer o envelhecimento nessa região e suas características.

No Brasil, o estudo foi desenvolvido no município de São Paulo e, somente nesse país, tornou-se longitudinal com coletas de dados a cada 5 anos em média, sendo que a cada nova onde é introduzida uma nova coorte probabilística de 60 a 65 anos. Para o desenvolvimento desse estudo foi utilizada a base de dados do Estudo SABE de 2010, referente às coortes A, B e C com início de acompanhamento em 2000, 2006 e 2010 respectivamente, com uma amostra de 362 cuidadores familiares. Foram excluídos 31 cuidadores por não serem familiares. Para traçar o perfil sociodemográfico dos cuidadores foram utilizadas as variáveis: idade, sexo, escolaridade, estado civil, grau de parentesco com o idoso, moradia e frequência de cuidado. O nível de sobrecarga do cuidador foi avaliado por meio da *Escala Zarit Burden Interview* utilizando o ponto de corte proposto por Tavares (2005): sem sobrecarga (22 a 46 pontos); sobrecarga leve (47 a 55 pontos); sobrecarga intensa (56 a 110 pontos). A funcionalidade familiar foi avaliada pelo APGAR de Família validada por Duarte (2001) onde os escores de 0 a 8 classificam a família como de elevada disfunção familiar; de 9 a 12, moderada disfunção familiar e de 13 a 20, boa funcionalidade familiar. O perfil dos idosos com cuidadores foi traçado segundo sexo, idade, número de doenças, dificuldade para realizar atividades básicas (ABVD) e instrumentais de vida diária (AIVD). O estado cognitivo foi avaliado usando a versão modificada do Mini Exame do Estado Mental sendo considerado declínio cognitivo idosos com desempenho inferior a 13 pontos no teste (Icaza & Albala, 1999).

As coletas do Estudo SABE foram aprovadas no Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

A análise dos dados foi realizada no pacote estatístico Stata 11.0. Utilizou-se o Teste do Qui quadrado de Pearson (X^2) com correção de Rao-Scott para amostras complexas visando estimar as diferenças entre os grupos a um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Dos 331 cuidadores, 35,3% cuidavam de idosos com declínio cognitivo (DC). Para ambos os cuidadores de idosos (com e sem DC), a maioria era do sexo feminino, filho(a), casado, alfabetizado, residia na mesma casa que o idoso, prestava o cuidado há mais de cinco anos e necessitava de auxílio de outra pessoa (Tabela 1).

Cuidadores de idosos com e sem declínio cognitivo diferiram estatisticamente quanto à frequência de ajuda, ter deixado de exercer suas atividades laborais para cuidar do idoso, funcionalidade familiar e sobrecarga de cuidado. Quanto à frequência de ajuda, 54,5% dos cuidadores de idosos sem DC prestavam cuidado sempre que necessário, enquanto de idosos com DC, referiram cuidar o tempo todo (52,1%). Entre os cuidadores de idosos com DC, 27,4% deixaram de exercer suas atividades laborais para cuidar do idoso. Também foi observado elevada disfunção familiar (14,6%) e sobrecarga entre os cuidadores (39%) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição (%) dos cuidadores segundo características sociodemográficas e assistenciais e tipo de cuidadores. Município de São Paulo. (n=329)

Características do cuidador	Cuidadores		p
	Idosos sem declínio cognitivo	Idosos com declínio cognitivo	
<i>Sexo</i>			
Homem	27,5	19,1	0,061
Mulher	72,5	80,9	
<i>Idade (média± EP)</i>	53,3±1,3	55,1±1,4	0,379
<i>Estado civil</i>			
Solteiro	21,3	20,6	0,068
Casado	68,9	58,7	
Separado	5,8	13,1	
Viúvo	4,0	7,6	
<i>Sabe ler e escrever um recado</i>			
Sim	92,3	93,9	0,694
Não	7,7	6,1	
<i>Relação do cuidador com o idoso</i>			
Cônjuge	33,0	21,5	0,176
Filho (a)	50,0	60,3	
Outro familiar	17,0	18,2	
<i>Onde reside</i>			
Mesma casa com o idoso	66,8	70,8	0,795
Em outra casa próxima do idoso	28,5	25,2	
Em outra casa distante do idoso	4,7	4,0	
<i>Frequência da ajuda</i>			
O tempo todo	24,8	52,1	0,000
Uma vez ao dia	21,8	21,3	
Dias alternados	1,7	0,8	
Uma vez por semana	0,2	1,4	
Sempre que necessário	51,5	24,4	
<i>Há quanto tempo cuida do idoso</i>			
Menos de 1 ano	10,2	13,3	0,436
1 a 5 anos	28,9	33,9	
Mais de 5 anos	60,9	52,8	
<i>Há algum auxílio</i>			
Sim	63,9	63,7	0,973
Não	36,1	36,3	
<i>Parou de trabalhar para cuidar do idoso</i>			
Não	84,5	72,6	0,021
Sim	15,5	27,4	
<i>Funcionalidade familiar</i>			
Boa funcionalidade	86,5	76,1	0,042
Disfunção moderada	3,5	9,3	
Disfunção elevada	10,0	14,6	
<i>Sobrecarga de cuidador</i>			
Sem sobrecarga	76,1	61,0	0,005
Sobrecarga moderada	12,8	12,8	
Sobrecarga elevada	11,1	26,2	
Total	64,7	35,3	

Fonte: SABE, 2010

Considerando as características dos idosos, as diferenças estatisticamente significantes entre seus cuidadores foram associadas à idade, estado marital e dificuldade no desempenho de AIVDs. Observou-se que os idosos com DC eram mais longevos (58,2%), viúvos (53,5%) e apresentavam dificuldade em três ou mais AIVD (73,1%) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição (%) dos idosos segundo características sociodemográficas, número de doenças e tipo de cuidadores. Município de São Paulo. (n=329)

Características do idoso	Cuidadores		p
	Idosos sem declínio cognitivo	Idosos com declínio cognitivo	
<i>Sexo</i>			
Homem	31,5	31,4	0,997
Mulher	68,5	68,6	
<i>Idade</i>			
60 a 69 anos	33,8	10,9	0,001
70 a 79 anos	36,9	30,9	
80 anos e mais	29,3	58,2	
<i>Estado civil</i>			
Casado	49,4	36,4	0,001
Viúvo	39,9	53,5	
Separado	9,9	2,4	
Solteiro	0,8	7,7	
<i>Dificuldade nas ABVD</i>			
Nenhuma	37,4	28,9	0,247
1 a 2 ABVD	30,6	30,0	
3 ou mais	32,0	41,1	
<i>Dificuldade nas AIVD</i>			
Nenhuma	17,3	0,8	0,000
1 a 2 AIVD	54,1	26,1	
3 ou mais	28,6	73,1	
<i>Número de doenças</i>			
Nenhuma	7,2	14,4	0,175
Uma	19,7	15,0	
Duas ou mais	73,1	70,6	
Total	64,7	35,3	

Nota: ABVD (atividades básicas de vida diária); AIVD (atividades instrumentais de vida diária)

Fonte: SABE, 2010

DISCUSSÃO

Entre os cuidadores entrevistados, mais de um terço cuidavam de idosos com DC. Tal condição implica em cuidados e vigilância contínua pois há progressivo comprometimento do desempenho das atividades de vida diária bem como gradativa perda de autonomia. Nesse estudo, observa-se maior comprometimento nas AIVDs o que está associado ao prejuízo de uma vida comunitária independente e implicando na necessidade de monitoramento contínuo dos idosos, ainda fisicamente independentes porém com sua autonomia comprometida. A prestação de cuidado foi realizado, principalmente por esposas e filhas, reafirmando o papel feminino relacionado a essa função decorrente de valores culturais relacionados ao ato de cuidar (Pereira & Filgueiras, 2009). Isso mostra-se tão fortemente presente que, em muitas situações, essas cuidadoras deixaram de exercer suas atividades laborais para assumir a função, em parte possivelmente pela ausência de outras opções assistenciais mas também por ser culturalmente estabelecida a responsabilidade da mulher no exercício dessa atividade. Isso é preocupante dada a maior inserção da mulher no mercado de trabalho, o que vem modificando o perfil das famílias e o potencial assistencial existente para o auxílio dos mais dependentes.

Idosos com DC demandam maior tempo de cuidado quando comparado com os sem DC devido à necessidade de constante supervisão ou auxílio para o desempenho das atividades cotidianas, pois o idoso torna-se progressivamente mais dependente aumentando gradativamente a necessidade de monitoramento contínuo até chegar a tempo integral de cuidado, o que é corroborado em outros estudos (Rabelo, 2009; Machado et al, 2007). Esse cuidado progressivo não se acompanha, em nosso meio, por outras opções assistenciais (centros-dia, programas de substituição de cuidadores, etc) o que está associado a maior sobrecarga dos cuidadores. Isso é ainda mais significativo quando de famílias disfuncionais pois, nessas circunstâncias, a ausência de flexibilidade familiar e sua incapacidade adaptativa tendem a pressionar os cuidadores ainda mais, gerando, na maioria das vezes, sobrecarga elevada com impacto nas condições de saúde e na qualidade de vida dos cuidadores. Em tais circunstâncias, a institucionalização passa a ser, muitas vezes, a única opção assistencial o que ainda é visto negativamente na cultura brasileira gerando nos cuidadores, sentimento de culpa dificilmente compensados (Duarte, 2001).

CONCLUSÃO

Os cuidadores de idosos com DC no Município de São Paulo/Brasil cuidam de idosos com comprometimento de uma vida comunitária independente exigindo monitoramento e supervisão contínuas; pertencem à famílias mais disfuncionais e mostraram-se com maior sobrecarga. A ausência de programas específicos associada à crescente demanda torna essa uma questão importante para os programas de saúde pública no Brasil visando prevenir e diminuir o impacto gerado pela ação de cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cerqueira, A.T.A.R. & Oliveira, N.I.L. (2002). Programa de Apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia USP*, 13(1), 133-150.
- Duarte, Y.A.O. (2001). *Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Garrido, R. & Almeida, O. P. (1999). Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto na vida do cuidador. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57(2B), 427-434.
- Garrido, R. & Menezes, P.R. (2004). Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Rev. Saúde Públ.*, 38 (6), 835-41.
- Icaza, M.C. & Albala, C. (1999). *Projeto SABE. Minimental State Examination (MMSE) - Del estudio de demencia em Chile: análisis estatístico*. OPAS.
- Machado, J.C., Ribeiro, R.C.L., Leal, P.F.G., & Cotta, R.M.M. (2007) Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa –MG. *Rev Bras Epidemiol*, 10(4), 592-605.
- Pereira, M.J.S.B & Filgueiras M.S.T. (2009) A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. *Rev. APS*, 12(1), 72-82.
- Rabelo, D.F. (2009). Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. *Revista Kairós Gerontologia*, 12(2), 65-79.
- Tavares, A.A. (2005). Entrevista e o exame do estado mental do idoso portador de transtornos cognitivos e comportamentais. In: Tavares A., *Compêndio de neuropsiquiatria geriátrica*. Rio de Janeiro: Guarabara Koogan.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Daniella Pires Nunes, Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo, dpiresnunes@yahoo.com.br

Sentimentos e crenças envolvidos no “ato de cuidar” de uma pessoa com a Doença de Alzheimer

Kátia Simone Ploner¹, Juliana Vieira de Araújo Sandri¹, Luana Baum¹, Vanessa Evangelista¹, Daniela Ornellas Ariño¹, & Fernanda Seidel Bortolotti¹.

¹ Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) - BRASIL

Resumo:

60% dos casos de doenças cognitivas em idosos são representadas pela doença de Alzheimer (DA). O paciente com a DA torna-se, com a evolução da doença, dependente de outra pessoa. É comum que a responsabilidade do ato de cuidar fique só para uma pessoa, modificando sua vida. A partir deste pressuposto buscou-se investigar as implicações do ato de cuidar conforme relatos de cuidadores de pessoas com DA. Através de entrevista semi-estruturada avaliou-se qualitativamente as respostas de 5 cuidadoras com idade entre 31 e 60 anos. Como resultado observou-se a grande mudança na organização familiar, pessoal e profissional em decorrência do cuidado da pessoa com DA. Evidenciaram-se diferentes sentimentos envolvidos no ato de cuidar. Crenças relacionadas ao amor como possibilidade de minimizar o sofrimento e à perda do cônjuge como fator desencadeador foram relatadas. A religião surge como estratégia de enfrentamento.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer; Cuidadores; Idoso.

Resumen:

60% de los casos de trastornos cognitivos en las personas de edad están representados por la enfermedad de Alzheimer (EA). Los pacientes con AD se convierten, con la progresión de la enfermedad, depende de otra persona. A menudo, la responsabilidad del acto de cuidar a una persona para estar a solas, el cambio de su vida. Basándose en este supuesto se intentó investigar las implicaciones del cuidado como los informes de los cuidadores de personas con Alzheimer. A través de entrevistas semi-estructuradas que evaluaron cualitativamente sus respuestas 5 de los cuidadores 31 y 60 años de edad. Como resultado se produjo un cambio importante en la familia, personal y profesional por el cuidado de la persona con AD presenté diferentes sentimientos involucrados en la atención. Creencias relacionadas con el amor como sea posible para minimizar el sufrimiento y la pérdida de un cónyuge como un factor desencadenante fueron reportados. Religión surge como una estrategia supervivencia.

Palabras clave: Enfermedad de Alzheimer, Cuidadores, Anciano.

INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer (DA) é um tipo de demência senil, de declínio cognitivo crescente e irreversível, com múltiplos déficits cognitivos, dos quais um obrigatoriamente é a memória (Inouye, Pedrazzani e Pavarini, 2010). A partir do diagnóstico faz necessária a utilização de medidas terapêuticas, farmacológicas e não farmacológicas. Além destas medidas, os portadores da DA necessitam de um cuidador. O apoio social pode ser informal e formal. Segundo Inouye; Pedrazzani; Pavarini (2010), o acompanhamento de um idoso com DA produz desgastes emocionais, psicológicos e financeiros, pelo fato de o paciente perder gradualmente suas funções cognitivas e evoluir para quadros de total dependência - exigindo assim o redimensionamento da vida do cuidador. Dessa forma, o objetivo desta pesquisa foi investigar os sentimentos, valores, crenças implicados no ato de cuidar, realizada com os cuidadores de pessoas com a DA.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, qualitativa, na qual cabe ao pesquisador compreender os fenômenos abordados por meio de explicações e relações entre as relações variáveis (Günther, 2006). As participantes da pesquisa foram cinco cuidadoras de pacientes com DA, com idades entre 31 e 60 anos, todas do sexo feminino. Estas foram identificadas como sendo três filhas, uma nora e uma cuidadora profissional, todas cuidadoras principais e não participantes de grupo de apoio. Para manter anonimato utilizaram-se nomes de deusas. O instrumento foi a entrevista semiestruturada, que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses (Nogueira-Martins, 2004). As entrevistas tiveram duração de 30-50 minutos, sendo gravadas em fitas de áudio e posteriormente transcritas, a fim de preservar a fidedignidade das respostas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética (parecer 0089.0.223.000-08), obedecendo princípios éticos com seres humanos.

ANÁLISE

Os dados foram analisados através do método de análise de conteúdo, descrito por Moraes (1999) como constituído de cinco etapas: preparação das informações, unitarização do conteúdo, categorização, descrição e interpretação.

Sentimento de abandono de sua carreira e de familiares para cuidar de um familiar

Cuidadoras de suas mães sentem que poderiam ter sua carreira profissional diferente caso elas não tivessem adoecido e percebem que houve uma grande mudança profissional e também no seu relacionamento social. Artêmis relata que mantinha uma vida acadêmica intensa, mas depois que passou a ser cuidadora da sua mãe, abdicou de sua vida profissional para exercer o cuidado. Para Atenas, é evidenciada ainda a mudança no convívio social em detrimento dos cuidados com a mãe. Segundo Inouye, Pedrazzani, & Pavarini (2010) é difícil aos cuidadores de uma pessoa com DA manterem suas vidas pela sobrecarga de responsabilidades. A falta de tempo e a diminuição da vida social são fatores que afetam a vida particular dos cuidadores porque eles deixam de cuidar de si para cuidar do idoso (Néri e Sommerhalder, 2002).

Sentimento de perda da mãe e necessidade de assumir esse papel

Caldas (2001) afirma que à medida que a pessoa vai adoecendo é comum ocorrer uma mudança de papéis na família. As entrevistadas ressaltaram sobre a inversão de papéis. Hebe comenta: “(...) antes da DA eu era filha depois da doença passei a ser mãe da minha mãe”. A cuidadora Atenas relata que “mudou a relação, porque eu é que sou a cuidadora, se inverteu os papéis, ela é que é minha filha”.

O portador de DA é semelhante a um bebê

Artêmis faz esta comparação, bem como de Atenas, que afirma: “(...) é como se ela estivesse no estágio de criança,

eu canto canções de ninar para ela dormir, eu brinco com ela, brincadeiras de crianças mesmo, ela é dependente igualzinho a um bebê". Hera e Afrodite expõem a questão da dependência, sem comparar seus familiares a bebês e destacam a necessidade de cuidado constante. Tal dependência dos portadores da doença faz com que os cuidadores tomem algumas incumbências do idoso, que vão desde pagar as suas contas até levar ao banheiro (Guerreiro, 2001).

Sentimentos ambivalentes implicados no ato de cuidar: da raiva e tristeza à amor e amizade

Ao cuidar de um ente próximo que se torna dependente, há uma turbulência de sentimentos antagônicos, sendo a culpa o sentimento mais relatado (Silveira, Caldas, e Carneiro, 2006). Neste aspecto Artêmis afirmou: *"às vezes eu tenho pena, às vezes carinho já chegou momentos de eu ter muita raiva e ficar com muita revolta, desespero mesmo, porque ele fica muito teimoso"*. Afrodite, que é cuidadora profissional, também relata gostar da paciente que cuida como se fosse sua avó, chamando-a desta forma. Esta cuidadora relatou que aceitou o trabalho de modo temporário, mas devido ao vínculo muito forte desenvolvido entre ela e a pessoa com DA não tem coragem de ir embora.

DA é uma doença horrível e cruel

As cuidadoras adjetivam a DA como uma doença horrível, triste, cruel tanto para a pessoa com a doença como para a família, mas principalmente para o cuidador principal. Atenas refere que a DA faz o sujeito perder a identidade e Hera considera a DA pior do que o câncer. Tais referências se devem ao fato de que assim que a doença progride, as pessoas perdem a noção de sua condição (Cayton, Warner e Graham, 2000).

A doença ou sua progressão dependem de fatores contextuais

Existe a crença de que a doença ou sua progressão dependem de fatores como amor de familiares ou falecimento de parentes, mostrando a necessidade de informações sobre a DA (Pivetta, 2008). Para Bandura (1986), a crença leva a pessoa a comportar-se baseada no que acredita. Portanto, muitos se apegam a crenças para minimizar o sofrimento. Atenas expõe que: *"o cuidado, o amor, o carinho que a gente deu para minha mãe, fez com que esta doença progredisse tão lentamente"*. Todas as cuidadores explicitaram que a DA não tem cura, porém relataram que através de tratamentos e uso de medicamentos a evolução da doença se torna mais lenta. Outras entendem o surgimento da DA nas mulheres como uma fuga, para superar a perda de seus cônjuges.

Religião e Espiritualidade

As cuidadoras buscam na espiritualidade e na religiosidade formas para enfrentar a DA. Hera possui depoimento semelhante à Atenas, a última comenta: *"já tinha muita fé em Deus, e depois da doença na minha mãe me apeguei ainda mais em Deus e na minha religião, só assim para ter a aceitação"*. Em Seidl (2005) encontra-se vasta revisão da relação entre religiosidade e enfrentamento de doenças, também estratégias cognitivas para lidar com fatores estressores. Segundo Mendes (1995), fatores psicossociais interferem no sentimento dos cuidadores, sendo comum a busca de valores religiosos.

RESULTADOS

Todas as entrevistadas são do sexo feminino, fato presente na literatura, que mostra que por questões culturais, de gênero e emocionais, as mulheres são quem se encarregam deste cuidado (Coelho e Diniz, 2005). A larga presença de familiares no cuidado de idosos é uma realidade. Os cuidadores são pessoas movidas pela boa vontade e disponibilidade, que assumem as necessidades do idoso, o que gera sobrecargas e alterações no modo de vida e conseqüentemente passam a não conseguir administrar o cuidado consigo mesmo (Lavinsky e Vieira, 2004). O cuidador sem suporte é o futuro paciente. Quanto mais o cuidador principal se envolve mais os demais membros da família se desvencilham. Observamos que muitos precisaram abandonar seus projetos e percebem-se sem tempo, com sentimentos de revolta em relação.

CONCLUSÃO

Muitos sentimentos são ambíguos, as relações se modificam e muitos filhos passam a cuidar dos pais. As crenças no cuidado com amor e na espiritualidade minimizam o sofrimento. A religiosidade é considerada estratégia de enfrentamento da DA. Foi apontada pelas cuidadoras a crença que o amor e o carinho da família fez com que a evolução da doença fosse lentificada. Por mais que não seja conhecida a relação entre amorosidade e progressão da doença é evidente que a qualidade de vida de uma pessoa tratada com amor é diferente daquela tratada com indiferença. A comparação da pessoa em estágio avançado de dependência com um “bebê” auxilia na compreensão das tarefas a serem exercidas com amorosidade. No entanto, este tipo de tratamento pode desconsiderar que alguém que já foi independente e autônomo é diferente de um bebê. No caso das entrevistadas a comparação se dava pelo cuidado e carinho, no entanto deve-se atentar para isso pois a diferença entre um bebê e um idoso é explicitada na riqueza biográfica dos DA que não pode ser desconsiderada. Observamos que a maioria das cuidadoras não possuem informações mais profundas sobre a DA, o que permite a crença de que a doença surgiu para que a pessoa fugisse do luto do cônjuge. É comum buscar explicações em vivências emocionais dolorosas quando não há uma causa biológica explícita e conhecida para uma doença.

Por fim, constatamos que cuidar é abrir mão de si, é literalmente reorganizar sua vida em vários âmbitos, é minimizar o sofrimento do outro sem se dar conta dos seus próprios. Sem perceber o cuidador se coloca de “lado” para se dedicar integralmente ao doente. Sugerimos que os médicos e demais profissionais de saúde façam, no momento do diagnóstico, a orientação para a participação de grupos de apoio. Assim o cuidador poderá obter apoio emocional, melhor compreensão da doença e do cuidado da pessoa com DA e também cuidado de si, minimizando os impactos da DA sobre o próprio cuidador e a família. Além da participação em grupos de apoio, também é recomendado obter acompanhamento de um profissional da psicologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caldas, C. P., Guerreiro, T., & Caldas, C. P. (2001). Cuidando de uma pessoa idosa que vivencia um processo de demência numa perspectiva existencial. In: Guerreiro T, Caldas CP. *Memória e Demência: (re) conhecimento e cuidado*. Rio de Janeiro: UERJ/UnAT. 129-206.
- Cayton, V. L. & Warner, J., & Graham, N. (2000). *Tudo sobre a doença de Alzheimer*. São Paulo: Andrei.
- Coelho, V. L., & Diniz, G. (2005). Da solidão à solidariedade: grupos de familiares de idosos com Demência. In T. Féres - Carneiro (Org.), *Casal e Família: efeitos da contemporaneidade* (pp.177-199). Rio de Janeiro: Editora da PUC - Rio.
- Faria, J., & Sheidl, E. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contestos de doenças: revisão de literatura. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 18(3), 381-389.
- Guerreiro, T., & Caldas, C. P. C. (2001). *Oficina da memória: uma proposta de otimização cognitiva para idosos*. Memory workshop-a propose of optimization cognitive for the elderly.
- Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 201-210.
- Inouye, K., Pedrazzani, E. S., & Pavarini, S. C. I. (2010). Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. *Caderno de Saúde Pública*, 26(05). Rio de Janeiro.
- Lavinsky, A. E., & Vieira, T. T. (2004). Processos de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. *Maringá*, 6(1), 41-45.
- Mendes, P.B.T. (1995). Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano. Dissertação de mestrado. PUC-SP. In: LEAL, M.G.S. (2000). O Desafio da longevidade e o Suporte ao Cuidador. *Revista da Terceira Idade*. Publicação do SESC – Ano XI –20.

Moraes, R. (1999). Análise de Conteúdo. *Educação*, 37, 7-32. Porto Alegre,

Néri, A. L., & Sommerhalder, C. (2002). *As várias faces do cuidador e do bem-estar do cuidador*. In: A. Néri (Org). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. São Paulo: Alínea.

Nogueira-Martins, M.C.F., & Bógus, C.M. (2004). Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 44-57.

Pivetta, M. (2008). Na raiz do Alzheimer. *Pesquisa Fapesp*, 21, 16-21.

Silveira, T.M., Caldas, C.P., & Carneiro, T.F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores e familiares principais. *Caderno Saúde Pública*, 22(8), 1629-1638. Rio de Janeiro.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Kátia Simone Ploner, Universidade do Vale do Itajaí, ploner@univali.br.

UnderstAID. Apoyo a cuidadores informales de mayores con demencia mediante las TIC.

Maria R. Malmierca, Diego Nieto
(Centro de Supercomputación de Galicia)

Resumen:

El proyecto europeo understAID trata de diseñar y elaborar una solución basada en tecnologías móviles e Internet que permita mejorar la calidad de vida de los cuidadores informales, facilitándoles información personalizada, formación y apoyo que permita mejorar el cuidado y confianza entre las personas mayores con demencia, pero además, reducir la sobrecarga física, psicológica y económica vinculada al cuidado.

Palavras-chave: cuidadores informales; TIC; demencia

INTRODUCCIÓN

La demencia afecta en la actualidad a cerca de 35.6 millones de personas en todo el mundo, previsiblemente duplicándose a 65,7 en 2030 y triplicándose (115,4) en 2050 debido al envejecimiento poblacional. La demencia está asociada con necesidades complejas y, especialmente en los estados últimos, altos niveles de dependencia y morbilidad. En la actualidad, la mayor parte de mayores con demencia (sobre el 80%) viven en casa y desean permanecer en ella todo lo posible. Es más, el apoyo a un mayor con demencia en casa resulta en unos costes inferiores a los que suceden cuando está en un centro residencial. Por tanto, la mayor parte de los cuidados a personas con demencias los proporcionan cuidadores informales, sin salario, que incluyen cónyuges, hijos, yernos y amigos. Las mujeres representan el 76% de estos cuidadores en todos los países. (EUROFAMCARE, *Services for supporting family carers of elderly people in Europe: characteristics, coverage and usage*. 2006) . La tarea del cuidado tiene gran impacto en la vida del cuidador, implicando trastornos físicos y psicológicos (fatiga, desórdenes del sueño, ansiedad...), sobrecarga y aislamiento social, influyendo directamente sobre la atención proporcionada.

Es necesario proporcionar apoyo a estos cuidadores informales para aliviar estos trastornos derivados de su labor, y mejorar el cuidado que realizan a las personas con demencias.

En la última década ha aumentado la preocupación sobre la demencia y varios países de renta alta han desarrollado estrategias, políticas, planes o guías para ayudar tanto a los mayores con demencia como a sus cuidadores. Los planes/estrategias así como las áreas de acción que se están llevando a cabo en la actualidad están referidas en un informe reciente WHO sobre demencia (Alzheimer's Disease International. *World Alzheimer Report 2010. The Global Economic Impact of Dementia*, 2010) y en un informe de Hoffman y Rodrigues (Hoffman F. and Rodrigues R. *Informal Caregivers: Who takes care of them?* European Centre for Social Welfare Policy and Research. 2010). Estos apoyan programas para asistir al las familias en proporcionar cuidado y retrasar o reducir la necesidad de una hospitalización de alto coste proporcionando asistencia financiera, consejos, programas educativos y un descanso para los cuidadores.

Sin embargo, hay muchas barreras que impiden un soporte más amplio a los cuidadores informales:

- Durante la actual crisis, los servicios sociales de muchos países han sido seriamente afectados por las medidas de austeridad y reducido el gasto público (ASISP Project “Analytical Support on the Socio-Economic Impact of Social Protection Reforms” (2012) Annual National Reports 2012. Retrieved from <http://socialprotection.eu//cms/medium/54/asisp%20synthesis%202012.pdf>) Las consecuencias son una reducción del apoyo público a los proveedores de servicios sociales y de asistencia en aspectos económicos y de políticas. El aumento esperado de personas con demencia aumentará aún más la presión sobre los servicios sociales.
- Hay una falta de profesionales de la salud formados y por tanto no hay infraestructuras para escalar el apoyo a la mayor parte de los cuidadores informales. Por consiguiente, sólo una minoría de cuidadores pueden acceder a consultoría profesional y programas educativos.
- Hay un conocimiento extenso sobre demencia, pero la información no es accesible de forma fácil ni está muy extendida.

Hay por tanto la necesidad urgente de desarrollar servicios de bajo coste dentro de una infraestructura ampliamente accesible para proporcionar formación en conocimiento sobre la demencia precisa y personalizada, sobre cómo cuidar a personas con esta enfermedad y cómo prevenirla, tratarla, y prepararse para los síntomas futuros.

En la actualidad existen algunas soluciones y proyectos recientemente finalizados para el apoyo de cuidadores informales. Hay mucho conocimiento sobre la demencia en cuanto a fuentes de información o como utilizar instrumentos / dispositivos domésticos. Algunas de estas soluciones son:

www.thiscaringhome.org (consejos y herramientas para mejorar la seguridad doméstica).

<http://www.alzheimer-europe.org/> (información online sobre todos los aspectos relativos a la demencia).

<http://dementia.stir.ac.uk/virtualhome> (ejemplo de cómo debería ser un entorno adecuado para la demencia).

También hay servicios que proporcionan algunas soluciones adaptadas a individuos que sufren demencia y a sus cuidadores informales. Algunos ejemplos son:

<http://www.mobido.dk/> - Utilización de códigos QR para guiar las acciones de personas mayores con demencia.

<http://www.abilia.dk/produkter/produktgruppe.aspx?productgroup=267487> - crear calendarios para personas mayores con demencia.

Sin embargo, estas soluciones carecen de la habilidad de filtrar y comunicar conocimiento relevante y personalizado a los usuarios en el momento en que la necesitan, conduciendo al usuario a la necesidad de “probar a ver si acierta” para encontrar la solución, o bien cuentan con experiencia local que se pone en contexto mediante otras fuentes, generalmente con un coste adicional.

Hay, por tanto, un campo que debe ser abordado, para el desarrollo de una solución de apoyo a los cuidadores informales a través de una solución interactiva e innovadora de apoyo y formación “just-in-time”. Esto mejorará la competencia de los cuidadores informales, proporcionando al cuidador con el conocimiento y capacidad de actuar de acuerdo a diferentes situaciones, previniendo errores previsibles, etc.

METODOLOGIA

Ante esta situación, 9 instituciones europeas, de Dinamarca, España y Polonia se plantearon realizar un proyecto colaborativo que es financiado bajo el marco de la convocatoria europea *Ambient Assisted Living (AAL)* denominado “UnderstAID. A platform that helps informal caregivers to understand and aid their demented relatives”. Las instituciones participantes forman un equipo altamente especializado en los ámbitos de salud asistencial, educación y nuevas tecnologías

DINAMARCA

- VIA University College
- Sekoia Assisted Living ApS
- Danish Alzheimer Association
- Skanderborg municipality

ESPAÑA

- Centro de Supercomputación de Galicia – CESGA
- Balidea Consulting and Programming
- Complejo Gerontológico La Milagrosa – UDP A Coruña

POLONIA

- Poznan University of Medical Sciences
- Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny nr 4 im. W. Degi

El proyecto UnderstAID se centra en facilitar las vidas los cuidadores informales, respondiendo a sus necesidades, actualmente no cubiertas, de acceder de forma sencilla a soporte formativo, basado en modelos de aprendizaje centrados en el usuario adulto, personalizados y contextuales, que proporcionarán un apoyo personalizado y relevante de cómo tratar con la demencia de acuerdo a cada perfil de usuario.

La mayor novedad del proyecto consiste en desarrollar una metodología de búsqueda altamente sofisticada -basada en avanzados métodos de perfilado y encuestado interactivos- para relacionar el material de aprendizaje y contenidos con el contexto situacional y necesidades del individuo, lo que supone un avance considerable sobre los sistemas actuales de búsqueda y clasificación de información. Además, los modelos de e-learning se proporcionarán de forma progresiva, basados en situaciones e información proporcionada por el usuario. El proyecto, basado en la evolución de la condición del paciente de demencia reportada por el cuidador, los preparará para situaciones futuras y proporcionará contenidos preventivos. Los modelos de e-learning se desarrollarán de una base de datos innovadora y completa, que recopile el conocimiento más relevante en la literatura actual; las situaciones reales enfrentadas por los cuidadores informales y sus necesidades y aporte profesional proporcionado por expertos en demencia.

Esta plataforma recopilará información de los socios participantes de Dinamarca, España y Polonia. Durante la explotación, se enriquecerá con contenidos de otros países. La relevancia y exhaustividad se asegurará revisando la información desde diferentes contextos y perfiles culturales y educativos. Estará formulada en procesos de solución-problema, conectando comportamientos comunes y problemas con soluciones y medidas.

FUNCIONALIDADES

La plataforma understAID está pensada para dar respuesta a las necesidades del cuidador informal de personas con demencia desde plataformas móviles (teléfonos inteligentes, tabletas), así como desde el ordenador. Este acceso incluirá tres versiones (Figura 1):

- *Light*: Versión básica, con un grado medio de interactividad y adaptada a teléfonos inteligentes.
- *Premium*: Versión también disponible a través de teléfonos inteligentes, tabletas o acceso online desde la Web. Incluirá contenidos más adaptados y accesibles, incluyendo reconocimiento facial para adaptar los

contenidos a los usuarios (por ej. el tamaño de letra adaptado a la edad). Incluirá agenda, vídeos formativos, recordatorio de toma de medicamentos...

- *Premium Plus*: Resultado de la integración de la versión Premium dentro de la plataforma Sekoia Carestore™, propiedad de uno de los socios daneses del consorcio, permitirá comprobar la viabilidad de esta solución para convertirse en una solución útil en un contexto real. Facilitará al usuario funcionalidades como la interacción domótica o la inclusión de dispositivos de telemedicina.

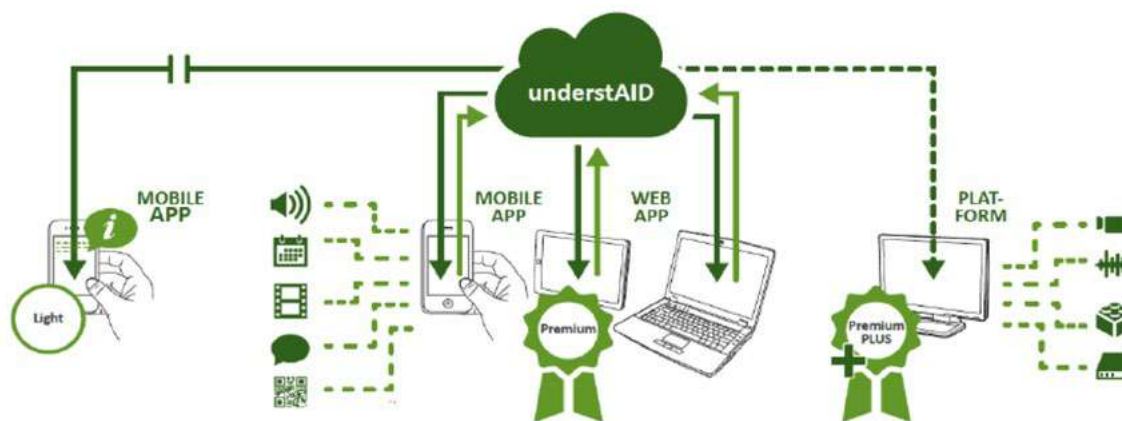


Figura 1. Versiones understAID

RESULTADOS

Esta iniciativa comenzó en abril de 2013, y se desarrollará durante 36 meses, hasta marzo de 2016. Los resultados del mismo se harán públicos durante las diferentes fases del proyecto y al finalizar el mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Maseda, A., Núñez-Naveira, L., González-Abraldes, I., Buján, A., Lorenzo, T., & Millán-Calenti, J.C. (2013). understAID: plataforma de apoyo a cuidadores informales de personas con demencia. In: J.C. Millán-Calenti, A. Maseda, & L. Lorenzo-López, *Investigación, Desarrollo e Innovación en Gerontología y Geriatria* (pp. OC-7). A Coruña, España: Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatria.

Millán-Calenti, J.C. & Maseda, A. (2011). *Elderly people, disability, dependence and new technologies*. In: Handbook of Research on Personal Autonomy Technologies and Disability Informatics (pp. 36-45). Estados Unidos de América: Medical Information Science Reference.

Millán Calenti, J.C. (2009). *Envejecimiento, Dependencia, Demencias y Nuevas tecnologías* (pp. 1-298). Galicia: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias.

Mestheneos, E. & Triantafillou, J. (2006) EUROFAMCARE *Services for supporting family carers of elderly people in Europe: characteristics, coverage and usage. Background Report*. Recuperado de http://www.sextant.gr/docs/EFCpeubare_051006_a5.pdf

Horstmann, S. (2012) *ASISP Project "Analytical Support on the Socio-Economic Impact of Social Protection Reforms" Annual National Reports 2012*. Recuperado de <http://socialprotection.eu//cms/medium/54/asisp%20synthesis%202012.pdf>

Wimo, A., Karolinska & Prince, M. (2010) *World Alzheimer Report 2010: The Global Economic Impact of Dementia*. Recuperado de <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf>

Hoffman, F. & Rodrigues, R. (2010) Policy Brief April 2010: *Informal Caregivers: Who takes care of them?* European Centre for Social Welfare Policy and Research. Recuperado de http://www.euro.centre.org/data/1274190382_99603.pdf

CONTACTO PARA CORRESPONDENCIA

María R. Malmierca, Centro de Supercomputación de Galicia, mjrm@cesga.es

Diego Nieto Caride, Centro de Supercomputación de Galicia, dnieto@cesga.es

Acompanhamento ao cuidador familiar de pessoa com úlcera por pressão: modelo de atuação do enfermeiro no domicílio

Alexandre Rodrigues¹, Carmén Ferré², & Pedro Ferreira³

1. Universidade dos Açores (rodriguesalexandr@gmail.com)

2. Universidad Rovira i Virgili (carme.ferre@urv.cat)

3. Universidade de Coimbra (pedrof@fe.uc.pt)

Resumo: As úlceras por pressão (UPP) são feridas crónicas que apresentam sérias repercussões para o cliente, cuidador familiar e para o sistema de saúde. Até hoje, verificamos que os estudos realizados na área não se têm centrado no cuidador familiar, o qual, se apresenta como uma base de sustentabilidade dos cuidados a este tipo de doentes no domicílio. Considerando as necessidades dos cuidadores familiares de pessoa com UPP, pretendemos construir um modelo de atuação de enfermagem. Utilizada metodologia mista recorrendo a dois métodos: quantitativo – descritivo e correlacional e, qualitativo – exploratório com Grounded Analysis.

De acordo com as necessidades identificadas através dos resultados foram induzidas intervenções para dar resposta adequada. Esta conjugação estabelece-se desde o início em que se tornam cuidadores acompanhando-os ao longo de todo o percurso de prestação de cuidados.

Resumen: Las úlceras por presión (UPP) son heridas crónicas que presentan graves repercusiones para lo paciente, cuidador familiar y para lo sistema de salud. Hasta la actualidad, los estudios realizados no se centran en lo cuidador familiar, lo cual, se presenta como una basis de sustentabilidad de los cuidados a estes pacientes en domicilio. Considerando las necesidades de los cuidadores de personas con UPP, pretendemos construir un modelo de actuación de enfermería. La metodología del estudio es mixta recurriendo a dos métodos: cuantitativo – descriptivo y correlacional y, cualitativo – exploratório con Teoria Fundamentada.

De acuerdo con las necesidades identificadas en los resultados, furón adecuadas intervenciones de enfermería. Esta actuación del enfermero empieza en el inicio del hecho de ser cuidador a lo largo de todo el percurso de prestación de cuidados.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; Necessidades; Cuidador familiar; úlcera por pressão

INTRODUÇÃO

A realidade demonstrada pelo processo patológico das úlceras por pressão (UPP) traduz-se pelo impacto que causam, não só pelo número de indivíduos que atingem, mas acima de tudo pela vivência, pela dor e pelo sofrimento imposto ao doente e àqueles que o rodeiam: familiares e cuidadores.

É na minimização deste impacto que os enfermeiros se apresentam como intervenientes privilegiados, na medida em que são detentores de intervenções autónomas capazes de lhe dar resposta, quer seja no contacto direto com o cliente, quer na integração do cuidador informal na prestação de cuidados (Rodrigues, 2009; Rodrigues e Verdú, 2011).

No que concerne ao apoio formal aos cuidadores em cuidados domiciliários, o que se verifica é que a enfermagem é o grupo profissional que o exerce de uma forma mais efetiva, visto que acompanham os próprios familiares como alvo do seu interesse profissional, avaliando a sua resposta à situação de cuidados e identificam, como diagnóstico, a sobrecarga do cuidador (ou o seu risco); investigam a adaptação dos cuidadores ao seu papel, as intervenções que podem minimizar o impacto do cuidar, a eficácia de intervenções de ensino e o suporte ou pausa no cuidar (Pereira H., 2011; Ferré-Grau *et al*, 2011).

METODOLOGIA

Objetivos:

- i) Identificação das necessidades dos cuidadores informais de pessoa com UPP
- ii) Desenvolver um modelo de atuação do enfermeiro no domicílio adequado às necessidades evidenciadas

Para dar resposta aos objetivos enunciados inicialmente, consideramos que o desenho misto seria o indicado para o presente estudo, tirando partido da conjugação de métodos quantitativos e qualitativos.

De acordo com a classificação feita por Onwuegbuzie e Leech (2006) para as investigações com um desenho misto, em função do paradigma que enfatizam e da ordem ou sequência em que se aplicam os métodos, enquadrámos este estudo misto numa tipologia de status dominante e de ordem sequencial, por se verificar a centralidade do estudo no método qualitativo, que se segue a uma primeira abordagem de cariz quantitativo. Na vertente quantitativa foi aplicada a escala SF-36 e a escala de sobrecarga do cuidador, validadas para Portugal. A população é de 145 cuidadores do Arquipélago dos Açores

Desenvolve-se assim, uma vertente de carácter quantitativa do tipo descritiva-correlacional e transversal, complementada pela componente qualitativa de carácter exploratório, utilizando a Grounded Analysis (Strauss e Corbin, 2009) no processo de análise dos dados.

Os aspetos éticos foram salvaguardados ao longo da realização de todo o trabalho.

ANÁLISE

Análise estatística foi efectuada recorrendo ao programa estatístico SPSS 19.0.

Na abordagem qualitativa aplicou-se a entrevista semi-diretiva na recolha de dados e a teoria fundamentada para a análise dos dados. Durante este processo utilizou-se o programa de análise NVIVO9.

A partir dos resultados obtidos detetaram-se as necessidades dos cuidadores, às quais o enfermeiro poderá dar uma resposta efetiva através de intervenções autónomas e interdependentes.

RESULTADOS e DISCUSSÃO

As úlceras por pressão exigem ao cuidador familiar cuidados específicos acrescidos às suas tarefas domésticas diárias, produzindo-lhe necessidades a diversos níveis. Decorrente das necessidades que emergem do cuidador, são dirigidas as respetivas intervenções do enfermeiro no sentido de as colmatar.

A satisfação do cuidador é potenciada quando se verifica o reconhecimento dos cuidados que presta, o que funciona como um reforço positivo para si. O cuidador valoriza-o quando este advém da parte da pessoa cuidada ou de agentes externos: a família ou os profissionais de saúde que os acompanham. Cunha (2011) esclarece que o reconhecimento que o cuidador sente, proveniente do idoso ou do meio social, por assumir essa função de cuidador, se transforma em aspeto positivo do cuidar.

Sob o ponto de vista dos enfermeiros o acompanhamento ao cuidador familiar deverá salvaguardar a monitorização da perícia técnica para na execução dos cuidados, sob pena de se poder comprometer indubitavelmente a cicatrização das UPP e a minimização do sofrimento do doente.

Face ao exposto, a intervenção de enfermagem direcionada é: *A avaliação dos cuidados prestados e acompanhamento regular da execução dos mesmos;*

Os resultados dos cuidadores familiares com sobrecarga encontrados no nosso estudo tornam-se num fator preocupante (63,5%), dado que se acresce o facto de a sua qualidade de vida ser baixa, principalmente quando nos reportamos às medidas sumário mental e física que, numa escala de 0 a 100, se centram nos 43,4 e 44,0 pontos, respetivamente. Outros estudos realizados com cuidadores de doentes com patologias

crônicas também demonstram esta tendência (Carretero *et al*, 2009; Sequeira, 2010). Sabendo-se à partida que o percurso de um cuidador familiar de pessoa com UPP não é linear, tendo em consideração a evolução clínica geral e da UPP em particular, bem como o processo de adaptação do próprio cuidador faz-nos sentido que o enfermeiro proceda: *À monitorização da sobrecarga e da qualidade de vida destes cuidadores familiares;*

Os cuidadores familiares referiram a importancia do apoio da equipa de enfermagem na transmissão de informação de suporte para a prestação de cuidados sempre que surge uma dificuldade sobre o processo de doença da pessoa ou sobre os cuidados adequados a executar. Cabe ao enfermeiro capacitar o cuidador de forma a ter competências para proporcionar uma qualidade de vida ao idoso em contexto natural (Cruz *et al*, 2010). Esta potencialidade valorizada pelos cuidadores vai ao encontro de uma das necessidades neles evidenciadas que diz respeito ao potencial de conhecimentos e de capacidades para a resolução de problemas. Assim, enunciamos como outra intervenção do enfermeiro: *a elaboração de um plano de ensinios teórico-práticos sobre: fatores de risco de úlcera por pressão; úlcera por pressão; cuidados à pessoa com UPP e organização dos cuidados;*

Os cuidadores que executam cuidados diretos de tratamento à UPP estão expostos a uma diminuição da sua qualidade de vida nas dimensões dor e vitalidade, tendo sido demonstrada correlação estatisticamente significativa entre estas variáveis.

O contacto direto com a ferida traduz-se em *evitamento, a recusa de visualização e a recusa de vivenciar a experiência* de UPP, que potenciam a *sensação de dor*. Teixeira (2009) faz-nos ainda pensar sobre o quão aterrador poderá ser para o cuidador a visualização de UPP's necrosadas com exposição óssea. De forma a minimizar este impacto na qualidade de vida do cuidador familiar estabelecemos que: *os cuidados de tratamento direto às UPP devem ficar a cargo do enfermeiro;*

Os cuidadores de pessoa com UPP valorizam a presença de algum elemento que o acompanhe nos cuidados no sentido de lhe estabelecer um suporte físico e psíquico. Salientam esta contribuição pelo desgaste físico que os cuidados lhe promovem ou pela ausência de força mental para dar uma resposta efetiva.

Heierle (2004) realça o apoio do cuidador secundário a dois níveis: o apoio afetivo e o apoio instrumental. O primeiro enquadra todo o tipo de apoio emocional e moral, tendo especial relevância nas relações entre cuidadores do sexo feminino. O apoio instrumental refere-se às atividades de âmbito físico onde se inclui a ajuda para o cuidado pessoal ao doente, ajuda para supervisão e auxílio nas tarefas domésticas.

Com base nestes pressupostos, o enfermeiro terá um papel fundamental junto da família de: *sensibilização para a garantia de apoio de um cuidador secundário no auxílio de algumas atividades de índole física, bem como, para suporte emocional;*

Além da dificuldade que, por vezes, constitui a deslocação de uma pessoa debilitada para uma instituição de saúde, também os recursos de transporte não existem na família. Torna-se necessário a contratação de serviços especializados de transporte, que acarreta custos acrescidos aos intervenientes, o que se constitui como outra barreira inerente. Santos (2005) confirma esta ideia quando afirma que não se pode esquecer que, em determinados contextos, as dificuldades residem de facto no acesso e disponibilidade dos serviços de apoio formal.

A situação específica de doença que estamos a trabalhar – a UPP, apesar de ser um problema que se centra essencialmente na área de atenção de enfermagem, também necessita do suporte de outros profissionais de saúde para o controle de alguns dos fatores associados que são prejudiciais ao processo de cicatrização da ferida e de saúde do doente, tal como no acompanhamento do cuidador. Carretero *et al* (2009) refere que o acompanhamento em domicílio deve garantir assistência, orientação aos doentes e familiares quanto a noções básicas de saúde e de cuidados, contando para isso com uma equipa multidisciplinar, formada por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, entre outros. Estas necessidades de apoio do cuidador familiar e/ou do doente com UPP, também se estendem a algumas instituições, por isso depreendemos que o enfermeiro deverá zelar pelo: *reconhecimento dos recursos disponíveis na comunidade o que se torna- numa mais-valia para um reencaminhamento do cuidador, face às suas necessidades de socialização e para a prestação de cuidados;*

Verificou-se ainda neste estudo que ao nível dos cuidados prestados, as repercussões destes cuidados e o suporte ao cuidador, induzem-lhe, motivos satisfatórios e insatisfatórios em todo o seu percurso como agente prestador de cuidados.

Os cuidados poderão afetar a pessoa de diferentes formas: positiva ou negativamente, dado que a sua duração e a exigência inerente à dependência podem ser explicações para a sua satisfação. Os cuidadores por um período prolongado apresentam menor satisfação com a vida (Borg e Hallberg, 2006). Também, Archbold *et al* (1990) afirma que a pressão sentida no desempenho do papel de cuidador condiciona a sua satisfação. Neste percurso, o equilíbrio do cuidador informal traduz-se pela potenciação dos satisfatórios e no controlo dos insatisfatórios pelo que, o enfermeiro deverá: *proceder a uma avaliação contínua dos aspetos indutores de satisfação e insatisfação para o cuidador.*

CONCLUSÃO

De acordo com as necessidades do cuidador familiar de pessoa com UPP detetadas no estudo, foram direcionadas intervenções da área autónoma da enfermagem de forma a promover uma atuação que lhe proporcione uma melhoria da sua qualidade de vida e a minimização da sobrecarga.

O conjunto de intervenções enunciadas permitem delinear um modelo de atuação de enfermagem que integra uma avaliação inicial dos cuidados prestados direcionados para as UPP e o devido acompanhamento aos mesmos para que se proceda a uma deteção das necessidades do cuidador a este nível. Valoriza-se o ensino teórico e prático que sustente uma correta prestação de cuidados adequada à evolução das UPP e aos fatores de risco inerentes. O provimento de apoio e de recursos necessários para uma prestação de cuidados sustentada torna-se num pilar essencial para um melhor desempenho do cuidador familiar e para lhe prestar apoio emocional.

Por fim, o reforço positivo do seu trabalho potencia a minimização das repercussões negativas que emergem destes cuidados, motivando-o para manter a sua prestação num elevado nível de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Archbold, P.G.; Stewart, B.J.; Greenlick, M.R. & Harvath, T. (1990). "Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain". *Res Nurs Health*, 13(6). 375-384.
- Borg, C. & Hallberg, R. (2006). Life satisfaction among informal caregivers in comparison with non-caregivers. *Journal Compilation*. Nordic College of Caring Science, 20. 427-43
- Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F., & Sanjosé, V. (2009). "The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review". *Archives of Gerontology and Geriatrics* 49, 74-79. ELSEVIER
- Cunha, M. (2011). Impacto Positivo do Acto de Cuidar no Cuidador Informal do Idoso: Um estudo exploratório nos domicílios do concelho de Gouveia. Dissertação de Mestrado em Psicologia. *Faculdade de Psicologia*, Universidade de Lisboa
- Cruz, D. C., Loureiro, H. A., Silva, M. A. & Fernandes, M. (2010). "As vivências do cuidador informal do idoso dependente". *Revista de Enfermagem Referência*. III série No 2. 127-136. Dezembro..
- Ferré-Grau, C.; Roderó-Sánchez, V.; Vives-Relats, C.; Cid-Buera, D. & Aparício-Casals, M. (2011). *Guía de cuidados de enfermeira: cuidar al cuidador en atención primaria*. Tarragona. Publidisa, S.A.
- Heierle, C. (2004). *Cuidando entre cuidadores: intercambio de apoyo en la familia*. Granada. *Cadernos Index3*, 77-80.
- Onwuegbuzie A. J. & Leech, N. L. (2006). "Linking Research Questions to Mixed Methods Data Analysis Procedures" (pp.474-498). *The Qualitative Report*; 11(3).. Recuperado em 5 de Janeiro, 2013, de <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR11-3/onwuegbuzie.pdf>
- Rodrigues, A. (2013). "Ser cuidador informal de pessoa com úlcera por pressão no arquipélago dos Açores" Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermeria, Universidad Rovira i Virgili, *Tarragona*.
- Rodrigues, A. & Verdú, S. (2011). "Fatores influenciadores dos cuidados domiciliários de enfermagem na prevenção das úlceras por pressão". *Revista de Enfermagem Referência*. III. Série No 5. Dezembro.

Santos, P. A. (2005). *O Familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.

Sequeira, C. (2010). “Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit”. *Revista de Enfermagem Referência*. II Série, No 12, Março.

Pereira, S. & Soares, H. (2012). “Úlceras por pressão: percepção dos familiares acerca do impacto emocional e custos intangíveis”. *Revista de Enfermagem Referência*. 3(7).

Strauss, A. & Corbin, J. (2009). *Pesquisa Qualitativa: Técnicas e Procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada* (2 ed.). Porto Alegre: Armed.

Teixeira, B. M. (2009). *Cuidar de Pessoas Dependentes com Úlceras de Pressão: Percursos e Discursos dos Cuidadores Informais*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Alexandre Rodrigues; Universidades dos Açores; rodriguesalexandr@gmail.com

Metodologias Educativas para Prevenção das Úlceras por Pressão: estudo piloto

Ana Paula Rocha¹, Ana Júlia Silva¹ & Alexandre Rodrigues¹

1. Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo – Universidade dos Açores

Resumo: As úlceras por pressão são um problema de saúde pública que acarreta inúmeros custos e sofrimento à pessoa e familiares. Segundo dados do Estudo de Prevalência de Úlceras por Pressão, publicado pelo Grupo ICE em 2008, é no contexto domiciliário que a prevalência é mais elevada. De forma a contribuir para a sua diminuição, foi realizado um estudo piloto com o objectivo de elaborar e avaliar uma sessão de educação para a saúde destinada aos cuidadores informais. Este estudo piloto é do tipo descritivo-exploratório, onde foi elaborada uma sessão tendo em conta quatro grandes áreas de intervenção.

Palavras-chave: Úlceras por pressão; cuidadores informais; cuidados de saúde primários; programas de educação para a saúde.

Resumen: Las Úlceras por Presión representan un importante problema de Salud Pública de gran repercusión que entraña numerosos costes y sufrimiento, no solamente en los pacientes afectados sino también en su entorno familiar. Según datos del Estudio de Prevalencia de Úlceras por Presión, llevado a cabo por el Grupo ICE en 2006, es en el ámbito de Atención Primaria donde la prevalencia es más alta. Con el fin de contribuir a su disminución, se realizó un estudio piloto con el objetivo de desarrollar y evaluar una sesión de educación para la salud destinada a los cuidadores informales. Este estudio piloto es de tipo descriptivo-exploratorio, teniendo en cuenta en su elaboración cuatro grandes áreas de intervención.

Palabras clave: Úlceras por presión; cuidadores informales; cuidados de salud en atención primaria; programas de educación para la salud.

INTRODUÇÃO

Este estudo piloto inscreve-se no âmbito do Projecto ICE 2 do PCT MAC 2007-2013, na vertente da actividade “Implementação de metodologias educativas, com carácter preventivo em pacientes/familiares em risco de desenvolver úlceras por pressão”. O principal objectivo deste estudo piloto é avaliar um programa de sessões de educação para a saúde sobre prevenção das úlceras por pressão (UPP), para os cuidadores informais de clientes em risco de as desenvolver, a ser implementado posteriormente em todas as freguesias da Ilha Terceira, nos Açores. O presente estudo compreende a caracterização do perfil do cliente e do cuidador informal, bem como a avaliação das sessões de educação para a saúde realizadas.

Assim, consideramos como estratégia essencial a transmissão de conhecimentos aos cuidadores informais, para que os cuidados prestados no domicílio possibilitem a prevenção do desenvolvimento das UPP. Neste sentido, a educação para a saúde compreende “o desenvolvimento das faculdades potenciais de cada pessoa e da sua autonomia, na busca do bem-estar físico, psicológico e social. Salientam-se as palavras autonomia e busca, como forma de responsabilizar activamente o próprio sujeito na promoção da sua Saúde” (Figueiredo, 2008:259).

METODOLOGIA

Enquadra-se num estudo descritivo – exploratório no que concerne à caracterização dos cuidadores informais, considerando-se um pré-teste ao conteúdo das sessões de educação para a saúde, bem como aos instrumentos de avaliação das mesmas. Este estudo piloto é composto por 12 cuidadores informais.

Para o efeito, seleccionámos duas freguesias de pequenas dimensões da Ilha Terceira, uma na área de abrangência do Centro de Saúde de Angra do Heroísmo e a outra na área do Centro de Saúde da Praia da Vitória, sendo identificados os clientes em risco de desenvolverem UPP mediante a aplicação da Escala de Braden. Posteriormente, aplicámos aos clientes identificados um questionário de caracterização.

Neste seguimento, identificámos os respectivos cuidadores informais cuja caracterização foi elaborada através da aplicação de um questionário, constituído por variáveis sócio-demográficas e por necessidades formativas.

A elaboração da sessão de educação para a saúde teve por base as guidelines de prevenção de UPP, estando organizada em quatro grandes áreas de prevenção, especificamente alimentação, posicionamentos, cuidados à pele e dispositivos de alívio de pressão (EPUAP e NPUAP, 2009).

Após cada sessão de educação para a saúde, realizámos uma avaliação no imediato dos conhecimentos transmitidos aos cuidadores informais. Passados quatro meses, efectuámos uma avaliação da utilidade e satisfação, bem como dos conteúdos que foram aplicados na prática de cuidados. Para o efeito, construímos instrumentos de avaliação específicos.

ANÁLISE

A análise dos dados teve por base a análise estatística descritiva, recorrendo a médias, desvio padrão e frequências. Para as questões abertas, utilizámos a análise de conteúdo.

As questões éticas foram devidamente asseguradas e, quer os clientes quer os cuidadores informais assinaram o termo de consentimento informado, livre e esclarecido.

RESULTADOS

Os resultados decorrentes do estudo piloto são apresentados de acordo com o perfil do cliente, o perfil do cuidador informal e a avaliação das sessões de educação para a saúde.

Perfil do Cliente

No que concerne ao perfil do cliente, a idade oscila entre os 64 e os 102 anos, com uma média de 81,66 anos e um desvio padrão de 10,94. Dos clientes envolvidos, 83,3% são do sexo feminino e 16,7% do sexo masculino.

O tempo de dependência varia entre 1 e 15 anos, com uma média de 5,41 anos e desvio padrão de 4,46. As patologias associadas apresentam uma grande variabilidade, sendo as mais frequentes: alterações cardiovasculares, músculo-esqueléticas, endócrinas e neurológicas. Relativamente à medicação, o número de fármacos prescritos situa-se entre 1 e 12, induzidos pela grande diversidade de grupos farmacológicos correspondentes às patologias associadas.

O tempo que os clientes passam sentados varia entre 0 e 12 horas, com uma média de 4,27 horas, já o tempo que passam na cama estende-se entre 12 e 24 horas, correspondendo a uma média de 17,81 horas.

Quando avaliado se o cliente muda de posição sozinho na cadeira, verifica-se que 50% o fazem. A frequência de mudança de posição na cadeira oscila: menos de 1 hora, 8,3%; de 1/1 hora, 16,7%; de 2/2 horas, 16,7%; de 3/3 horas, 8,3%; de 4/4 horas, 16,7%; mais de 4 horas, 8,3%. Não se obteve resposta de 25% dos clientes.

Na mudança de posição sozinho na cama, 25% afirma que o fazem autonomamente, havendo 8,3% dos clientes que não responderam. Quanto à frequência de tempo com que muda de posição sozinho na cama, 16,7% executa-o de 1/1 hora; 8,3% de 2/2 horas; 16,7% de 3/3 horas; 16,7% de 4/4 horas; e 8,3% mais de 4 horas, não respondendo 33,3% dos clientes.

Quanto à existência de dispositivos de alívio de pressão, 33,3% dos clientes têm este tipo de material. Dos clientes com dispositivos, 50% referem ter colchão anti – escara e 50% mencionam ter almofadas.

Perfil do Cuidador Informal

Dos cuidadores inquiridos, 91,7% são do sexo feminino e 8,3% do sexo masculino, com idades compreendidas entre 41 e 75 anos numa média de 57,92 anos e desvio padrão de 10,25.

A profissão dominante é doméstica com 58,4%, seguindo-se reformado com 25%; empregada doméstica com 8,3% e cozinheira com 8,3%. Quanto às habilitações literárias, 75% frequentaram o ensino básico; 8,3% o ciclo; 8,3% o ensino secundário, havendo 8,4% dos cuidadores que não responderam.

Na relação de parentesco com quem cuida, 50% são filhas; 25% noras; 16,7% conjugue e 8,3% amiga. O tempo que é cuidador varia entre 1 e 25 anos, com a média situada nos 6,82 anos e desvio padrão de 6,81. O número de horas que cuida varia entre 2 e 24 horas, com média de 13,7 horas.

Os cuidadores referem que executam todo o tipo de cuidados, havendo 58,3% que têm ajuda no cuidar. Dos cuidadores que têm auxílio, este provém das equipas da Santa Casa, com 42,9%; do conjugue, com 28,6%; da filha, com 14,3%; e 14,3% não específica. Quanto à formação para cuidar, 25% respondem que a obtiveram por parte das equipas de enfermagem, enquanto que 75% referem que não receberam nenhum tipo de formação.

Relativamente às UPP, 50% dos cuidadores referem saber o que é uma UPP, da mesma forma que 50% dos cuidadores afirmam saber como prevenir uma UPP. Tendo em conta os cuidados prestados pelos cuidadores, a avaliação da pele dos clientes é efectuada por 83,3%, sendo as zonas avaliadas com mais atenção é a zona inferior do corpo, especificamente os pés e os calcanhares, e as zonas com pregas cutâneas. Quando verificam a existência de uma zona ruborizada, referem aplicar cremes ou eosina, lavar e secar, havendo 16,7% que informam os enfermeiros.

No que concerne à hidratação da pele dos clientes, 75% dos cuidadores procedem a este cuidado. Quando o cliente transpira, 25% trocam a roupa; 25% trocam os lençóis; 25% fazem todos os procedimentos; 16,7% referem fazer outras coisas; 8,3% secam a pele.

Relativamente aos posicionamentos, 58,3% executam de 1/1 hora; 16,7% de 3/3 horas; 32% mais de 4 horas. Ao serem inquiridos sobre se efectua a mobilização dos clientes sozinhos, 83,3% dizem que sim. Quanto à questão colocada sobre se arrasta o cliente durante a mobilização, 58,3% referem afirmativamente.

Quanto à alimentação diária dos clientes, as respostas foram variadas, sendo agrupadas do seguinte modo: produtos lácteos 83,3%; fruta 75%; vegetais 58,3%; carne 33,3%; peixe 33,3% e hidratos de carbono 33,3%. No que respeita aos alimentos que consome com mais frequência, sopa 33,3%; fruta 33,3%; pão 25%; papa 25%; leite 16,7%; café 16,7%; peixe 16,7%; bolachas 8,3%. A quantidade de líquidos ingeridos/dia varia entre 600 cc e 1500cc de água, chá, café, leite, vinho ou sumo de frutas.

Avaliação das Sessões de Educação para a Saúde

Na avaliação imediata, 45% dos cuidadores responderam correctamente a todas as questões colocadas. Os restantes 55% erraram numa ou em duas questões.

Na avaliação realizada 4 meses após as sessões de educação para a saúde, a totalidade dos cuidadores informais ficou satisfeita com a formação, caracterizando-a como “esclarecedora”, “bem explicada”, “muito clara na transmissão de conteúdos”, “serviu de aprendizagem”, “aprendi muito”, “sempre se aprende algumas coisas” e “há sempre coisas que se aprendem”.

Quanto ao grau de satisfação e à utilidade dos conteúdos, estes foram avaliados numa escala de likert de 6 pontos, onde ao 1 corresponde nada satisfeito / nada útil e ao 6 completamente satisfeito / extremamente útil. Os resultados variam entre 4 e 6 para a satisfação e entre 5 e 6 para a utilidade. As temáticas dos posicionamentos e dos dispositivos são as consideradas pelos cuidadores informais como as mais importantes.

Na questão relacionada com os cuidados que executam e que foram adquiridos na formação, optamos por transcrever os relatos dos cuidadores informais: “roupa da cama sempre esticada e virar a pessoa com o resguardo”, “questões de alimentação”, “colocação de almofadas ao longo do corpo para prevenir as úlceras”, “higiene, banho, hidratar a pele e secar bem, poder usar almofadas e carne na sopa”, “alimentação e posicionamentos” e “já os fazia apenas os aperfeiçoei”.

Nenhum dos cuidadores referiu a necessidade de acrescentar algo à formação, ficando o seguinte repto: “esta sessão deve ser feita o mais cedo possível para quando tiverem de cuidar não terem tantas dificuldades”.

CONCLUSÃO

O perfil dos clientes com risco de desenvolver UPP, bem como dos cuidadores informais enquadra-se nas evidências referenciadas por outros estudos da área.

No que concerne às sessões de educação para a saúde, procedeu-se ao ajuste das mesmas ao longo das diferentes avaliações, convergindo num programa e em instrumentos de avaliação adequados à formação em questão.

A estrutura da sessão de educação para a saúde em quatro grandes áreas de prevenção, nomeadamente alimentação, posicionamentos, cuidados à pele e dispositivos de alívio de pressão, permite uma visão abrangente da problemática em questão.

De facto, os cuidadores informais referem na avaliação que é necessária uma maior transmissão de informação, e o mais precocemente possível, de modo a evitar dificuldades na prestação de cuidados em contexto domiciliário.

Assim sendo, as sessões de educação para a saúde nesta área devem ser tidas em conta pelos profissionais de saúde, com especial veemência em cuidados de saúde primários, evitando que os cuidadores informais se confrontem por vezes de forma súbita com o aparecimento das UPP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

EPUAP & NPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel, (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.

Figueiredo, F. (2008). “Educação para a saúde: uma área construída por todos, com todos e para todos”. *Educação, ciência e tecnologia*, 259-268.

Grupo ICE - Investigação Científica em Enfermagem, (2008). *Colectânea - Enfermagem e úlceras por pressão: da reflexão sobre a disciplina às evidências nos cuidados*. Angra do Heroísmo.

CONTACTO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ana Paula Rocha, Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo – Universidade dos Açores, apmfrocha@uac.pt

Ana Júlia Silva, Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo – Universidade dos Açores, ajmsilva@uac.pt

Alexandre Rodrigues, Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo – Universidade dos Açores, amrodrigues@uac.pt

Cuidadores Informais: conhecimento sobre prevenção de novas quedas em idosos no pós-operatório de cirurgia de fêmur proximal

Marla Andréia Garcia de Avila¹, Gilberto José Cação Pereira², & Sílvia Cristina Mangini Bocchi³

1,3. Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” marla@fmb.unesp.br, sbocchi@fmb.unesp.br

2. Departamento de Cirurgia e Ortopedia da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” gpereira@fmb.unesp.br

Resumo:

O objetivo é categorizar os cuidadores informais de idosos em pós-operatório de fratura de fêmur proximal, verificar o conhecimento que esses cuidadores possuem acerca da prevenção de novas quedas e verificar a relação entre conhecimento sobre a prevenção de quedas e o emprego das medidas preventivas no cotidiano do idoso. Trata-se de estudo transversal, com amostragem intencional, realizado em 12 meses, incluindo-se 89 cuidadores informais de idosos vítimas de queda seguida por fratura de fêmur proximal. Predominou cuidadores do sexo feminino (76,4%) e filhas (os) (64%). A medida de prevenção apontada pelos cuidadores informais com maior frequência foi a modificação ambiental (88,2%). Observa-se uma associação significativa, sendo que, 58,1% dos cuidadores que acham possível prevenir quedas relataram que houve mudanças na casa e/ou rotina do idoso enquanto que, entre os cuidadores que acham que não é possível prevenir quedas, 26,1% apenas mencionaram ter realizado alguma mudança. Cuidadores informais que apresentam conhecimento sobre prevenção de quedas em idosos, mesmo que incompletos, empregam medidas de prevenção para novas quedas.

Palavras-chave: Idoso; Acidente por Quedas, Cuidadores; Fraturas de fêmur.

Resumen:

El objetivo es clasificar los cuidadores informales de personas mayores en la fractura postoperatoria del fémur proximal, comprobar el conocimiento que estos cuidadores tienen sobre la prevención de caídas adicionales y verificar la relación entre el conocimiento acerca de la prevención de caídas y el uso de medidas preventivas en la vida cotidiana de las personas mayores. Se trata de un estudio transversal con muestreo intencional, llevado a cabo durante 12 meses, incluyendo 89 cuidadores informales de ancianos víctimas de caída seguidas de las fracturas del fémur proximal. Los cuidadores predominantes eran mujeres (76,4%) e hijas (os) (64%). La medida preventiva indicada por los cuidadores informales con mayor frecuencia fue la modificación del medio ambiente (88,2%). Se observó una asociación significativa, en tanto que, el 58,1% de los cuidadores que les resulta posible prevenir las caídas informó que no hubo cambios en el hogar y / o la rutina de la tercera edad, mientras que entre los cuidadores que piensan que no pueden prevenir las caídas, 26 sólo el 1% reportó haber realizado algún cambio. Los cuidadores informales que tienen conocimiento acerca de la prevención de caídas en las personas mayores, aunque incompleta, emplean medidas para evitar nuevas caídas.

Palabras clave: Ancianos, Accidente de caídas, Cuidadores, Las fracturas del fémur.

INTRODUÇÃO

As quedas em idosos constituem um problema de saúde pública, considerando a incidência, mortalidade, morbidade e os custos sociais e econômicos decorrentes delas (Cruz *et al.*, 2012). Pesquisas realizadas por Santos *et al.*, 2012 e Donegan *et al.*, 2010 apontam que as consequências das quedas vão desde a perda da confiança para caminhar e o medo de novas quedas, fazendo com que o idoso diminua sua mobilidade e aumente a dependência e as lesões como escoriações, cortes e fraturas, entre elas a fratura de fêmur proximal. O tratamento de escolha para a maioria das fraturas de fêmur proximal é o cirúrgico fazendo com que o idoso no pós-operatório e no processo de reabilitação necessite de um cuidador. Cerqueira & Nair (2006) apontam que é na família que emerge uma pessoa que assumirá a responsabilidade pelo cuidado ao idoso, sendo então este denominado cuidador informal ou familiar. Estudo realizado no Brasil, realizado por Gratao *et al.*, 2012, que avaliou a sobrecarga e o desconforto emocional de 124 cuidadores de idosos que vivem no domicílio verificou que o cuidar acarretou sobrecarga e desconforto emocional à vida do cuidador, associada ao comprometimento das atividades da vida diária do idoso.

A continuidade dos cuidados aos idosos em seu domicílio passa a ser fundamental para o sucesso do tratamento, embora essa tarefa seja desafiadora. E é nesse contexto: envelhecimento, quedas, cirurgia, e recuperação cirúrgica que profissionais de saúde precisam inserir o cuidador. Rodrigues (2012) considera que o conhecimento é um conjunto de informações que o indivíduo precisa dominar para administrar sua condição de saúde. Pode ser originado de textos, livros e documentação escrita formal, sendo denominado conhecimento explícito (Montani & Bellazi, 2002) e também advindo da experiência pessoal, denominado conhecimento tácito (Nahm *et al.*, 2010). Para promover mudanças de comportamento, é preciso considerar variáveis como escolaridade, tempo de diagnóstico, crenças relacionadas à saúde e à doença, apoio familiar, facilidade de acesso aos serviços de saúde, entre outras dimensões (Montani & Bellazi, 2002). Estudo com cuidadores de idosos que sofreram fratura realizadas por Nahm *et al.* (2010) aponta que mesmo recebendo educação em saúde da equipe médica e/ou de enfermagem antes da alta hospitalar, as dificuldades permaneceram no provimento do cuidado domiciliar e o papel de cuidador é desempenhado sem preparo adequado.

Considerando que os cuidados realizados pelo cuidador é benéfico aos idosos e que fratura de fêmur proximal é um evento agudo e assim os cuidadores informais podem não ter tempo necessário para o aprendizado de novas habilidades para o cuidado bem como adquirir capacitação para a prevenção de novas quedas, justifica-se a realização deste trabalho. O objetivos são verificar quem são os cuidadores informais de idosos em pós-operatório de fratura de fêmur proximal, qual o conhecimento esses cuidadores possuem acerca da prevenção de quedas em idosos e verificar a relação entre conhecimento sobre a prevenção de quedas e o emprego das medidas preventivas no cotidiano.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal, com amostragem não probabilística do tipo intencional, conduzido no Hospital das Clínicas de Botucatu, realizado no período de novembro de 2011 a outubro 2012, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (Protocolo CEP 3967/2011). Para a inclusão dos sujeitos no estudo identificou-se idosos que realizaram cirurgias no fêmur proximal em decorrência de uma queda de baixa energia e seus respectivos cuidadores informais. Posteriormente a coleta de dados foi realizada no ambulatório de ortopedia, no retorno de seguimento do pós-operatório, quando se aplicou o formulário construído pelos pesquisadores. Excluiu-se os cuidadores remunerados.

As variáveis observadas foram: caracterização do cuidador familiar (sexo, idade, procedência, relação com o idoso), cuidador apresentava conhecimento sobre prevenção de quedas (Sim/Não), considerava possível a prevenção de quedas em idosos (Sim/Não), sente-se apoiado nos cuidados aos idosos (Sim/Não) e ocorreram mudanças na vida do cuidador após a queda (Sim/Não). Para a elaboração dos itens de conhecimento dos cuidadores sobre prevenção de quedas, utilizou-se o referencial teórico da Organização Mundial da Saúde (São Paulo, 2010). O cuidador era questionado e suas repostas categorizadas. Considerou-se que o cuidador tinha conhecimento sobre prevenção de quedas quando apontasse pelo menos um dos critérios propostos pela Organização Mundial da Saúde: fortalecimento muscular, adequações ambientais (melhorar iluminação

da residência, altura da cama, presença de suporte de apoio no banheiro, rever superfícies irregulares ou escorregadias e isolamento social ou outros que podem levar a uma queda), adequação medicamentos (geriatria rever a necessidade dos medicamentos de uso diário, suplemento de Cálcio e Vitamina D, quando necessário), acompanhamento de doenças associadas e suas complicações (neurológicas, cardiológicas, osteomusculares, mentais, entre outras) ou adequação da diminuição das funções sensoriais, apoio quanto ao medo de uma nova queda incentivando o retorno das atividades diárias (São Paulo, 2010).

ANÁLISE

Os dados foram digitados na planilha Excel e posteriormente analisados pelo programa SPSS. v15.0 e R v.2.11.0. A associação entre mudanças realizadas na casa e vida do idoso e concepção de normalidade da queda e possibilidade de se preveni-la foi analisada pela técnica não-paramétrica de Qui-quadrado. Foram considerados significativos todas os efeitos e relações associadas a valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Considerando os critérios de inclusão e exclusão, a amostra foi composta por 89 cuidadores informais. Preponderou o sexo feminino (76,4%) com importante inclusão do sexo masculino como cuidador (23,6%) e idosos cuidando de idosos (25,8%). (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização cuidadores informais de idosos pós-operados de fratura do fêmur proximal. Hospital das clínicas de Botucatu. Botucatu 2012.

Variáveis	n	% Relativo
Sexo		
Feminino	68	76,4
Masculino	21	23,6
Idade (anos)		
< 60	66	74,2
≥ 60	23	25,8
Parentesco		
Filha (o)	57	64,0
Cônjuge	11	12,3
Neta (o)	5	5,6
Sobrinha (o)	5	5,6
Nora/Genro	5	5,6
Outros	6	6,9
Anos de Estudo		
0	2	2,2
1 a 5 anos	36	40,5
6 a 9 anos	13	14,6
10 anos ou mais	38	42,7
Procedência		
Botucatu	47	52,8
Outros	42	47,2

Em relação ao conhecimento sobre prevenção de quedas em idosos, a Tabela 2 mostra

que 42,7% dos cuidadores informais referiram ter conhecimento sobre prevenção de quedas em idosos, adquiridos através de revistas, jornais ou por ter vivenciado anteriormente esta experiência. Ademais, 14,6% foram orientado por profissionais da saúde. Quanto à prevenção de quedas, 48,3% consideram possível a prevenção e 51,7% não acreditam na prevenção de quedas em idosos. Quanto às medidas de prevenção referidas verificou-se que a modificação ambiental (colocação de barras no banheiro, retirada de tapetes da casa, etc) é vista como a principal medida preventiva. Quanto ao apoio recebido pelos demais membros da família, 58,4% considera que a divisão de tarefas acontece em seu núcleo familiar e 41,7% relataram que se sente só e sem apoio de outras pessoas para realizar os cuidados aos idosos. Fato que merece atenção é que 87,6% dos cuidadores familiares relataram que mudanças em sua rotina após a fratura do idoso, privando-se de atividades de lazer, afastamento do trabalho e reajuste familiar com o idoso residindo em sua moradia. A tabela 3 observa-se uma associação significativa, sendo que, 58,1% dos cuidadores que acham possível prevenir quedas relataram que houve mudança na casa e/ou vida do idoso enquanto que, entre os cuidadores que acham que não é possível prevenir quedas, 26,1% apenas mencionaram ter acontecido alguma mudança na casa e/ou vida do idoso.

Tabela 2 – Conhecimento apresentado por cuidadores informais de idosos no pós-operatório de fratura do fêmur proximal. Hospital das clínicas de Botucatu. Botucatu 2012.

Variáveis	n	% Relativo
Considera ter conhecimento sobre prevenção de quedas em idosos		
Sim	38	42,7
Não	51	57,3
Orientação por profissional da saúde sobre prevenção de quedas em idosos		
Sim	13	14,6
Não	76	85,4
Considera possível a prevenção de quedas em idosos		
Sim	43	48,3
Não	46	51,7
Conhecimento referido (n 51)		
Modificação ambiente	45	88,2
Fortalecimento Muscular	3	5,9
Adequação de Medicamentos	2	3,9
Tratamento de outras doenças	1	2,0
Sente-se apoiado pelos familiares		
Sim	52	58,4
Não	37	41,6
Modificação na vida do cuidador informal após a fratura do idoso		
Sim	78	87,6
Não	11	12,4

Tabela 3 – Associação entre mudanças realizadas na casa e rotina do idoso e possibilidade de se preveni-la por cuidadores informais. Hospital das clínicas de Botucatu. Botucatu 2012.

Variável	Possibilidade de prevenir quedas	
	Não (n = 46)	Sim (n = 43)
Modificação na casa ou rotina do idoso	12 (26,1%)	25 (58,1%)

CONCLUSÃO

Idosos em pós-operatório de fratura de fêmur proximal são cuidados predominantemente por cuidadores do sexo feminino (76,4%) e por filhas (os) (64%), e 42,7% apresentam conhecimento sobre prevenção de quedas em idosos. Cuidadores informais que apresentam conhecimento sobre prevenção de quedas em idosos, mesmo que incompletos, empregam medidas de prevenção para novas quedas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cerqueira, A.T.A.R. & Oliveira, N.I.L. (2006). *Compreendendo o cuidando do idoso: uma abordagem multiprofissional* (54). Botucatu: CEFAM Faculdade de Medicina de Botucatu.

Cruz, D.T., Ribeiro, L.C., Vieira M.T., Teixeira M.T.B., Bastos, R.R. & Leite, I.C.G. (2012). Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 46 (1), 138-146. Recuperado a 27 maio, 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100017&lng=en&nrm=iso. DOI: [10.1590/S0034-89102011005000087](https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000087)

Donegan, D.J., Gay, A.N., Baldwin, K., Morales, E.E, Esterhai, J.L. Jr. & Mehta, S. (2010). Use of medical comorbidities to predict complications after hip fracture surgery in the elderly. *Journal of Bone Joint Surgery American Volume*, 92(4), 807-813.

Gratao, A.C.M., Vendruscolo, T.R.P., Talmell, L.F.S., Figueiredo, L.C., Santos, J.L.F. & Rodrigues, R.A.P. (2012). Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21 (2), 304-312. Recuperado a 27 de Maio, 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200007&lng=en&lng=pt. 10.1590/S0104-07072012000200007.

Montani, S. & Bellazi, R. (2002). Supporting decisions in medical applications: the knowledge management perspective. *International Journal of Medical Informatics*, 68(1-3), 79-90.

Nahm, E-S., Resnick, B., Orwig, D., Magaziner, J. & DeGrazia, M. (2010). Exploration of informal caregiving following hip fracture. *Geriatric Nursing*, 31(4), 254-462.

Rodrigues, F.F.L. (2012). Relationship between knowledge, attitude, education and duration of disease in individuals with diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2), 284-290. Recuperado a 25 de Fevereiro, 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200020&lng=en&nrm=iso.

Santos, S.S.C., Silva, M.E., Pinho, L.B., Gautério, D.P., Pelzer, M.T. & Silveira, R.S. (2012). Risk of falls in the elderly: an integrative review based on the North American Nursing. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(5), 1227-1236. Recuperado a 4 de Março, 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500027&lng=en.

Secretaria de Estado de São Paulo. (2010). *Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice*. São Paulo: Centro de Produção e Divulgação Científica.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Marla Andréia Garcia de Avila – marla@fmb.unesp.br; Enfermeira do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” .

Nota: Trata-se de parte dos resultados de doutorado, projeto de pesquisa financiado pela FAPESP 2012-09618-4.

Intervenção de Enfermagem junto de Cuidadores Familiares: o consenso decorrente da Técnica Delphi

Ricardo Melo¹, Marília Rua² & Célia Santos³

1. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar – UP /CMP
2. Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro – UA
3. Escola Superior de Enfermagem do Porto

Resumo:

O envelhecimento populacional conduz a um aumento de dependência por parte da pessoa idosa, não só decorrente da diminuição das capacidades, mas também de processos patológicos que vão emergindo. Neste sentido, os cuidadores familiares desempenham um papel crucial no cuidado dos seus familiares dependentes, no sentido de lhes garantir a satisfação das suas necessidades. Nesta perspetiva, surge este trabalho que congrega um conjunto de intervenções de enfermagem que visam facilitar a transição para o papel de cuidador familiar facultando, de modo estruturado, o apoio emocional e instrumental necessário. Assim, e após a seleção de um conjunto de intervenções com base na evidência científica atual, submetemos ao escrutínio de um grupo de peritos, com vista a obtermos consensos. Este trabalho culminou com um programa de 93 atividades de enfermagem no domínio do apoio emocional e instrumental, tendo todas as atividades incluídas obtido uma mediana e moda de valor 5 (escala de Likert entre 1 a 5) e desvio padrão inferior a 0,5. As atividades de enfermagem incluídas no âmbito do apoio emocional são: Promover o Papel de Cuidador Familiar (7), Promover Suporte Social (9), Promover Envolvimento Familiar (6), Prevenir o Stress do cuidador Familiar (18). No âmbito do apoio instrumental estão enquadradas as atividades dos principais autocuidados, designadamente: Assistir no Autocuidado Higiene (13), Arranjar-se (5), Vestir-se e Despir-se (5), Alimentar-se (9), Eliminação Urinária/Intestinal (9) e Mobilidade (14). O objetivo deste trabalho é, assim, descrevermos a técnica Delphi utilizada, bem como os seus principais resultados, chegando a um programa de intervenção consensual, o que nos permite o seu teste no processo de prestação de cuidados.

Palavras-chave: Técnica Delphi; Intervenção de Enfermagem; Apoio Emocional; Apoio Instrumental

Resumen:

El envejecimiento de la población conduce a una mayor dependencia de las personas mayores, no sólo debido a la menor capacidad, sino también los procesos patológicos que están surgiendo. En este sentido, los cuidadores de la familia juegan un papel crucial en el cuidado de personas a su cargo, para asegurar la satisfacción de sus necesidades. En esta perspectiva, este trabajo se plantea que reúne un conjunto de intervenciones de enfermería para facilitar la transición al papel de los cuidadores familiares que prestan de una manera estructurada, el apoyo emocional e instrumental. Por lo tanto, después de la selección de un conjunto de intervenciones basadas en la evidencia científica actual, nos sometemos al escrutinio de un grupo de expertos con el fin de obtener el consenso. Este trabajo culminó en un programa de 93 actividades de enfermería en el ámbito del apoyo emocional e instrumental, incluidas todas las actividades después de haber obtenido un valor medio y el modo 5 (escala de Likert de 1 a 5) y la desviación estándar de menos de 0,5. Las actividades de enfermería en el ámbito de apoyo emocional son: promover el papel de cuidador familiar (7) La promoción de Apoyo Social (9), Promoción de la Participación Familiar (6) Evitar el estrés del cuidador familiar (18). En

el marco del apoyo instrumental son las actividades de las principales tareas de clasificación y saber: Reloj Higiene Autocuidado (13) La organización de (5), vestirse y desvestirse (5) Food-up (9) Eliminación urinaria / intestinal (9) Movilidad (14). El objetivo de este trabajo es, por tanto, describir la técnica Delphi se utiliza, así como sus principales resultados, llegando a un programa de intervención consensual, lo que nos permite probar el proceso de atención.

Palabras clave: Técnica Delphi, Intervención de Enfermería, Apoyo Emocional, Apoyo Instrumental

INTRODUÇÃO

No recenseamento de 2011 (INE, 2012), denotou-se um agravamento do envelhecimento populacional, resultado não só da melhoria dos cuidados de saúde, que se reflete no aumento da esperança média de vida, mas também do aumento da incidência das doenças crónicas e/ou incapacitantes. A diminuição das capacidades, que resultam do processo de envelhecimento natural, assim como o aparecimento de doenças crónicas, conduzem a uma perda de autonomia e aumento da dependência de terceiros para a satisfação das necessidades mais elementares e manutenção da qualidade de vida, pelo que as pessoas dependentes precisam de cuidados constantes (Sequeira, 2010).

Neste contexto, papel fundamental é desempenhado pelo cuidador informal, normalmente assumido pela família, amigos ou vizinhos, no sentido de assegurar a necessária continuidade de cuidados, mas é habitualmente um familiar o principal responsável pela organização ou assistência e prestação de cuidados à pessoa dependente (Marques, 2007), pelo que é compreensível designá-lo por cuidador familiar.

A prestação contínua de cuidados leva a que os cuidadores familiares enfrentem um conjunto de novos desafios na transição para este novo papel, pelo que normalmente manifestam um aumento de stress e sobrecarga em diferentes níveis. Para tornar esta transição o mais saudável possível, é determinante a intervenção dos profissionais de saúde, designadamente os enfermeiros, no sentido de dotar estes familiares com conhecimentos e habilidades que lhes permitam a prestação de cuidados adequada às necessidades demonstradas (Petronilho, 2007). Assim, foi elaborado um programa de intervenções de enfermagem direcionadas para o cuidador familiar, com o objetivo de facilitar a transição e integração deste novo papel. Este programa está enquadrado num projeto de doutoramento em Ciências de Enfermagem e emergiu de uma revisão da evidência científica atual na área em estudo, com especial ênfase no contributo de dois trabalhos anteriormente desenvolvidos, designadamente, no domínio do apoio emocional, por Cardoso (2011), e no domínio instrumental, num trabalho de doutoramento de Paulo Puga que ainda não foi defendido, do qual resultou um documento inicial. Optámos por integrar estes dois domínios pois, os cuidadores familiares numa fase inicial da transição evidenciam uma necessidade de saber “como fazer”, mas o apoio emocional tem igualmente uma elevada importância, principalmente quando o desempenho deste papel se revela um processo longo e continuado.

De forma a aferir o documento inicial e incluir áreas ainda a descoberto, recorreremos metodologicamente à técnica Delphi. Esta corresponde a um conjunto de procedimentos iterativos aplicados a um grupo de peritos, não presencial, com o objetivo de obter a opinião consensual sobre uma matéria para a qual se dispõe de dados insuficientes ou contraditórios (Justo, 2005). Consiste num processo estruturado para a recolha e síntese de conhecimentos de um grupo de especialistas por meio de uma série de questionários, acompanhado de um *feedback* organizado de opiniões.

A primeira aplicação conhecida da técnica Delphi data de 1948, em que foram utilizadas vários tipos de corridas de cavalos com o objetivo de prever os resultados das mesmas. Embora a experiência se tenha mostrado promissora, alguns defeitos detetados na sua aplicação fizeram que só em 1953 tenham de novo utilizado a técnica com algum significado, desta vez para recolher as opiniões de sete peritos sobre a guerra atómica como parte integrante do esquema de defesa dos EUA (Dalkey, 1969, pp. 1-5)

Em termos gerais, os procedimentos Delphi têm cinco características: “Anonimato; Iteração com informação de retorno; Tratamento estatístico das respostas do grupo; Utilização mais eficiente do tempo dos peritos;

Convergência na distribuição das respostas” (Justo, 2005). No mesmo sentido, Dalkey (1969, p. 16) enumera três características essenciais, designadamente: anonimato (as respostas são obtidas através de questionários formais), iteração e *feedback* controlado (realizada por um exercício de análise sistemática realizada em várias rondas) e resposta estatística do grupo (a opinião do grupo é espelhada na ronda final, através das opiniões individuais). Além disso, o autor refere um conjunto de características que devem ser tidas em consideração quando se opta por este procedimento, nomeadamente o esforço reduzido que é requerido por parte dos participantes, na perspetiva que não implica custos, deslocações nem reuniões, a rapidez pois apenas é solicitado o tempo necessário para o preenchimento do questionário, e a relativa eficiência em obter o conhecimento dos peritos e o seu consenso, pois permite resumir um conjunto de conhecimentos, opiniões e sugestões em torno do tema em análise, o que se revela muito produtivo e benéfico.

Sobre esta técnica, Delbeq, Van de Ven e Gustafson (1984, pp 113-14 cit. por Justo, 2005) consideram que, se o grupo for homogêneo, são suficientes entre dez a quinze participantes no grupo de peritos para obter a convergência necessária.

Segundo Press (1978, pp 526-535 cit. por Justo, 2005), relativamente à constituição do painel de peritos, considera-se que deverão satisfazer os seguintes critérios: conhecerem pessoalmente a região, a comunidade ou a instituição em estudo; desempenharem as funções ou desenvolverem atividades relacionadas com o objeto do estudo; participarem ativamente na vida da coletividade ou da instituição; e terem participado em trabalhos anteriores sobre problemas relacionados com a matéria em estudo.

Segundo Dalkey (1969, p. 20), o resultado geral dos contactos pode ser resumido da seguinte forma: na primeira ronda, um vasto leque de respostas individuais normalmente surge, com grande dispersão; com iteração, análise das respostas e informação de retorno, a distribuição de respostas individuais estreita progressivamente (convergência); usualmente, a resposta do grupo (definida como a média das respostas individuais finais) tornam-se mais precisas e convergentes. Este último resultado é o mais significativo.

Apesar da técnica Delphi poder ser um procedimento que pode ser demorado, dependendo da necessidade de realizar o envio e receção do questionário até à obtenção do desejado consenso e requerer uma análise detalhada e estatística das respostas obtidas, é um procedimento que permite o alcançar de uma convergência pretendida de respostas de vários especialistas, sobre um determinado tema ou projeto, facultando o acesso a diferentes níveis de conhecimento, mantendo o seu anonimato dos intervenientes, e que implica custos muito diminutos, podendo mesmo ser realizada virtualmente, no momento que for considerado mais oportuno dentro dos prazos estipulados.

Com o recurso a esta técnica, pretendemos reunir consensos em torno de atividades de enfermagem que permitam uma intervenção concertada no domínio emocional instrumental. Este trabalho pretende ser uma descrição detalhada do recurso da técnica Delphi, o modo como se implementou, as diferentes etapas e quais os principais resultados obtidos, até a obtenção de um programa consensual, que será posteriormente testado no processo de prestação de cuidados.

METODOLOGIA

O programa inicial foi sustentado pela evidência científica no domínio dos cuidadores familiares, mais especificamente ao nível das necessidades demonstradas por estes aquando da prestação de cuidados ao familiar dependente. Deste modo, e tendo como base inicial os estudos anteriormente mencionados, foi desenvolvido um documento inicial com um conjunto de intervenções de enfermagem no domínio do apoio emocional e instrumental, constituído por diversas atividades direcionadas para o cuidador familiar, o qual foi colocado à análise de um conjunto de peritos previamente selecionados.

Este programa de enfermagem foi elaborado tendo em consideração os parâmetros da linguagem classificada de enfermagem, CIPE (ICN, 2010), para formulação das intervenções e das atividades de enfermagem direcionadas para o Cuidador Familiar.

A constituição do grupo de peritos obedeceu a determinados critérios, designadamente: desempenharem a atividade profissional de enfermeiros e trabalharem com e/ou investigarem a temática dos cuidadores familiares. Perante estes critérios, foi constituído um grupo de 11 enfermeiros, sendo que destes, 5 exercem funções em nos cuidados de saúde primários, 5 são professores em escolas superiores de enfermagem/saúde e 1 exerce funções a nível hospitalar e, além disso, 6 também investigam e estudam a temática dos cuidadores familiares.

Optámos por realizar o contacto com os diferentes peritos via e-mail, pela facilidade, exequibilidade e comodidade que este meio proporciona. Definimos um período de 15 dias para os peritos avaliarem o documento e dar resposta, seguido de 7 dias de análise dos dados obtidos, após o qual era enviado um novo documento para análise. Este procedimento foi realizado ao longo de um total de quatro rondas, até se obter um programa de intervenções de enfermagem substancialmente mais reduzido e que reuniu o consenso generalizado, manifestado pela análise estatística dos dados obtidos, com a determinação de vários parâmetros: a média, a mediana, a moda e o desvio padrão.

Após a receção da informação de retorno de cada perito, a análise foi realizada de duas formas: estatisticamente e através da análise do conteúdo das várias sugestões e opiniões inerentes a cada item analisado. Para cada item constituinte do programa foi elaborada uma escala de Likert, segundo a qual se pediu ao perito para manifestar o grau de concordância com o mesmo (Cunha, 2007, p. 24). Cada item constituinte do programa refere-se a uma atividade de enfermagem direcionada para o cuidador familiar, que se inclui em determinada intervenção de enfermagem, podendo deste modo ser avaliado numa escala de 1 a 5, mediante a concordância e avaliação da exequibilidade no contexto de prestação de cuidados, sendo o nível 1 correspondente ao menor e 5 para o maior nível de concordância relativamente à atividade avaliada.

Embora a mediana e o intervalo interquartil sejam as medidas estatísticas mais utilizados e mais citados na literatura, também se calculam médias, modas, frequências e classificações (Justo, 2005). Milholand e colaboradores (1973, pp 1272-75 cit. por Justo, 2005) substituíram a variância e o desvio-padrão pela “taxa de confiança do grupo” para medirem a precisão do painel Delphi. Para se obter esta taxa, cada membro classifica as suas respostas aplicando a escala de Likert, indicando assim o grau de confiança da sua resposta; a média da pontuação seria tomada como o nível de confiança do painel.

Assim, no que se refere aos critérios utilizados na seleção das atividades, tivemos em consideração diferentes parâmetros, nomeadamente o nível de concordância (média), a mediana e o desvio padrão. Na primeira e segunda ronda eliminámos as que obtiveram média inferior a 4, associado a um desvio padrão superior a 1 e mediana inferior a 4,5. Nas rondas seguintes, optámos por diminuir o crivo e, deste modo, seleccionar os itens que obtiveram média igual ou superior a 4,5, tendo igualmente em consideração o valor da mediana (superior a 4,5) e de desvio padrão (inferior ou igual a 1)

ANÁLISE

A análise estatística dos dados obtidos foi realizada com o recurso do programa Excel, o qual permitiu facilmente calcular os diferentes parâmetros estatísticos. Relativamente às sugestões e opiniões de cada perito, estas conduziram não só à reformulação de algumas das intervenções e respetivas atividades de enfermagem, mas também do acréscimo de novas consideradas pertinentes, tendo estas sido posteriormente sujeitas à análise dos peritos. Sugestões deste género foram reduzidas à medida que o documento se encaminhou para um estágio final de maior convergência e consenso de opiniões.

RESULTADOS

Numa primeira ronda, foram colocados para análise 240 atividades de enfermagem para apreciação do grupo de peritos, inerentes a diferentes intervenções de enfermagem, no apoio emocional (Promover o Papel do Cuidador Familiar e Stress/Risco de Stress do Cuidador Familiar) e no apoio instrumental (Assistência no Autocuidado: Tomar Banho e Arranjar-se, Vestir-se e Despir-se, Alimentar-se, Usar Sanitário e Transferir-se).

Após a análise estatística, eliminamos 82 itens que obtiveram simultaneamente valor de média inferior a 4, mediana inferior a 4,5 e desvio padrão superior a 1.

Nesta fase, e por necessidade para esclarecimento e simplificação do programa, foi tida em consideração as várias sugestões e opiniões apresentadas pelos diferentes participantes e, após a integração das mesmas e reformulação de várias atividades mediante a linguagem classificada, resultou um novo documento com 90 itens, que foi colocado novamente à análise por parte do grupo de peritos. Nesta segunda ronda, mantendo-se os critérios estipulados anteriormente, foram eliminados 13 itens, ficando resumindo a um total de 77 itens.

Aquando do terceiro envio do programa para avaliação por parte do grupo de peritos, o mesmo foi acrescido de atividades de enfermagem no domínio de ajudas técnicas para cada um dos autocuidados, por sugestão por parte de um dos elementos do grupo, tendo sido submetido um total de 105 itens a apreciação. Além desta alteração, e também por sugestão, optou-se por dividir o apoio emocional em diferentes intervenções de enfermagem, designadamente “Promover o Papel de Cuidador Familiar”, “Promover Suporte Social”, “Promover Envolvimento Familiar” e “Stress/Risco de Stress do Cuidador Familiar”, mantendo as intervenções no âmbito dos diferentes autocuidados supra referidos. Optou-se por incluir os itens com média igual ou superior a 4,5 de nível de concordância, todos com mediana de valor 5 (o que significa uma elevada convergência nas apreciações) e desvio inferior a 1 (19 das atividades de enfermagem com valores de desvio padrão inferiores a 0,5 e 1 mesmo com valor igual a 0).

Passando as ajudas técnicas para a intervenção Promover o Suporte Social, optámos por submeter um novo documento a apreciação, numa última ronda, com um total de 94 atividades de enfermagem. Destas, 5 obtiveram média igual a 4,4, mas optou-se por manter devido a mediana ser 5 e desvio padrão entre 0,6 e 0,8, o que revela elevado consenso de opiniões em torno destas mesmas atividades.

Assim, no final obteve-se um programa de atividades no âmbito de intervenções de enfermagem no domínio do apoio emocional e do apoio instrumental, que visa ser um elemento facilitador na integração do papel de cuidador familiar aquando da transição da pessoa para este novo papel, face à dependência manifestada pelo seu familiar. Todas as atividades incluídas obtiveram um valor de mediana e moda de valor 5, 2 obtiveram um desvio padrão igual a 0 (no âmbito da intervenção Promover o Papel do Cuidador Familiar) e 59 obtiveram este parâmetro inferior a 0,5, 2 atividades obtiveram a máxima concordância (também no âmbito da intervenção Promover o Papel do Cuidador Familiar), tendo-se obtido um programa com 93 atividades de enfermagem distribuídas por intervenções de enfermagem no domínio do apoio emocional e instrumental.

Relativamente ao apoio emocional, este é composto pelas intervenções de enfermagem:

- Promover o Papel do Cuidador Familiar (7 atividades);
- Promover Suporte Social (9 atividades);
- Promover Envolvimento Familiar (6 atividades);
- Prevenir o Stress do Cuidador Familiar (18 atividades).

No que se refere ao apoio instrumental, este é composto pelas intervenções de enfermagem:

- Assistir no Autocuidado: Higiene (13 atividades);
- Assistir no Autocuidado: Arranjar-se (5 atividades);
- Assistir no Autocuidado: Vestir-se e Despir-se (5 atividades);
- Assistir no Autocuidado: Alimentar-se (9 atividades);
- Assistir no Autocuidado: Eliminação Urinária/Intestinal (9 atividades);
- Assistir no Autocuidado: Mobilidade (14 atividades).

CONCLUSÃO

Este programa de intervenções deve agora ser aplicado no contexto da prática de enfermagem a estas pessoas, cuidadores de familiares dependentes, no sentido de avaliar a sua aplicabilidade. Tem como objetivo, constituir-se como um instrumento de trabalho simples, útil e conciso, que permita aos enfermeiros obter resultados que se esperam positivos e, assim, ajudarem os cuidadores familiares na prestação de cuidados.

Foi obtido após o recurso à técnica Delphi o que, de uma forma simples, cómoda e quase sem custos associados, permitiu não só integrar o conhecimento de vários enfermeiros especialistas na área do cuidado informal, mas também obter um programa que convergiu para um consenso generalizado em torno de todas as intervenções e respetivas atividades de enfermagem que o integram.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cardoso, M. J. D. S. P. D. O. (2011). *Promover o bem-estar do familiar cuidador: programa de intervenção estruturado*. Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Cunha, L. M. A. D. (2007). *Modelos Rasch e Escalas de Likert e Thurstone na medição de atitudes*. Mestrado em Probabilidades e Estatística, Universidade de Lisboa, Lisboa.

Dalkey, N. C. (1969). The delphi Method: An Experimental Study of Group Opinion

ICN. (2010). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem* (D. h. Castro, Trans. Ordem dos Enfermeiros ed.). Lisboa: International Council of Nurses.

INE - Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal I. P. Instituto Nacional de Estatística (Ed.) XV recenseamento geral da população V recenseamento geral da habitação*

Justo, C. (2005). A Técnica Delphi de Formação de Consensos. 10. Recuperado de www.observaport.org.

Marques, S. C. L. (2007). *Os Cuidadores Informais de Doentes com AVC*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde Lda.

Petronilho, F. A. S. (2007). *Preparação do Regresso a Casa* (1 ed.). Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ricardo Manuel da Costa Melo

Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto e C.M.P. Lda.

rmcmelo@hotmail.com

As necessidades (in) formativas percebidas pelos cuidadores informais de familiares doentes em cuidados Continuados e/ou Paliativos

Assunção Laranjeira de Almeida (laranjeira.almeida@ua.pt)^{I,II}; Cecília Oliveira (oliveira.f.cecilia@gmail.com)^{II}; Celeste Francisco (cifrancisco@ua.pt)^{I,II}; Luís Dias (a37044@ua.pt)^{II}; Ana Patrícia Alves (tixaalves@hotmail.com)^{II}; Sara Sousa (saraasousa@ua.pt)^{II}

^IEscola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA)

^{II}Laboratório de Investigação da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA)

RESUMO

O cuidar na perspectiva dos cuidadores informais de familiares doentes requerentes de Cuidados Continuados e/ou Paliativos exerce uma responsabilidade acrescida de conhecimentos inerentes ao saber-saber e ao saber-fazer. Para tal torna-se essencial analisar a pertinência e suficiência da informação e formação fornecida no momento da alta, quais as necessidades sentidas pelos cuidadores informais no domicílio e possíveis sugestões que visem colmatar essas dificuldades. Verifica-se que os momentos de ensino efetivados pelas equipas de saúde são insuficientes e ineficazes perante as inseguranças e carências informativas sentidas pelos cuidadores. Estratégias de Educação para a Saúde estruturadas e de proximidade contínua com estas famílias, acarretariam mais-valias na qualidade de vida dos utentes e na segurança cognitiva e técnica/instrumental dos familiares que deles cuidam diariamente.

Palavras-chave: Família; doença crónica; cuidador informal; formação; informação.

RESUMO ESPANHOL

El cuidado desde la perspectiva de los cuidadores informales de familiares enfermos que solicitan atención continuada y / o cuidados paliativos tiene una mayor responsabilidad de conocimientos inherente acerca de saber y saber hacer. Para ello, es imprescindible analizar la pertinencia y suficiencia de la información y la formación impartida al alta, saber cuáles son las necesidades experimentadas por los cuidadores informales en el hogar y las posibles sugerencias destinadas a hacer frente a estas dificultades. Se ha encontrado en este estudio que los momentos de enseñanza efectuadas por los equipos de salud son insuficientes e ineficaces contra las inseguridades y deficiencias experimentadas por los cuidadores informales. Estrategias para la Educación para la Salud y la proximidad continua estructurada con estas familias, representan ganancias en la calidad de vida de los enfermos y en la seguridad cognitiva y técnico / instrumental de los familiares que cuidan de ellos todos los días.

Palabras clave: Familia; enfermedad crónica; formación; cuidador informal; información.

INTRODUÇÃO

A progressiva valorização da família espelha, principalmente, uma nova conceção da saúde, das estratégias curativas e da organização dos serviços, que visa a integração do meio familiar, de forma ativa, nos sistemas de saúde. Torna-se portanto compreensível que, atualmente, o sistema informal de cuidados tenha obtido um

enfoque acrescido, ganhando gradualmente uma exponencial importância na evolução clínica dos doentes.

É consensual que cuidar faz parte da história, experiência e valores da família, até ao ponto da função assistencial ser considerada como um desempenho atribuído diretamente à família. Apoiada em estudos desenvolvidos pelos autores Friedman, Bowden e Jones em 2003 e por Aneshensel, Pearlin, Mulan, Zarit e Whittlatch em 1995, surge a conceção da denominada “carreira familiar” como um processo que integra o cuidar e que ocorre, especificamente, em situações que implicam cuidados a longo prazo.

Aneshensel, Pearlin, Mulan, Zarit e Whittlatch em 1995 contribuíram para a compreensão do cuidado informal, ao definirem que cuidar é uma carreira que evolui no tempo e que, contrariamente a outras, não é planeada, nem desejada ou pretendida e quase nunca elegida. Esta desenvolve-se ao longo do tempo e determina não apenas as trocas sociais normais entre pessoas independentes mas também a prestação de cuidados que pode implicar distintos tipos de assistência.

Neste sentido, diferentes dimensões têm sido desenvolvidas no estudo do cuidar/cuidado. De entre as dimensões do cuidar, selecionam-se a dimensão cognitiva e a dimensão instrumental/técnica. A dimensão cognitiva envolve a informação acerca da doença, modos de apropriação dos saberes, das estratégias que desenvolvem, a integração e apropriação de conhecimentos. A dimensão instrumental/técnica engloba a componente de execução (higiene, mobilidade, alimentação).

Certo é que, o desenvolvimento da prestação de cuidados pelo cuidador informal ao longo do tempo é influenciada tanto por fatores objetivos, como as particularidades do membro familiar doente e as competências do cuidador, mas essencialmente pela avaliação subjetiva que este faz da experiência. Assim, e partindo desta perspetiva surge o desenvolvimento deste estudo cuja finalidade prende-se com a análise da pertinência e suficiência da informação/formação atualmente fornecidas, bem como as necessidades sentidas pelos cuidadores informais e a perceção dos mesmos acerca das possibilidades a desenvolver com vista a colmatar estas lacunas ao nível da eficácia dos ensinamentos prestados em Saúde. Apresentam-se de seguida os objetivos do presente estudo.

Este estudo tem como objetivo geral “Conhecer as necessidades de informação e formação sentidas pelos cuidadores informais de cuidados a familiares doentes, na área dos Cuidados Continuados e/ou Paliativos”, e como objetivos específicos: **(i)** Analisar a pertinência e suficiência da informação recebida pelos cuidadores informais sobre a doença e cuidados inerentes; **(ii)** Analisar as necessidades formativas (ensino e treino) e dificuldades percebidas pelos cuidadores informais inerentes à prestação de cuidados ao seu familiar doente; **(iii)** Recolher sugestões de possíveis soluções para melhorar a efetividade e eficácia da informação e formação executada.

METODOLOGIA

Este estudo insere-se no paradigma qualitativo. A investigação qualitativa procura descrever a complexidade de determinados problemas, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir para o processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade o entendimento das particularidades do comportamento das pessoas (Richardson et al, 1999). A opção por esta abordagem permite compreender melhor as experiências dos cuidadores informais de cuidados, equacionando e evidenciando aspetos que podem assumir um papel político-social importante e crucial na compreensão das necessidades dos cuidadores informais de cuidados.

O contexto deste estudo centrou-se em duas Unidades de Cuidados Continuados Integrados da região centro do país. Participaram no estudo 9 prestadores de cuidados informais de doentes atualmente internados nestas unidades, na sua maioria para descanso do cuidador (modalidade de internamento até 90 dias prevista na RNCCI) e que aceitaram participar do estudo.

Os dados qualitativos foram recolhidos através de entrevista semiestruturada e registados em gravação áudio com a permissão dos participantes. De acordo com Minayo (2007), os entrevistados são convidados a falar livremente sobre um tema e as perguntas quando realizadas pretendem aumentar a profundidade das reflexões. O guião da entrevista é constituído por duas partes, correspondendo a primeira à caracterização dos

cuidadores informais e a segunda a questões semiestruturadas.

ANÁLISE

A análise dos dados qualitativos realizada neste estudo é a hermenêutica-dialéctica de Minayo (2007). Esta análise propõe dois níveis de interpretação, em que o primeiro está relacionado com o campo das determinações fundamentais do contexto do objeto social em estudo e o segundo é caracterizado pelo encontro dos dados empíricos com o referencial teórico-fundamental. São sugeridas três fases para operacionalizar este segundo momento de interpretação: ordenação dos dados, classificação dos dados (leitura horizontal e exaustiva das entrevistas e a leitura transversal, onde foi realizado o corte da entrevista em unidades de sentido por temas) e análise final.

RESULTADOS

Os resultados foram organizados de forma a atender à questão e aos objetivos do estudo. Inicialmente será efetuada a caracterização dos participantes e seguidamente a análise das perceções dos cuidadores informais.

Caracterização dos participantes do estudo

Participaram neste estudo doze Cuidadores Informais de Cuidados (CIC), sendo dez do sexo feminino (83,3%) e duas do sexo masculino (16,7%). A idade inferior é de 40 anos e a superior de 74 anos (a média etária é de 56 anos). Considerando a idade, os cuidadores informais de cuidados constituem uma população que se situa na meia-idade segundo a classificação da Organização Mundial de Saúde. A faixa etária pode explicar a razão de nove deles serem casados ou viverem em união de facto (75%) e só três serem solteiros (25%).

No que concerne às habilitações literárias, é possível aferir que todos frequentaram a escola. Na realidade, 58,4% frequentaram o 1º ciclo, 16,7% o 2º ciclo, e com igual percentagem (8,3%) frequentaram o 3º ciclo e o ensino secundário. De salientar que apenas um dos participantes é licenciado (8,3%). Analisando a situação profissional da amostra, é possível aferir que os participantes do estudo distribuem-se de forma equitativa (25%) por empregado, desempregado, reformado e doméstica.

Quanto à zona de residência, do total da amostra da amostra, são apenas quatro os indivíduos que vivem em zonas urbanas ou periurbana (33,3%), prevalecendo os indivíduos que vivem em zonas rurais (66,7%).

Dos cuidadores informais inquiridos, e analisando a relação familiar que mantêm com o recetor de cuidados conclui-se que a maioria é filho (a) do membro familiar que necessita de ser cuidado (66,7%), 25% é cônjuge ou companheiro(a) e um dos participantes é empregado (a) (8,3%).

A razão pela qual os familiares doentes necessitam de cuidados deve-se na sua maioria a terem sofrido um Acidente Vascular Cerebral (AVC) (58,4%) seguido da demência (25%), e com igual percentagem (8,3%) surgem os problemas osteoarticulares (POA) e o cancro.

Perceções dos cuidadores informais de cuidados

Nos discursos dos participantes sobre a aprendizagem e o desenvolvimento dos cuidados prestados enquanto cuidadores informais, emergem as seguintes dimensões: a cognitiva e a instrumental. Estas dimensões dos cuidados, embora descritas separadamente, ocorrem de uma forma interligada, numa perspetiva unificada, interrelacionada e interdependente. Deste modo todas as dimensões têm um contributo essencial para o cuidado enquanto processo complexo e integral.

Dimensão cognitiva

Dentro da dimensão cognitiva, o processo de aprendizagem é estruturante para desenvolver competências e

adquirir conhecimentos. Todos os participantes referem diferentes formas de aprendizagem, nomeadamente através do contacto com as equipas dos profissionais de saúde (médico e enfermeiro), através do contacto e partilha de experiências e saberes com outros cuidadores informais e da pesquisa de informação.

Nos depoimentos sobre a informação e formação ficou evidente a dualidade existente entre os cuidados que gostariam de prestar, desejam e deveriam desenvolver e os cuidados que realmente conseguem implementar na prática. Entre a abordagem realizada e a idealizada encontram-se barreiras na visão dos participantes. Explicitam também algumas propostas que acreditam poder eliminar estas barreiras. A barreira mais expressa foi a da falta de informação e formação para os cuidadores informais de cuidados. *“Não me deram qualquer informação sobre a doença”*, a afirmação é categórica e reflete a realidade que estas famílias vivem quando estas situações surgem. Os participantes consideram que o tempo em que se encontram com os profissionais de saúde é reduzido e compromete o esclarecimento das situações com que têm que lidar. Refletem no discurso as implicações que isso tem na prestação de cuidados e o dilema entre o cuidado desejado e o real. Prevalece sempre a sensação de que poderia ser feito mais. O reconhecimento de que não conseguem posteriormente lidar com a situação da melhor maneira aparece fortemente associado à insuficiência da informação prestada. A carência de (in) formação estruturada e cimentada, acarreta insegurança e sentimento de culpa face à incapacidade de prestar os cuidados idealizados como de qualidade.

“Deviam dar mais informação, informar mais as pessoas, para perceberem o que têm de fazer em casa...” (CIC1)

Os participantes verbalizam que a falta de formação que contemplasse o treino supervisionado (treino de determinados procedimentos, como as mobilizações e transferências) condiciona a sua prestação de cuidados e que muitas vezes não é feita *“com todos os cuidados”*. Reconhecem que os seus familiares necessitam que o cuidado seja desenvolvido numa atmosfera de tranquilidade, dando tempo à pessoa para interagir com eles, devendo igualmente garantir uma técnica correta (*“fazer um serviço bem feito”*).

“Não me pediram para ir treinar, só me disseram algumas coisas...mas quando cheguei a casa tinha muitas dúvidas e não estava preparado para cuidar dela...não consegui sozinho...” (CIC1); *“Era bom ter alguém com quem tirar dúvidas, que nos ensinasse as coisas que temos de fazer...e também sim informação escrita para nos ajudar, eu já procurei em muitas livrarias do Porto mas não consegui encontrar nada direcionado às minhas necessidades”* (CIC2)

Dimensão instrumental/técnica

Todos os participantes fazem referência a esta dimensão, em especial quando descrevem o que *“fazem”*. Dentro desta dimensão consideram a higiene, a alimentação, a mobilidade, os posicionamentos, o vestir e despir, a medicação, e a eliminação. Estes procedimentos são destacados como algo que os familiares esperam dos cuidadores informais, principalmente em situações de agravamento do estado de saúde.

Os cuidadores informais de cuidados fazem uma distinção entre os cuidados que prestam: os cuidados que requerem *“gestos mais simples”* (higiene e alimentação) e as que requerem *“gestos mais complexos”* (nomeadamente a mobilidade, eliminação, terapêutica). É, considerando e pensando na complexidade da dimensão estrutural do cuidado que os cuidadores afirmam necessitar de apoio técnico, maior proximidade, maior disponibilidade e atenção por parte das equipas dos profissionais de saúde. A proximidade transcende a proximidade física e o espaço, estando envolta no conhecimento e entendimento das necessidades e problemas da família.

CONCLUSÃO

A informação/formação dos cuidadores informais de doentes em situação de Cuidados Continuados e Paliativos assume uma importância primordial na promoção da qualidade de vidas desses doentes. De facto, os cuidadores, enquanto familiares, focalizam a sua atenção na promoção dos cuidados ao doente, surgindo, naturalmente inseguranças, dúvidas, medos e preocupações. Assim, torna-se crucial garantir que estes disponham de (in) formação que os capacite para atuarem em prol do bem-estar do doente.

O presente estudo demonstrou que, estes ensinamentos e treinamentos, quando realizados não se demonstram suficientes nem eficazes perante as reais necessidades dos cuidadores de doentes. Revelou-se que as informações e técnicas fornecidas no momento da alta não são estruturadas nem organizadas de forma a consolidar esses conhecimentos e tornar os cuidadores capazes de executarem os cuidados necessários.

Os cuidadores informais referem igualmente que apesar das informações e treinamentos serem fornecidos e executados em reduzida quantidade, os mesmos são realizados num momento de “stress” para os cuidadores informais: a alta. Nesse momento a disponibilidade emocional e cognitiva é apenas parcial dado que outras preocupações e medo se emergem. Deste modo, os entrevistados referem que no momento presente se consideravam mais aptos a ser informados e formados acerca dos cuidados a ter como os seus familiares, quer a nível cognitivo (sobre a doença, sintomas, ...), como a nível instrumental (cuidados de higiene, alimentação, posicionamento, ...).

Assim, o presente estudo constitui o início de uma possível estruturação de Planos de (In) Formação direcionados a cuidadores informais de doentes na área dos Cuidados Continuados e Paliativos, que respondam às reais dificuldades, na perspetiva do cuidador. Importa compreender as suas necessidades formativas para deste modo criar estratégias de proximidade, direcionadas a essas dificuldades. Quer suportes de informação escrita para consulta, como momentos de Sessão de Educação para a Saúde (treino) representariam uma mais-valia, na potencialização das capacidades dos cuidadores e na otimização da qualidade de vida dos seus familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aneshensel, C. S.; Pearlin, L. I.; Mulan, J.T.; Zarit, S. H. & Whittlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. San Diego: Academic Press.

Augusto, B. M. J. & et al. (2002). *Cuidados Continuados: Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros do cuidar*. Coimbra, Formasau.

Decreto Lei nº 101/06 de 2006. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Friedman, M. M.; Bowden, V. R. & Jones, E. G. (2003). *Family nursing: research, theory, and practice* (5 ed.). New Jersey: Prentice Hall.

Minayo, M. C. S. (2007). *Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa* (10 ed.) São Paulo: Hucitec.

Richardson, R.S. (et al.). (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. (3 ed.) São Paulo: Atlas.

Wright, L. M. & Leahey, M. (2000). *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention* (3 ed.). Philadelphia: Davis.

Perfil Sociodemográfico dos Cuidadores Informais do Distrito de Aveiro-Portugal

Lisneti Castro*, Paula Vagos*, Dayse Neri de Souza*

*Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

Resumo

Atualmente vive-se uma nova conjuntura demográfica que traz consigo a necessidade de cuidados de saúde complexos e de longo curso, privilegiando assim as redes informais de cuidados. Deste modo, o objetivo principal do nosso artigo consistiu em caracterizar o perfil sociodemográfico de cuidadores informais, pertencentes ao distrito de Aveiro (Portugal), bem como analisar aspetos relacionados ao vínculo com o familiar doente, motivos que levaram a cuidar, tipos de tarefas que presta ao familiar doente, apoio recebido e patologias preexistentes do cuidador informal. Para tal, utilizamos uma entrevista por formulário abordando aspetos sociodemográficos do cuidador e familiar doente composta por 30 questões. Foram entrevistados 30 cuidadores informais, que cuidavam dos familiares portadores de diversas doenças crónicas e/ou degenerativas entre as quais (alzheimer, demência, AVC, etc). A análise dos dados apresentados estão fundamentados por inferência estatística realizada com o aplicativo SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.0 para Windows. Como conclusão, este estudo permitiu-nos confirmar o perfil padrão dos cuidadores informais, salientando a presença masculina nos cuidados informais além de constatar um quadro de adoecimento preexistente entre os cuidadores informais.

Palavras-chave: Cuidador informal, envelhecimento, sobrecarga

Resumen

Actualmente reside una nueva situación demográfica que provoca la necesidad de atención médica compleja y largo trayecto, privilegiando así las redes informales de cuidado. Así, el objetivo principal de nuestro estudio fue caracterizar el perfil sociodemográfico de los cuidadores informales, pertenecientes al distrito de Aveiro (Portugal), así como analizar los aspectos relacionados con el vínculo con el familiar enfermo, razones por las cuales a llevado a la atención, los tipos de tareas que proporciona al miembro enfermo de la familia, el apoyo recibido y patologías preexistentes de los cuidadores informales. Por lo tanto, se utilizó uno formulario de entrevista que cubre aspectos sociodemográficos del cuidador y la familia del paciente integrado por 30 preguntas. Entrevistamos a 30 cuidadores informales, que se preocupaban por varios miembros de la familia con enfermedades crónicas y / o degenerativas incluyendo (alzheimer, demencia, accidente cerebrovascular, etc.). El análisis de los datos que se presentan son compatibles con la inferencia estadística realizada con el software SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) versión 20.0 para Windows. En conclusión, este estudio nos permitió confirmar el perfil predeterminado de los cuidadores informales, destacando la presencia masculina en el cuidado informal, aparte de encontrar enfermedades preexistentes entre los cuidadores.

Palavras-Chave: Cuidador informal, envejecimiento, sobrecarga

Introdução

O século XXI tem sido caracterizado pelo aumento exponencial do envelhecimento populacional a nível mundial, sendo Portugal um país onde esta realidade não é exceção. De acordo com os censos 2011, o país apresenta um quadro de envelhecimento bastante acentuado, com uma esperança média de vida á nascença de 79,2 anos e 19% da população portuguesa pertencente ao grupo dos mais idosos com 65 anos ou mais (INE, 2012). Este quadro de envelhecimento tende a repercutir-se no aparecimento de doenças crónicas e/ou degenerativas, típicas de idades avançadas e que levam a dependência ou incapacidade. Vive-se uma nova conjuntura demográfica que traz consigo a necessidade de cuidados de saúde complexos e de longo curso, privilegiando assim as redes informais de cuidados (Cruz, Loureiro, Silva, & Fernandes, 2010).

Na literatura gerontológica, os cuidadores informais emergem do núcleo familiar, do núcleo de amigos, vizinhos, membros de grupos religiosos ou outras pessoas da comunidade. Na sua maioria, são voluntários, sem formação específica e não remunerados (Neri, 2006; Figueiredo, 2007). Prestam cuidados diferenciados, seja na orientação e vigilância ou ainda no apoio emocional ao familiar incapacitado (Sequeira, 2010). As tarefas efetuadas caracterizam-se pelo auxílio na realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária, tais como: cuidados de higiene, apoio no vestir, na mobilidade, alimentação, transporte, compras, tarefas domésticas, preparação de refeições, gestão financeira e administração de medicamentos (Figueiredo, 2007). Assumir a tarefa de cuidador informal tem impacto na vida pessoal, familiar, laboral e social dos cuidadores. Frequentemente tornam-se mais vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas que poderão afetar a sua saúde mental como por exemplo, aumento da fadiga, frustração, redução de momentos de interação social (Ex. convívio social), aumento de sintomas depressivos, diminuição da autoestima, entre outros (Martins, Ribeiro, & Garrett, 2003). Todos esses fenómenos físicos e psicológicos poderão contribuir para que o cuidador se encontre mais vulnerável ao desenvolvimento do que na literatura é definido por sobrecarga. Este conceito deriva de uma tradução do termo inglês “burden”, e tem sido utilizado pela literatura gerontológica para descrever os efeitos negativos que a tarefa de cuidar tem sobre a saúde e bem-estar do cuidador informal (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985).

Considerando o exposto, e na sequência de um conjunto de esforços pioneiros para conhecer o perfil dos cuidadores informais em Portugal, o presente estudo tem como principal objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico dos cuidadores informais portugueses, bem como um conjunto de dimensões inerentes ao ato de cuidar (Ex. tipo de vínculo com o familiar doente, motivos que levaram a cuidar, tipo de tarefas que realiza, apoio recebido e patologias pré-existentes do cuidador informal).

Método

Para a recolha dos dados utilizamos uma entrevista por formulário composta por 30 perguntas, onde efetuamos análise quantitativa do seu conteúdo. A análise dos dados apresentados estão fundamentados por inferência estatística realizada com o aplicativo SPSS (Statistical Package for the Social Scienses) versão 20.0 para Windows.

Participantes

O estudo foi selecionado por conveniência, sendo composto por 30 participantes (cuidadores informais de doentes com doenças crónicas e degenerativas), provenientes do Centro de Saúde de Cacia (12 utentes), Centro de Saúde de Ílhavo (7 utentes), Centro de Saúde de Aveiro (3 utentes), Centro Social e Paroquial de Santo António de Vagos (2 utentes), Centro Comunitário da Boa Hora (3 utentes) e Associação de Amigos com Esclerose Múltipla (3 utentes). Desses 30 participantes, 23 são do sexo feminino e 7 do sexo masculino, com idades compreendidas entre 14 e 83 anos ($M=60.9$; $DP=13.8$). Quanto ao nível de escolaridade, verificamos que 63,3% dos nossos participantes possuem o 1º ciclo escolar completo (4 anos de escolaridade), 10% o 3º ciclo escolar completo (6 anos de escolaridade), 10% o ensino secundário completo (12 anos de escolaridade), 6,7% possuem o ensino secundário incompleto, 6,7% formação superior e 3,3% são iletrados. Em relação a situação profissional, verificamos que 40% dos nossos participantes estão reformados, 23,3% têm outra profissão, 20% têm profissões domésticas e os restantes 16,7% não trabalham ou estão desempregados.

Procedimentos

Para procedermos a recolha da nossa amostra, entramos em contato com as instituições acima referidas, para que nos indicasse os utentes que cuidavam de pacientes portadores de doenças crónica e/ ou degenerativas e que estivessem disponíveis a participar do presente estudo. A recolha dos dados ocorreu no domicílio do cuidador ou no Centro de Saúde, conforme a conveniência do cuidador.

Resultados

Quanto à caracterização do perfil sociodemográfico dos cuidadores informais verificamos no nosso estudo que a maioria dos cuidadores informais é do sexo feminino, casados e com idades compreendidas entre os 60 e 70 anos. A nível educacional e laboral, a maioria dos nossos sujeitos apresentam um baixo nível de escolaridade, predominando os reformados e com baixos rendimentos.

Em relação ao tipo de vínculo familiar verificamos que predomina a condição de filhas (n=13), seguida de cônjuges (n=11), sendo os restantes sobrinhas (n=2), noras (n=2) ou sogras (n=2).

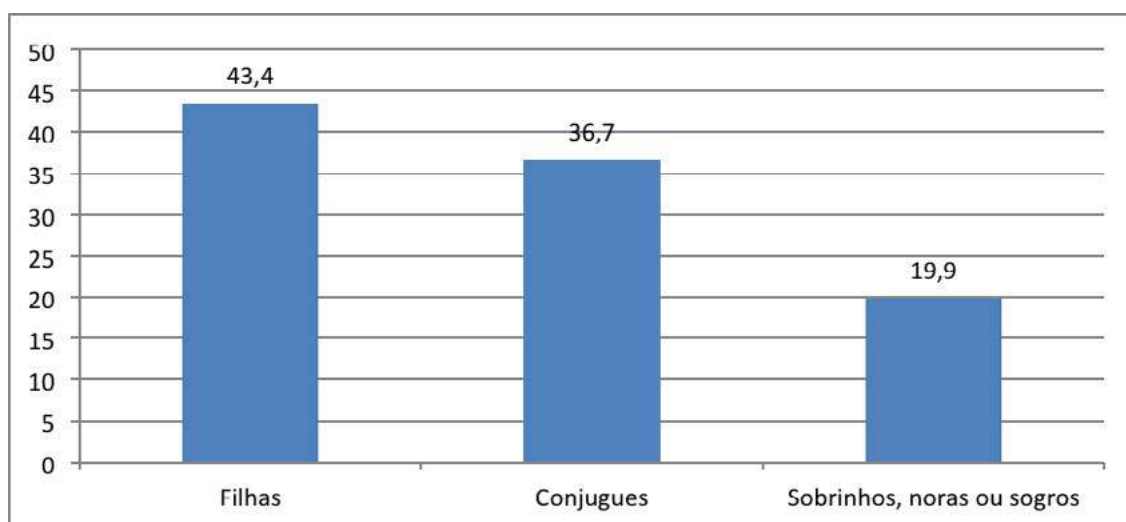


Gráfico 1: Vínculo familiar

Quanto aos motivos que levaram a cuidar, verificamos na nossa amostra que (n=12) alegaram “valores morais e religiosos”, (n=11) “solidariedade familiar”, (n=5) referem cuidar por gosto e (n=2) alegam maior disponibilidade de cuidar ou outros motivos.

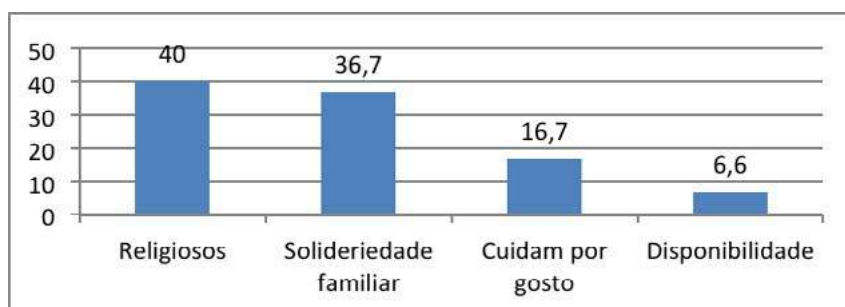
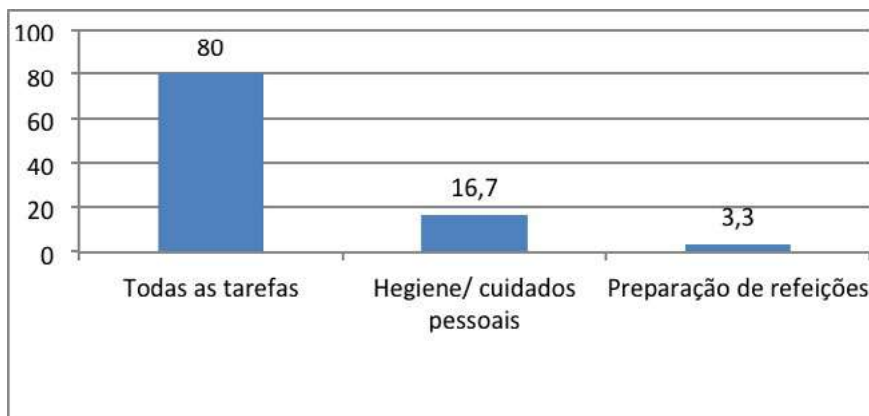
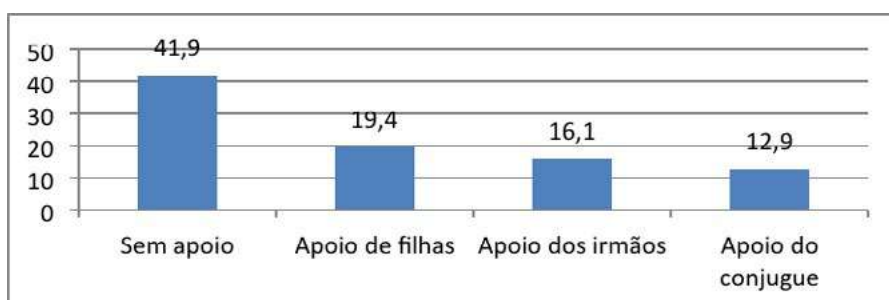


Gráfico 2: Motivos que levaram a cuidar

**Gráfico 3: Tipos de tarefas**

Tendo em conta as tarefas que os cuidadores prestam, nesta amostra verificamos que (n=24) referem realizar “todas as tarefas”; enquanto (n=5) prestam “auxílio na higiene e cuidados pessoais” e (n=1) referem auxiliar apenas no “preparar/ servir das refeições”

Relativamente ao auxílio ao cuidador na realização de tarefas de prestação de cuidados, verificou-se pela análise desta amostra que (n=13) refere não ter qualquer apoio na realização das suas atividades, enquanto (n=6) refere que tem auxílio das filhas /os, apoio dos irmãos (n=5) e (n=4) refere ter apoio do cônjuge.

**Gráfico 4: Apoio recebido**

Quanto à saúde física e psicológica dos participantes deste estudo, verificamos que 86,7% apresentam um conjunto de patologias pré-existentes que afetam a sua saúde física e psicológica. Neste sentido, 18 dos nossos participantes apresentam um quadro clínico de hipertensão, 12 de problemas ósseos (ex. artrose), 9 quadro clínico diagnosticado de depressão, 7 de diabetes, 5 de problemas de coluna vertebral, 3 de osteoporose e 2 de doenças da próstata.

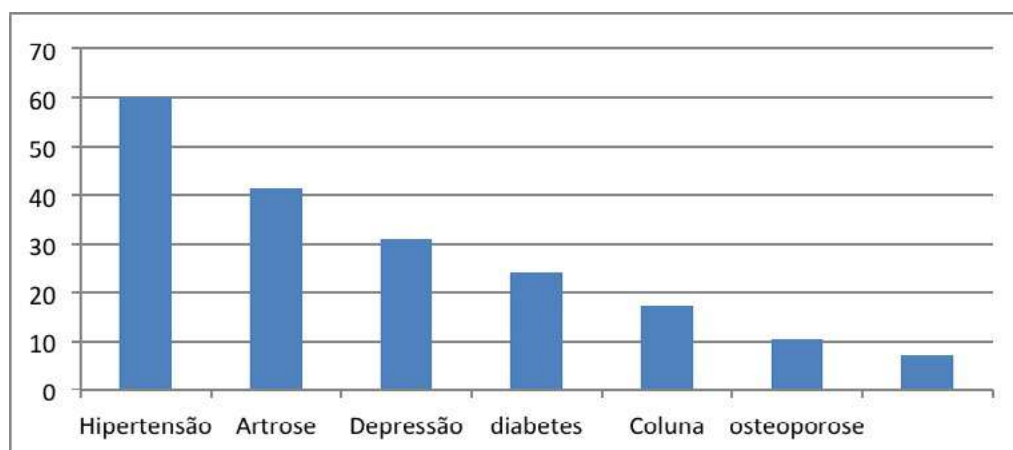


Gráfico 5: Patologias do cuidador

Discussão

A função de cuidador informal, aliado ao crescente envelhecimento populacional e ao número de patologias associadas, parece revelar-se uma atividade crescente nos dias de hoje. Por parte da comunidade científica, na última década têm aumentado o número de estudos que se dedicam ao estudo desta população em particular, bem como às consequências psico-sócio-emocionais inerentes ao exercício da mesma.

Relativamente à caracterização do perfil sociodemográfico dos cuidadores informais, os nossos resultados vão ao encontro do estudo realizado por Sequeira (2010), que através de uma vasta revisão da literatura constatou que os cuidadores informais são na maioria *“adultos com idades superiores a 40 anos e idosos com idades superiores a 60 anos [...] maioritariamente casados, com baixa escolaridade”* (não completaram o 1º ciclo) (p.258).

Do total de cuidadores entrevistados, verificou-se que a maioria é do sexo feminino, corroborando um conjunto de estudos presentes na literatura que constata que a prestação de cuidados é uma tarefa tendencialmente feminina (Figueiredo, 2007). Apesar do papel social da mulher ter-se vindo a alterar progressivamente nas últimas décadas (ex. a mulher passou a ocupar um papel mais ativo no mundo laboral), alguns estudos salientam que a mulher é ainda a principal responsável pelos cuidados familiares (Neri, 2006), prevalecendo a lógica que cuidar é um domínio feminino (Lage, 2005). Esta mesma autora refere que os modelos de ajuda refletem o princípio tradicional da divisão sexual do trabalho, sendo que o cuidado prestado pelo cuidador informal parece estar relacionado com uma atividade de género, sendo o sexo feminino predominante. No entanto, alguns autores referem que esta predominância tem vindo a sofrer algumas alterações, passando a atividade de cuidador informal a não ser exclusiva das mulheres, mas também tornando-se uma atividade do sexo masculino (Ribeiro, 2005). Este autor em seus estudos ressalta que apesar de alguns estudos recentes referirem o homem como cuidador informal, ainda é bastante reduzida a atenção concedida a este e às suas vivências diárias enquanto cuidador. Na perspetiva deste autor com o aumento da longevidade é cada vez maior a possibilidade de homens idosos se transformarem em cuidadores informais essencialmente de seus cônjuges, com os maridos efetuando um conjunto de tarefas como parte do seu papel marital que possam garantir o conforto e bem-estar de suas esposas que se encontram incapacitadas.

Para além disto, a maioria dos doentes que os cuidadores informais prestam cuidados de saúde têm um ascendente familiar (ex. pais, avós, etc.) o que realça a valência emocional no exercício desta atividade. Como nos sugere alguns estudos, a função de cuidador informal parece ser uma atividade física e emocionalmente exigente (Pereira & Mateos, 2006).

Em relação ao grau de parentesco neste estudo prevaleceu a condição de filha seguida de cônjuges e outros graus de parentesco (identificados como noras e sobrinhas), o que parece sugerir que a responsabilidade de cuidador do familiar doente geralmente recai sobre os familiares mais próximos. Esta evidência vem ao encontro do estudo realizado por Figueiredo (2007) referindo que *“...a descendência constitui a segunda fonte*

de prestação de cuidados (.....) sendo normalmente na ausência do cônjuge a filha quem assume a responsabilidade da prestação de cuidados. O caso da inexistência da filha, será o filho quem assume tal responsabilidade mas, quase sempre, acaba por transferi-lo para a esposa (nora)” (p.11). Quanto às motivações que mobilizaram os cuidadores a cuidar do familiar doente, verificamos que estas se baseiam em dois aspetos principais: valores morais /religiosos e solidariedade familiar. Constata-se com isto que os cuidadores consideram que é seu dever e obrigação cuidar, apoiar e proteger os seus familiares que se encontram em situação de fragilidade. Este pensamento está fundamentado no fato de que o dever e a obrigação devem ser vistos como um poderoso motivo que está relacionado com a pressão social e sentido moral, sendo o último voltado para a necessidade que os cuidadores filhos têm de retribuir toda a dedicação e sacrifício que os seus pais tiveram anteriormente, demonstrando assim o seu sentimento de gratidão. Os cônjuges que prestam cuidados têm uma motivação intrínseca e que geralmente dispensa qualquer outra: a solidariedade conjugal vitalícia tendo em conta que as pessoas se casam para o melhor e para o pior (Janis-Le Bris, 1994). Em relação ao auxílio na realização de tarefas de prestação de cuidados, este estudo revelou que grande parte não recebe qualquer apoio de membros familiares próximos sentido. Neste sentido, atesta-se que a função de cuidador informal é desempenhada de forma solitária, isolada e sem ajuda de terceiros, aspetos que se associa à tipologia e ao contexto em que a maioria das famílias se encontra (Stephens, 1990).

Este estudo revelou também que grande parte dos entrevistados despendem de tempo integral para cuidar do seu familiar, bem como prestam total apoio nas tarefas habituais do dia-a-dia. Neste âmbito, e como nos sugere os estudos de Sequeira (2010), as necessidades do familiar doente podem ser diversas, implicando uma prestação de cuidados múltiplos (envolvendo atividades que promovam o bem-estar, suporte emocional, financeiro, social e assistência nas atividades de vida diária). Este processo poderá dar origem a que a duração, frequência e intensidade do cuidar dependem objetivamente das necessidades do familiar doente, nomeadamente do nível de dependência física, alterações de comportamento e deterioração da capacidade cognitiva.

Relativamente a saúde do cuidador, considerando a faixa etária em que se encontra, a maioria dos nossos participantes já apresenta um défice no quadro geral da sua saúde. A amostra revelou que na sua maioria os cuidadores já são portadores de doenças crónica e/ ou degenerativa entre as quais se destacam: hipertensão, artrose, depressão, diabetes, problemas de coluna vertebral, osteoporose e problemas de próstata. Verificamos que em virtude do aumento da sua idade, a maioria das patologias acima mencionadas fazem parte do envelhecimento normal típico do idoso. Salientamos que os participantes desta amostra já apresentavam este quadro de adoecimento há cerca de 10 anos ou mais, logo se compararmos com o tempo que desempenham a tarefa de cuidador percebe-se que são doenças preexistentes e que não foram adquiridas em consequência das tarefas de cuidar. Dentro deste contexto, o cuidador além de vivenciar os problemas de saúde do seu próprio envelhecimento quando assume a responsabilidade de cuidar, tem que se confrontar com as cansativas, complexas e desgastantes atividades que os cuidados informais exigem. Na literatura é descrito que proporcionar cuidados de forma sistemática faz com que os cuidadores esqueçam de si próprios e se concentrem apenas no cuidar, o que pode constituir um fator de morbilidade, potencialmente aumentado naqueles que já sofrem com a sua saúde física e/ou mental (Santos, 2003).

CONCLUSÃO

A literatura nacional e internacional chama atenção para os impactos negativos que a tarefa de cuidador informal tem sobre a saúde física e psicológica dos cuidadores. Neste estudo, constatou-se que grande parte dos entrevistados já apresentam um quadro de adoecimento preexistente, doenças identificadas como crónico degenerativas e típicas do processo de envelhecimento, logo, embora ainda não estejam incapacitados, também precisam de cuidados para a melhoria de sua qualidade de vida. Neste sentido, a saúde dos cuidadores informais deve ser alvo de atenção constante por parte dos profissionais de saúde, tendo em conta que são eles os principais responsáveis pela manutenção do conforto e bem-estar daqueles que se encontram frágeis e dependentes.

BIBLIOGRAFIA

- Cruz, D. C. M., Loureiro, H. A. M., Silva, M. A. N. C. G. M. M., & Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 127-136.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Figueiredo, D., & Sousa, L. (2008). Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26, 15-24.
- Janis-Le Bris, H. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Lisboa: Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e do Trabalho
- INE. (2012). Portal do Instituto Nacional de Estatística. *CENSOS 2011* Retrieved 27 maio 2013, from www.censos.ine.pt
- Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a Idosos. In C. Editores (Ed.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 203-229). Lisboa.
- Martins, T., Ribeiro, J. P., & Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 131-148.
- Montgomery, R., Gonyea, J., & Hooyman, N. (1985). Caregiving and Experience of Subjective and Objective Burden. *Family Relations*, 34(1), 19-26.
- Neri, A. L. (2006). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais* (2 ed.). Campinas (SP): Alínea Editora.
- Pereira, M. G., & Mateos, R. (2006). A família e as pessoas com demência: vivências e necessidades dos cuidadores. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría*. Coimbra.
- Ribeiro, O. (2005). Quando o Cuidador é um Homem: Envelhecimento e orientação para o cuidado. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 231-254). Lisboa: Climepsi Editores.
- Santos, S. M. A. (2003). *O cuidador familiar de idosos com demência: um enfoque qualitativo em famílias de origem Nipo- Brasileira*. doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas- SP.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel-edições técnicas, Lda.
- Stephens, M. e. c. (1990). *Stress and coping in later-life families*. New York: Hemisfere Publishing Corporation.

Relação entre Obstinação Terapêutica e o Processo de Luto

LOPES, Maria; MACIEL, Adriana; PEDREDA, Eduarda; ROCHA, Sónia.

Universidade Católica Portuguesa

RESUMO

A morte é uma das experiências mais dolorosas que o ser humano pode viver. Ela é condicionada por um conjunto de fatores pessoais e sociais. Atualmente, morre-se cada vez mais em ambiente hospitalar e em condições que podem ser propiciadoras a um processo de luto difícil. O avanço da ciência possibilita a utilização de técnicas agressivas em doentes terminais, ainda que existam dúvidas em relação aos benefícios que as mesmas possam trazer a eles. Utilizando o método de revisão bibliográfica, o presente artigo tem como objetivo explorar a literatura publicada recentemente sobre a relação entre obstinação terapêutica e o processo de luto, saber de que forma os cuidadores encaram esse tipo de intervenção (obstinação terapêutica), conhecer a principal dificuldade encontrada pelos profissionais dos cuidados paliativos em relação ao seu papel na assistência a esse tipo de doente. Através de uma análise acurada da literatura vigente, constatamos que apesar da pertinência do assunto, este não foi ainda suficientemente explorado, notamos que uma das principais dificuldades dos profissionais em relação ao cuidador, é a não aceitação da morte como uma etapa natural da vida. Observamos um certo grau de dificuldade por parte do profissional em definir o limite entre a assistência adequada ao doente em fim de vida e a obstinação terapêutica.

RESUMEN

La muerte es una de las experiencias más dolorosas que el ser humano puede vivir. Ella ES condicionada por un conjunto de factores personales y sociales. Actualmente si mori cada vez mas en el ambiente hospitalar y en condiciones que pueden ser propiciadoras a un proceso del luto difícil. El avance de la ciencia posibilita la utilización de técnicas agresivas en los enfermos terminales, aun que existan dudas en relacion a los beneficios que las mismas puedan llevar a estes enfermos. Utilizando el método de la revision bibliográfica, el presente articulo tiene como objetivo explotar la literatura publicada recientemente sobre la relacion entre insistência terapêutica y el proceso del luto, saber de que forma los cuidadores vean esse tipo de intervencion, conocer la principal dificultad encontrada por los profesionales en relacion al su desarrollo en la asistencia a ese tipo de enfermo. Atraves de una analise cuidadosa de la literatura actual, constatamos que apesar de la pertinência del asunto, este non fue aun suficientemente explotado, percibimos que uma de las principales dificultades de los profesionales en relacion a los cuidadores es la no aceptacion de la muerte como una etapa natural de la vida y observamos un cierto grado de dificultad por parte de los profesionales en definir el limite entre la asistencia adecuada al enfermo en fin de vita e la insistência terapêutica.

Palavras-chave: Obstinação terapêutica; luto; família; cuidados paliativos.

INTRODUÇÃO

Quando pesquisamos na literatura científica informação acerca da influência da obstinação terapêutica no processo de luto deparamo-nos com uma grande escassez de dados. Este facto, aliado à crescente importância de uma reflexão sobre a forma como o avanço tecnológico está a alterar a prática médica, foi o mote para o desenvolvimento deste artigo.

Os processos de obstinação terapêutica que encontramos cada vez com maior frequência nas nossas instituições resultam de uma luta contra o que se passou a encarar como um falhanço da medicina, e não como um momento natural da vida. Revela-se, contudo, muito difícil lutar para manter uma pessoa viva a todo o custo e simultaneamente ajudá-la a morrer de forma digna e humana, daí as dificuldades emocionais com que se deparam quer os profissionais de saúde (que praticam ou testemunham essas práticas), quer os cuidadores de doentes que são sujeitos a tratamentos agressivos e frequentemente desproporcionados na fase final de vida. Trata-se de um artigo de revisão de literatura, no qual foi feita uma pesquisa no acervo de bibliotecas virtuais como, SCIELO, LILASCS E GOOGLE, bem como foram consultados livros, dissertações de mestrados e teses de doutorados num total de cerca 20 publicacoes referentes ao tema estudado. Os dados foram agrupados e analisados de acordo com os temas que se pretendeu estudar: a relação entre obstinação terapêutica e o processo de luto, saber de que forma os cuidadores encaram esse tipo de intervenção (obstinação terapêutica) e conhecer a principal dificuldade encontrada pelos profissionais dos cuidados paliativos em relação ao seu papel na assistência a esse tipo de doente.

OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA – DISTANÁSIA

Numa interessante reflexão sobre a morte e luto nos cuidados de saúde, Costa (2009) chama a atenção para o facto de que a partir do momento que a sociedade deixou de encarar a morte como sendo tão natural como a própria vida, ou como sugeria Elisabeth Kübler-Ross (1985), como a companheira invisível mas amigável na viagem da vida, a morte passa a ser encarada como um inimigo a combater, e nesse sentido surgem novos conceitos, como a obstinação terapêutica e distanásia.

A **obstinação terapêutica** consiste na aplicação de tratamentos que no contexto de doença avançada e irreversível se podem considerar inúteis, ou que embora úteis são desproporcionadamente incómodos para o resultado que deles se espera. É um acto médico que, com o intuito de salvar a vida a doentes terminais, os sujeita a grande sofrimento, como nos recorda Karen Knopp de Carvalho e Valéria Lunardi (2009), num trabalho que irá ser referenciado de forma mais detalhada mais adiante. Assim sendo, mais do que prolongar a vida, prolonga exageradamente o processo de morrer e todo o sofrimento que lhe pode estar inerente. Está na base da **Distanásia**, que se define como a morte em más condições, com dor, incómodo ou sofrimento. Leva à manutenção de tratamentos invasivos em doentes sem possibilidade de recuperação, adiando-se graças aos progressos tecnocientíficos, cada vez mais o momento da morte como conclui França (2010), esquecendo que *perto do fim da vida uma pretensa cura significa simplesmente a troca de uma maneira de morrer por outra* (Hellegers, cit. In Pessini, 1996).

O que leva a este tipo de situações que encontramos nos nossos hospitais com frequência cada vez maior, a ponto de se achar que quanto mais de “ponta” for uma instituição de saúde, tanto mais possível e sofisticada pode ser a distanásia (Pessini, 1996)? Por um lado, porque cada vez mais se morre no hospital (cerca de 80% dos óbitos em estatísticas norte-americanas), onde se assiste ao já referido peso da tecnolatria, e a prevalência de modelos predominantemente tecnicistas, em que a técnica se sobrepõe aos aspectos humanos (Carvalho e Lunardi, 2009). Reportando-nos novamente a Pessini (1996), representa a luta para evitar a falha da medicina, sem nos apercebermos que perto do final de vida, uma pretensa cura apenas significa a troca de uma maneira de morrer por outra. Esta falta de conhecimento faz com que se encare a distanásia como normal e necessária ao tratamento do doente, e não deixa de ser bizarro que numa era em que se privilegia a informação e temos muito mais conhecimento científico acerca de todos os campos, esse mesmo conhecimento não tenha tornado a morte num evento mais digno (Pessini, 1996). Um exemplo curioso é a continuada dificuldade a que assistimos em fazer-se o diagnóstico de morte iminente, e nessa óptica alterar-se o plano de estudo e simplificação terapêutica do doente no sentido de o adequar a um momento que se quer o mais digno e isento de sofrimento possível. Enumeram-se múltiplas causas possíveis para essa barreira ao diagnóstico de morte,

como sejam a ausência de um diagnóstico definitivo, a falta de comunicação (seja entre a equipa e, o doente e sua família, seja no seio da própria equipa, entre os diversos membros que a constituem), e a já referida falta de conhecimentos, como consideram Ellershaw e Ward (2003).

Num estudo qualitativo, exploratório e descritivo conduzido por Carvalho e Lunardi (2009) em unidades de cuidados intensivos (UCI) de dois hospitais de Rio Grande do Sul, Brasil, em 2009, um grupo de enfermeiras de cada unidade respondeu voluntariamente a um questionário acerca da futilidade terapêutica no seu local de trabalho. Curiosamente, a maior parte das inquiridas desconhecia o termo “futilidade” ou “obstinação” terapêutica, mas quando inteiradas do seu significado, afirmaram tê-lo testemunhado na UCI onde trabalhavam, e a considerá-lo muito frequente. Encaravam estes processos como formas de prolongar a vida em doentes claramente terminais, prolongando assim, apenas, o seu sofrimento. Admitiram ainda, que esse tipo de procedimentos não era do seu agrado e que frequentemente, a sua manutenção gerava revolta na equipa assistencial.

Vemo-nos, então, a viver numa era em que o hospital tradicional, vai-se gradualmente assumindo como “uma oficina de tratamentos” em vez de “um local de acolhimento”. As formas cada vez mais evoluídas de perpetuar funções vitais, chegam hoje a gerar sentimentos de revolta e de discórdia entre os próprios profissionais de saúde que se vêem compelidos a mantê-las. Perguntamo-nos então, que sentimentos gerarão no observador mais atento destes processos e do sofrimento que desencadeiam, o familiar ou cuidador do doente?...

O LUTO

O luto constitui uma reacção característica a uma perda significativa (Barbosa, 2010), sendo que essa perda pode ser real ou simbólica e que a reacção se processa, normalmente, em fases características. A perda de algo ou alguém significativo é simultaneamente comum, porque todos vivemos separações e perdas, e única, porque cada perda tem um significado muito próprio e específico consoante a fase de vida em cada um se encontra, depende da ligação que tinha como objecto perdido (Costa, 2009), e das circunstâncias associadas a essa perda (Barbosa, 2010). Segundo Sapeta (2007), a reacção à perda envolve os componentes afectivo, psicológico e somático (grief) de cada um, mas é também um acontecimento social com os seus rituais e práticas culturais (mourning). As manifestações de um processo de luto considerado normal incluem sentimentos como tristeza, revolta, culpa, ansiedade ou choque; ideias de descrença, confusão, preocupação e mesmo alucinações; e distúrbios comportamentais como alterações de sono, de apetite isolamento social, sonhos com a pessoa que faleceu, choro constante (Sapeta, 2007). Se estas reacções forem exageradas ou continuadas no tempo, então poderá pensar-se em luto disfuncional, patológico ou atípico.

Segundo Barbosa (2010), de entre os factores de risco de complicações no processo de resolução do luto estão a “*recordação dolorosa do processo de cuidados de saúde*”, onde se podem incluir a falta de controlo de sintomas; as dificuldades diagnósticas; as relações disfuncionais com os profissionais de saúde; a percepção de que a morte poderia ser evitada; e a morte associada a encarniçamento terapêutico.

Wright et al (2010) colocaram a hipótese de que os cuidadores de doentes que morreram numa UCI testemunhariam eventos mais traumáticos do que cuidadores de doentes que morreram em casa ou em hospícios, devido à natureza agressiva dos tratamentos usados para prolongar a vida. Através de um estudo prospectivo e longitudinal, com recurso a entrevistas estruturadas realizadas às 2 semanas e aos 6 meses após a morte do familiar, os autores mostraram que os doentes com cancro avançado que morrem no hospital ou numa UCI têm piores índices de Qualidade de Vida e os seus familiares apresentam um risco maior de desenvolver uma doença psiquiátrica relacionada com o luto, em comparação com doentes que morrem em casa ou em hospícios. Ellershaw e Ward (2003) avaliam quais os efeitos nos cuidadores quando um diagnóstico de estado de morte iminente não é feito ou não lhes é revelado. Na maioria dos casos, essa opção tem um forte impacto negativo e pode ser um factor causador de processos de luto complicado, devido essencialmente a situações como o doente morrer com sintomatologia não controlada, o que é visto pelos familiares como morrer sem dignidade.

Priggerson e Jacobs (2001), num artigo descritivo de um processo de luto de uma viúva ao longo de um período de dois anos, descrevem com pormenor os sintomas de luto normal e complicado, exemplificando com

o caso sempre que se justifique. De entre os factores de risco para o luto complicado, são referidos sentimentos como a revolta, quando a cuidadora afirma *“ainda não abordamos a forma como ele morreu. Foi absolutamente repugnante... forçá-lo constantemente como se ele quisesse cuidados heróicos. Sentimo-nos muito irritados. Foi insensível. Ele tinha tornado clara a sua vontade: não queria medidas demasiado extraordinárias”* (trad. própria)

OS CUIDADOS PALIATIVOS

A filosofia dos cuidados paliativos vai de encontro à necessidade de se concentrar os esforços e intervenções terapêuticas no doente e seu bem-estar, mais do que na doença. Aborda a pessoa como ser biopsicossocial que necessita de apoio especializado no sentido de dar resposta às necessidades físicas, sociais, espirituais e psicológicas dos doentes e respectivas famílias. Neste contexto, podem e devem ainda identificar a existência de redes de suporte, grupos de auto-ajuda, entre outros meios facilitadores de um processo de luto normal.

Luto e perda são conceitos permanentes no decorrer da vida de cada pessoa e é essencial que se compreenda que nesta fase todos os comportamentos dos profissionais de saúde são potencialmente marcantes para a família. Segundo Kovács (2003), o avanço da tecnologia médica favoreceu a cura de doenças e o prolongamento da vida, porém, levada a exagero, pode fazer com que sofrimento seja adicionado ao que se propõe ser um benefício. Por este motivo, a obstinação terapêutica pode-se apresentar como um componente que dificulta o processo de luto, e cabe aos profissionais de saúde adequar o nível de investimento conforme o estado da doença e evitar intervenções demasiado agressivas na fase final da vida, sabendo que isso irá provocar sofrimento no cuidador, sem trazer qualquer benefício para o doente.

CONCLUSÃO

Ao finalizarmos a revisão bibliográfica a que nos propusemos, constatamos que apesar da pertinência do tema, este não foi ainda suficientemente explorado. A pesquisa levada a cabo sobre a influência da obstinação terapêutica no processo de luto permitiu obter artigos de reflexão sobre esta temática, em detrimento de artigos de investigação científica. Os problemas éticos inerentes à investigação em cuidados paliativos poderão, na nossa opinião, justificar esta escassez de informação.

A relação do profissional dos cuidados paliativos com o cuidador se torna muitas vezes difícil, porque a morte apresenta-se para ele como algo incomodativo, não natural, um fracasso da medicina: retardando assim o início do processo do luto. Todos estes fatores induzem à incrementação de medidas curativas ilimitadas e exageradas – obstinação terapêutica – que apenas provocam sofrimento no doente e nos familiares.

A realidade é que não é sempre fácil para os profissionais em cuidados paliativos definirem o limite entre a assistência adequada ao doente e obstinação terapêutica. No entanto, a realidade deve conduzi-los rumo a não aceitação da obstinação terapêutica e afirmação pela qualidade de vida, conforto e direito à auto-determinação do doente, minimizando o sofrimento dele, do cuidador e do profissional de saúde. Só desta forma poderemos permitir que o doente tenha uma morte digna.

BIBLIOGRAFIA

Carvalho, K.K. & Lunardi, V.L. (2009). Therapeutic Futility as an Ethical Issue: Intensive Care Unit Nurses. *Revista Latino-Americana Enfermagem.*, 17(3), 308-313.

Costa, M.R. (2009). Reflectindo a Morte e o Luto nos Cuidados de Saúde. In *Nursing*, (249), 36-42.

Ellershaw, J & Ward, C. (2003). Care of the Dying Patient: the Last Hours or Days of Life. In *British Medical Journal.*, 326, 30-34.

- França, D. (2010). As Directivas Antecipadas de Vontade: Uma Realidade para o Futuro em Portugal. *In Onco. News*, , (13), 12-15.
- Hebert, R.S.; Schulz, R.; Copeland, V. & Arnold, R.M. (2008). What Questions Do Family Caregivers Want to Discuss with Health Care Providers in Order to Prepare for the Death of a Loved One? An Ethnography Study of Caregivers of Patients at End of Life. *In Journal of Palliative Medicine*. 11(3), 476-483.
- Kovács, M.J. (2003). *Bioética nas Questões da Vida e da Morte*. 14(2) doi: 10.1590/S0103-65642003000200008
- Kubler-ross, E. (1985)- **La mort: dernière étape de la croissance**. Paris: Editions du Rocher
- Lima, P.R.V & Simões, S.C.A. (2007). O Luto. *Nursing*, , (227), 45-48.
- Pessini, L. (1996). *Distanásia: Até Quando Investir sem Agredir?*. Revista de Bioética, 4(1).
- Prigerson, H.C. & JACOBS, S.C. (2001) Caring for Bereaved Patients “All the Doctors Just Suddenly Go”. *In Journal of American Medical Association*. 286(11), 1369-1376.
- Sapeta, P. (2007). O Processo de Luto. *Pensar em Enfermagem*, 11(2), 55-61.
- Wright, A. A.; Keating, N. L.; Balboni, T.A.; Matulonis, U.A.; Block, S.D. & PRIGERSON, H.G. (2010) Place of death: Correlations with Quality of Life of Patients with Câncer and Predictors of Bereaved Caregivers’ Mental Health. *Journal of Clinical Oncology*. 28(29), 4457-4464.
- Zhang, B.; El-jawahri, A. & Prigerson, H.G. (2006). Update on Bereavement Research: Evidence-Based Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Complicated Bereavement. *Journal of Palliative Medicine*., 9(5), 1188-1203.

Instituição de Longa Permanência para Idosos: a última e indesejada morada?

Maria do Rosário de Menezes¹, Maria Fátima Bonfim¹, Juliana Bezerra do Amaral¹, Eduardo Nunes da Silva¹, Cintia Maria Souza de Oliveira¹, Jane Guimarães de Souza¹ & Valdenir Almeida da Silva¹

1. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Resumo:

Trata-se de um estudo de caso único, descritivo, qualitativo que teve como objetivo desvelar a necessidade e a responsabilidade do cuidado de pessoas idosas que moram sozinhas. Analisou a história de uma idosa de 100 anos que vivia sozinha, sem receber cuidados em seu domicílio e foi encaminhada para uma instituição de longa permanência para idosos contra a sua vontade. O estudo revelou a gravidade da falta de suporte familiar, social e político para a assistência de pessoas idosas que moram sozinhas; a complexidade da falta de cuidados e cuidadores para estes idosos e revela também a precariedade das instituições de longa permanência para idosos no que se refere às inadequações e falta de equipamentos para atender as necessidades dos idosos residentes. E ainda, explicita a violação do direito de pleno respeito à dignidade e autonomia na velhice.

Palavras-chave: Idosos; Morar sozinho; Dignidade e direito; Instituição de longa permanência.

Resumén:

Se trata de un estudio de caso único, descriptivo, cualitativo tuvo por objetivo conocer la necesidad y la responsabilidad de la atención a las personas mayores que viven solas. Analizada la historia de una anciana que vivía solo 100 años, sin recibir atención médica en su casa y fue llevado a una institución para ancianos en contra de su voluntad. El estudio puso de manifiesto la gravedad de la falta de apoyo familiar, asistencia social y político a los ancianos que viven solos, la complejidad y la falta de atención a estos cuidadores ancianos y también revela la precariedad de las instituciones de larga estancia para personas mayores como se refiere a las deficiencias y la falta de equipos para satisfacer las necesidades de los residentes de edad avanzada. Y, sin embargo, la violación explícita del derecho al pleno respeto de la dignidad y la autonomía en la vejez.

Palabras-clave: Ancianos; vivir solo; la dignidad y los derechos; las instituciones de larga permanencia.

INTRODUÇÃO

As repercussões do envelhecimento inexorável da população mundial atingem todos os âmbitos da sociedade, uma vez que a presença crescente de pessoas com idade avançada e a mudança do perfil de morbimortalidade demandam modificações e adaptações no sistema econômico, social e na saúde (HUENCHUAN & RODRÍGUEZ-PIÑERO, 2010).

Os ganhos advindos da longevidade devem ser comemorados porque revelam a melhora da qualidade de vida de uma sociedade. No entanto, viver mais trás consigo a necessidade de adequações em decorrência das perdas na esfera social, emocional e funcional.

Considerando-se que, na velhice, o indivíduo fica mais suscetível a ocorrência de doenças e incapacidades necessitando de suporte funcional, financeiro ou emocional, a família ainda se configura como a grande provedora de apoio ao idoso. Porém, a situação familiar e domiciliar, entre os idosos, reflete o acúmulo que eventos demográficos e socioeconômicos ocorridos em etapas do ciclo vital. A não existência de prole, a morte de entes queridos, a viuvez e as separações, são alguns dos tipos distintos de arranjos familiares ou domésticos que levam o idoso a morar sozinho.

No Brasil, de acordo com a Política Nacional do Idoso - PNI, a responsabilidade pelo cuidado da pessoa idosa cabe primeiramente à família (Lei número 8.842, de 4 de janeiro de 1994). Entretanto, naquelas situações em que os idosos não possuem condições que garantam sua própria sobrevivência é responsabilidade do Estado manter instituições para abrigar estas pessoas, denominadas Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI. Governamentais ou não, estas instituições têm caráter residencial, sendo destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania. (Lei n.10.741, de 01 de Outubro de 2003)

De acordo com dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, no Brasil existem quase 3 milhões de idosos morando sozinhos, o que representa 14% do total de pessoas com mais de 60 anos. E existem, em média, cem mil idosos morando em Instituições de Longa Permanência, esta realidade demonstra a necessidade urgente de atenção e cuidado dos poderes públicos e da sociedade. (IBGE, 2010)

Este é um estudo caso sobre a vida da Senhora Pérola de 100 anos, que morava sozinha, e tem como objetivo desvelar a necessidade e a responsabilidade do cuidado de pessoas idosas que moram sozinhas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso único, descritivo, qualitativo, emergente de uma de pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que investigou a violência doméstica praticada contra pessoas idosas no Município de Salvador, Bahia, Brasil, entre os anos de 2001 a 2007.

O campo de estudo foi constituído de delegacias de polícia, incluindo a Delegacia Especial de Atendimento ao Idoso, e dos domicílios dos idosos. Os resultados foram obtidos mediante levantamento de ocorrências de queixas de violência registradas nas Delegacias. Para a coleta de dados adotou-se um formulário de identificação sociodemográfica e entrevista gravada, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A análise pautou-se no conteúdo dos relatos de uma idosa de 100 anos, identificada apenas como Senhora Pérola, e foi elaborada a partir da perspectiva da análise desse conteúdo manifesto; constituiu-se prioritariamente numa análise do dito, do declarado, sem alterar sua autenticidade objetiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A História da Senhora Pérola

A Senhora Pérola é uma idosa de 100 anos, que foi localizada a partir de denúncias de abandono realizada por vizinhos em uma delegacia de polícia da cidade do Salvador- Bahia, Brasil. A referida senhora morava sozinha em uma casa alugada, localizada no centro da cidade. Foi casada com um senhor de posição social, entretanto fora abandonada e já era viúva. Tiveram uma única filha, que falecera aos 35 anos sem deixar descendentes. Sobrevivia com um salário mínimo proveniente da aposentadoria.

Não se obteve informações sobre presença de doenças crônicas não transmissíveis, mas chamou a atenção o fato de que Senhora Pérola era lúcida e tentava conservar sua autonomia a despeito de certas limitações físicas impostas pelo envelhecimento o que comprometia a capacidade para a realização do auto cuidado.

O desvelamento da condição de vida da Senhora Pérola levou ao descortinamento de um cenário doméstico de abandono e falta de suporte para as pessoas que moram sozinhas. Mostra também como as pessoas idosas lúcidas que vivem nestas condições tentam manter a autonomia e independência e lutam até o limite de suas forças para não serem levadas para uma Instituição de longa permanência.

A partir deste caso, algumas questões suscitam reflexões: a condição de morar sozinho na velhice, o cuidado e a institucionalização em ILPI.

No primeiro encontro com a Senhora Pérola, a equipe de pesquisadores foi recebida com uma expressão de interrogação: *“O que é...? Vocês me conhecem...?”* Depois de explicar o motivo da visita, ela concordou dar a entrevista. Observou-se que apesar da idade avançada ela estava lúcida e era capaz de manter um diálogo coerente e fluente.

Eu já estou entendendo, tá todo mundo incomodado porque nesta idade eu vivo sozinha, mas eu ainda posso cuidar de mim, eu ainda saio sozinha, vou na feira, vou na ótica, vou onde eu quero. Eu sou livre. Querem me tirar daqui [olhou para a casa do andar acima], mas eu só saio daqui se for para outra casa. Eu não quero ir para um asilo de velhos. (Senhora Pérola, 100 anos)

No dia seguinte ela permitiu que se entrasse na sua casa. Ao entrar na casa percebeu-se que o ambiente estava completamente escuro, as janelas fechadas cobertas de poeira e teias de aranha, indicavam que nunca eram abertas. Toda casa mostrava muita desordem, o banheiro estava repleto de roupas sujas com manchas de sangue, fezes e urina. Na cozinha o cenário se repetia, louças e panelas sujas espalhadas sobre a pia, mostrando um ambiente sem higiene para o preparo e conservação dos alimentos. A idosa parecia constrangida e comentou que não gostava que “domésticas estranhas” entrassem na sua casa para fazer limpeza, justificando que já havia sido roubada por diversas vezes.

Atualmente não tenho mais família, mas vou vivendo, eu sei me defender. Eu queria sair daqui e morar numa casa aqui por perto, porque eu já conheço tudo por aqui e as pessoas também me conhecem. Eu já recebi visita de várias pessoas querendo me convencer de ir morar num asilo, mas eu não queria ir. Por acaso vocês não conhecem uma casinha que tenha um aluguel que seja barato pra eu alugar? Eu tenho uma aposentadoria de um salário mínimo, não é muito, mas dá pra viver. (Senhora Pérola, 100 anos)

Posteriormente, a história da idosa foi confirmada e investigando a sua situação na delegacia, verificou-se que já haviam sido registradas várias denúncias de abandono e que as denúncias estavam sendo apuradas pelo Ministério Público.

Passados alguns meses os pesquisadores foram fazer uma nova visita para esta idosa, entretanto ela não se encontrava mais na casa e segundo informação dos vizinhos o Ministério Público havia providenciado a sua remoção para uma instituição asilar.

Meses depois a idosa foi localizada em uma instituição de longa permanência muito modesta e sem infraestrutura compatível para abrigar pessoas idosas. Era uma casa residencial antiga, pouco iluminada, mal conservada, mal adaptada, com escadas estreitas, íngremes e ambientes extremamente pequenos.

A idosa continuava lúcida e foi acomodada no andar superior da casa, dividindo o minúsculo quarto com mais duas idosas acamadas, sendo que uma delas estava demenciada. Quando foi cumprimentada pelos pesquisadores falou: *Aqui a gente não dorme. Aquela dali [referindo-se a uma idosa acamada e totalmente dependente] geme e grita a noite inteira*, e complementou: *cortaram as minhas asas, eu vou morrer aqui e assim...*

A despeito das limitações impostas pela idade, esta senhora de cem anos demonstrou o desejo de viver independente e “livre”, com “liberdade”. Toda a sua preocupação girava em torno do desejo da casa própria e de não ter que ir viver em uma instituição de longa permanência.

Provavelmente, no seu íntimo, esta senhora conhecia o seu destino. Possivelmente, não mais poderia sair daquela instituição com vida, não poderia descer as escadas e nem sair para fazer as coisas que tanto gostava,

entre elas, caminhar pela vizinhança, ir à feira, ir até a igreja e “*afastar os desocupados com a bengala*”, como ela falava.

Entretanto, todos nos enganamos. As previsões de que o asilo poderia ser sua última morada, considerando a sua idade e o impacto da institucionalização tão resistida por ela, não se concretizaram, pelo menos naquele momento. Em visita posterior para avaliar as condições de ambientação e adaptação, da idosa, informaram que ela havia sido hospitalizada, com uma lesão importante em uma das mamas, tendo sido confirmado o diagnóstico de câncer.

A realidade descrita suscita algumas reflexões importantes para a compreensão de uma realidade que, no caso brasileiro, ainda é comum entre as pessoas idosas. Quando inicialmente, a Senhora Pérola vivia sozinha e sem estrutura familiar que a apoiasse a quem cabem os cuidados?

A despeito das diretrizes enfatizadas na Política Nacional do Idoso (PNI), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI) e no Estatuto do Idoso (Lei número 8.842, de 4 de janeiro de 1994; Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 ; Lei n.10.741, de 01 de Outubro de 2003) sobre a necessidade do cuidado domiciliar, encontra-se na literatura dados que afirmam que os recursos destinados aos idosos dependentes são insuficientes, face ao envelhecimento da população brasileira. Por outro lado, o aumento da longevidade traz consigo um comprometimento do estado geral do idoso decorrente da falta de recursos e de cuidados, visando um envelhecimento saudável. Neste sentido, caberia à família prover o cuidado a seus idosos arcando com o ônus físico e financeiro. (QUEIROZ, 2010).

Constata-se então que não faltam legislações sobre a permanência da pessoa idosa no ambiente domiciliar, mesmo em situação de dependência. Da mesma forma, o papel da família, como referência para os cuidados, é enfatizado. No entanto, no caso da Senhora Pérola não há família, logo se entende que o Estado deva assumir o cuidado, através de sua rede de serviços que deveria estar estruturada para atender a tais casos, o que também não aconteceu.

Na impossibilidade desses idosos permanecerem em suas casas, seria necessário avaliar que outras estratégias poderiam ser adotadas para assisti-los, considerando o que estabelece o Artigo 37, Parágrafo 1 do Estatuto do Idoso no Brasil, “A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência, será prestada quando verificada a inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família” (Lei n.10.741, de 01 de Outubro de 2003).

Pesquisas revelam que a institucionalização pode levar ao declínio das capacidades funcionais físicas e cognitivas dos idosos, além de submetê-los ao governo dos asilos. Muitos idosos precisam adaptar-se as “regras da casa”, obedecendo a horários e rotinas estabelecidas pelos dirigentes da instituição, mostrando indignação com os métodos utilizados para administrar a vida diária do ambiente (PAVAN, MENEGHEL & JUNGES, 2008).

Nesta perspectiva, o idoso institucionalizado constitui quase sempre um grupo de pessoas privadas dos seus projetos pessoais, do convívio com seus familiares, amigos e vizinhos de relações construídas ao longo da sua vida (SILVA & FIGUEIREDO, 2012).

No caso, a remoção dos mesmos para uma instituição de longa permanência certamente seria uma alternativa necessária, entretanto, questiona-se sobre as condições dessas instituições no que se refere a formação e capacitação dos cuidadores, adequação da estrutura física, equipamentos, suportes e qualidade dos serviços prestados, entre outros.

Sobre as instituições de longa permanência para idosos, é oportuno lembrar, que durante o levantamento de dados desta pesquisa 5 instituições de longa permanência foram denunciadas pela prática de maus tratos a pessoas idosas, dessas denúncias, três indicavam a mesma instituição. Todas as denúncias estavam relacionadas a histórias de maus tratos, negligências de cuidados, com destaque para privação de alimentos.

Daí emerge a preocupação com a qualidade de vida dos idosos que vivem ou que irão viver nessas instituições.

De acordo com a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006), o cuidado integral ao idoso deve ser pautado na autonomia e manutenção da capacidade funcional, numa perspectiva interdisciplinar, com o objetivo de promover o envelhecimento ativo e saudável. Entretanto esse

cuidado referido não é dispensado aos idosos nas maiorias da ILPI. Estas por serem, em grande parte, de caráter filantrópico contam com apoio de entidades religiosas, de grupos da comunidade e com o apoio dos próprios residentes que destinam uma parte ou o total de sua aposentadoria para custear as despesas. Desta forma, as instituições não dispõem de recursos para oferecer uma estrutura física adequada para contratar e/ou capacitar profissionais que possam oferecer um cuidado especializado de acordo com as necessidades biopsicossociais sociais destes indivíduos.

Estudos mostram que na maioria dos ILPI existentes no Brasil, os cuidadores que formam o quadro de recursos humanos possuem baixo nível de escolaridade e não fizeram nenhum curso específico para cuidar de idosos.

CONCLUSÃO

A história comentada dessa senhora foi retratada com o objetivo de chamar a atenção para a condição de vida dos idosos que moram sozinhos, para a necessidade de cuidadores, e de Instituições de Longa Permanência suficientes, adequadas e estruturadas para acolher e promover os cuidados necessários. Lembrando que esta situação só tende a se agravar à medida que se prolonga a vida e se reduz o tamanho das famílias, sem que haja, contudo, uma política de cobertura efetiva para atender as demandas assistenciais da população idosa.

Tendo em vista que o envelhecimento da população é um fenômeno mundial e que cresce no Brasil a passos largos, as ILPI's se configuram como instituições necessárias, destinadas à moradia de pessoas idosas que não possuem família e nem condições de cuidar de si, assim como aquelas que estão em situação de vulnerabilidade social.

A história de Dona Pérola conduz ao pensamento de Menezes (1999), quando relaciona velhice com perdas e pobreza. Perdas físicas em termos de desgastes, perdas afetivas e emocionais, perdas materiais, perda de espaço, perdas sociais, enfim, perdas totais. A mesma autora comenta que na vida, uma das coisas mais perseguida pelas pessoas é um espaço físico próprio, leva-se a vida inteira sonhando com a chamada casa própria, o lar. E Dona Pérola é um exemplo vivo da busca da realização desse sonho enquanto a vida pulsar, e também um testemunho da violação de vida digna na velhice e dignidade na morte.

BIBLIOGRAFIA

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Síntese de indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira*: Estudos, Pesquisas, Informação demográfica e socioeconômica, 27. Rio de Janeiro: IBGE.

Lei número 8.842, de 4 de janeiro, 1994. *Política Nacional do Idoso*. Brasília.

Lei n.10.741, de 1 de Outubro, 2003. *Dispõe sobre o Estatuto do Idoso: Banco de Leis de Idosos*. Brasília. Recuperado a 7 de Julho, 2006, de <<http://www.femperj.org.br/legislacao/intdif/10741.html>>.

Menezes, M. R. (1999). *Da violência revelada à violência silenciada: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra idosos*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Pavan, F. J. Meneghel, S. N. & Junges, J. R. (2008). Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. *Cad. Saúde Pública*. 24(9).

Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro, 2006. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília.

QUEIROZ, Z. P. V. O impacto do cuidado na vida do cuidador de idosos: fator de risco de negligência doméstica em idosos dependentes. In: BERZINS, M. V & MALAGUTTI, W. (2010) *Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice*. São Paulo: Martinari.

Silva, M. V & Figueiredo, M. L. F (2012). Idosos Institucionalizados: uma reflexão para o cuidado de longo prazo. *Enfermagem em Foco*, 3(1), p. 22-24.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria do Rosário de Menezes, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Brasil, zaramen@bol.com.br.

Religiosidade e otimismo alicerçado em fatores intrínsecos vs. extrínsecos: estudo comparativo em idosos doentes e saudáveis

Lisete Mónico

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Resumo:

A literatura aponta para uma relação positiva entre o nível de religiosidade e o otimismo das pessoas. Conhecendo a importância e os efeitos positivos da religiosidade nos idosos, a presente investigação procura analisar os modos de agenciamento da religiosidade no otimismo alicerçado em fatores individuais intrínsecos, por oposição aos extrínsecos. Idosos saudáveis e idosos doentes foram inquiridos pelo Questionário CRSV (Mónico, 2010). A associação positiva entre a religiosidade e otimismo foi apenas encontrada em idosos saudáveis. A diferenciação entre otimismo alicerçado em fatores intrínsecos e extrínsecos mostrou que os idosos saudáveis ancoram o seu otimismo em fatores intrínsecos, ao passo que os doentes alicerçam o seu otimismo em fatores extrínsecos. Os resultados apontam para um mecanismo distinto de promoção do otimismo idiosincrático em função do estado de saúde do idoso.

Palavras-chave: Religiosidade; Otimismo; Idoso;

Resumen:

La literatura señala una relación positiva entre el nivel de religiosidad y el optimismo de las personas. Conociendo la importancia y los efectos positivos de la religiosidad en los mayores, esta investigación trata de analizar los modos de causalidad de la religiosidad en el optimismo basado en factores individuales intrínsecos en comparación con factores extrínsecos. Mayores sanos y mayores enfermos fueron encuestados por el cuestionario CRSV (Mónico, 2010). La asociación positiva entre la religiosidad y el optimismo sólo se encontró en los mayores sanos. La diferenciación entre el optimismo basado en factores intrínsecos y extrínsecos mostró que las personas mayores sanas anclan su optimismo en factores intrínsecos, mientras que los enfermos sostienen su optimismo en factores extrínsecos. Los resultados apuntan a un mecanismo distinto para la promoción del optimismo idiosincrático dependiendo del estado de salud de los mayores.

Palabras-clave: Religiosidad; Optimismo; Mayor;

INTRODUÇÃO

A investigação de que a religiosidade constitui um agente promotor do otimismo idiossincrático encontra-se em expansão (Barros, 2004; Dember, 2000; Dember & Brooks, 1989; Mónico, 2010; Mónico, 2011; Sethi & Seligman, 1993).

Entende-se por religiosidade o grau individual de adesão às crenças, doutrinas e práticas de uma religião (Baker & Warburg, 1998; Mookherjee, 1994). Expressão congénere de experiência religiosa (Geerts, 1990), refere-se à extensão pela qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma doutrina religiosa, perspectivada entre os seus dois pólos reguladores: as crenças e os ritos. James (1902/1985) define-a como “o conjunto de sentimentos, atos e experiências do indivíduo (...) enquanto se situa numa relação ao que é por ele considerado divino” (p. 50).

Tanto a religião como a religiosidade possuem uma manifestação traduzida na espiritualidade, ou seja, no reconhecimento de uma força não-material que transcende todos os afazeres, humanos e não-humanos, consubstanciada na procura de significado, unidade, ligação e transcendência humana (Hill & Pargament, 2003; Pargament, 1997). A autoperceção desta força adquire particular relevância na velhice, tanto por questões culturais quanto devido ao estado de doença que os idosos frequentemente se encontram. As questões ligadas à morte também favorecem o recurso à religiosidade.

Também considerado uma crença, o otimismo respeita às expectativas de obtenção de bons resultados: “otimistas são pessoas que esperam boas experiências no futuro. Pessimistas são pessoas que esperam más experiências” (Carver & Scheier, 2000, p. 31).

O otimismo alicerçado em fatores intrínsecos refere-se à expectativa de que as boas experiências futuras dependem das próprias aptidões pessoais (Mónico, 2010; 2011). O otimismo alicerçado em fatores extrínsecos prende-se com a convicção de que bons resultados irão prevalecer devido a fatores situacionais (sorte, acaso, ajuda sobrenatural), não exercendo o indivíduo controlo sobre esses fatores.

Atendendo às áreas da vida que os idosos direcionam os seus objetivos (saúde, boa morte, bem-estar, paz...), o comportamento destes é determinado por esses objetivos e pelos mecanismos autorregulatórios adotados com vista ao alcance dos mesmos. O otimismo entra na autorregulação quando os idosos, apesar de anteciparem obstáculos ao alcance de determinadas metas, mantêm a crença de que irão ser bem sucedidos (Scheier & Carver, 1992). Previsões baseadas na teoria da comparação social (Festinger, 1954) não confeririam ao otimismo o carácter generalizado que este possui (Alicke, 1985; Carver & Scheier, 2000), sobretudo na velhice, em que é frequente o estado de doença, bem como a autoconsciência da idade avançada. Acresce o facto de, no decurso do ciclo de vida dos idosos, o surgimento de adversidades ser praticamente inevitável, podendo a dificuldade em superá-las favorecer o pessimismo. Nestas situações a religiosidade do idoso pode desempenhar um papel fundamental na promoção do seu bem-estar, sobretudo no estado de doença. Acreditar em entidades divinas, com poderes sobre-humanos, constitui, entre outros aspetos, um mecanismo de coping (Brown, 1987; Hinde, 2006; Pargament & Mahoney, 2002) que, em momentos de dificuldade, impotência ou frustração, poderá fomentar o otimismo dos idosos.

METODOLOGIA

Objetivo

Pretendemos analisar os modos de agenciamento da religiosidade no otimismo dos idosos, comparando idosos doentes com saudáveis e idosos que alicerçam o seu otimismo em fatores internos com fatores externos. Dado que o otimismo se associa positivamente com a satisfação com a vida (Dember & Brooks, 1989; Taylor & Brown, 1999), tomamos também por objetivo avaliar o papel mediador desta variável.

Amostra

A amostra é composta por 376 idosos portugueses, sendo 238 saudáveis (de 52 a 91 anos; $M_{idade} = 74.87$, $DP = 6.77$ anos,) e 138 doentes (de 62 a 89 anos; $M_{idade} = 68.92$, $DP = 10.35$ anos). O critério estabelecido para considerar um idoso saudável ou doente consistiu no estabelecimento de dois pontos de corte (até ao percentil 25 para os idosos doentes e a partir do percentil 75 para os idosos saudáveis) na resposta à questão “como avalia o seu estado de saúde?” (desde 1 = totalmente doente a 11 = totalmente saudável).

Material

Elaborámos inquérito estruturado em forma de questionário autoadministrado, ao qual designámos de Questionário CRSV, acrónimo de Crenças Religiosas em Situações de Vida. As medidas que integram o questionário foram agrupadas em três indicadores: Otimismo (subindicador Fatores Intrínsecos vs subindicador Fatores Extrínsecos), Religiosidade e Satisfação com a vida. A descrição detalhada dos indicadores, bem como os estudos de validação de cada instrumento de medida constam em Mónico (2010).

Procedimento

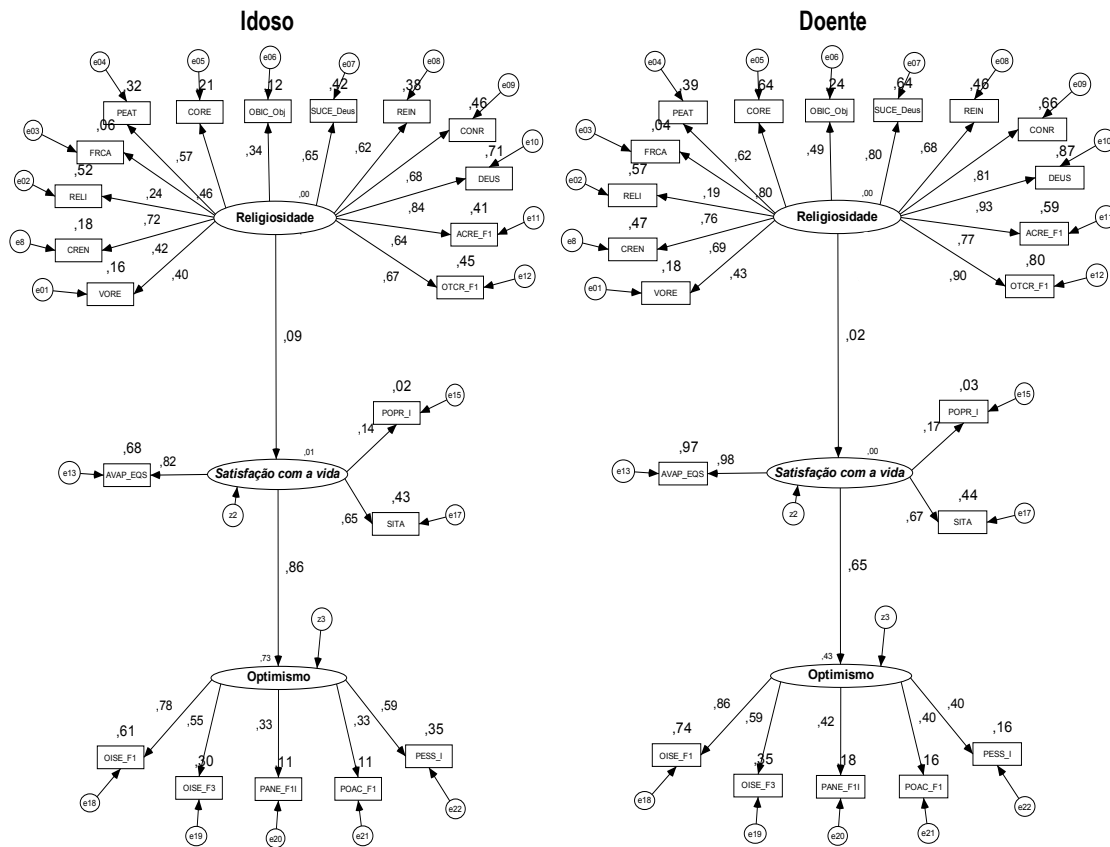
Após garantir o anonimato e confidencialidade das respostas, solicitava-se o consentimento, informado e voluntário, dos idosos para responderem ao questionário. Este inicia com a explicitação do estudo, instruções e garantia de anonimato e confidencialidade das respostas e encerra com a recolha de informação sociodemográfica.

Análise

Após codificação e informatização das respostas executou-se a modelação por equações estruturais através do programa AMOS. Utilizámos o método EM na substituição dos missing values e arredondámos os valores para as unidades correspondentes a cada escala de medida.

RESULTADOS

Submetemos as medidas dos indicadores Religiosidade, Otimismo e Satisfação com a vida a uma análise estrutural multigrupo. Obtivemos para a qualidade do ajustamento (Bentler, 1990; Schumacker & Lomax, 1996) um $CMIN/DF = 3.26$, $\chi^2(417) = 1358.55$, $p < .001$, $NFI = .706$, $CFI = .787$ e $RMSEA = .068$. Os resultados do modelo indicam-se na Figura 1.



Legenda:

Indicador Religiosidade: [VORE] Atitude face à expressão e ensinamento religiosos; [CREN] Crença em Deus; [RELI] Grau de religiosidade; [FRCA] Frequência de cursos/acções de formação de carácter religioso; [PEAT] Pedidos atendidos em oração; [CORE] Frequência de oração; [OBIC_Obj] Uso de objetos iconográficos; [SUCE_Deus] Atribuição de sucessos à ajuda de Deus; [REIN] Influência da religião na gestão do tempo; [CONR] Consideração de conselhos religiosos; [DEUS] Atitudes e práticas religiosas; [ACRE_F1] Crenças de índole Cristã; [OTCR_F1] Ortodoxia, tranquilidade e conflito religioso_Religiosidade

Indicador Satisfação com a vida: [AVAP_EQS] Autopercepção da vivência actual; [POPR_I] Percepção dos problemas pessoais (inversão da escala de medida); [SITA] Situação de vida actual;

Indicador Otimismo: [OISE_F1] Otimismo e internalidade; [OISE_F3] Expectativas positivas; [PANE_F1] Possibilidade de acontecimentos futuros negativos_Perfil depressivo; [POAC_F1] Possibilidade de acontecimentos futuros positivos_Felicidade, amor, coragem e sorte; [PESS_I] Pessimismo e internalidade (inversão da escala de medida).

Figura 1 - Modelo estrutural multigrupo: coeficientes de regressão para idosos saudáveis e idosos doentes

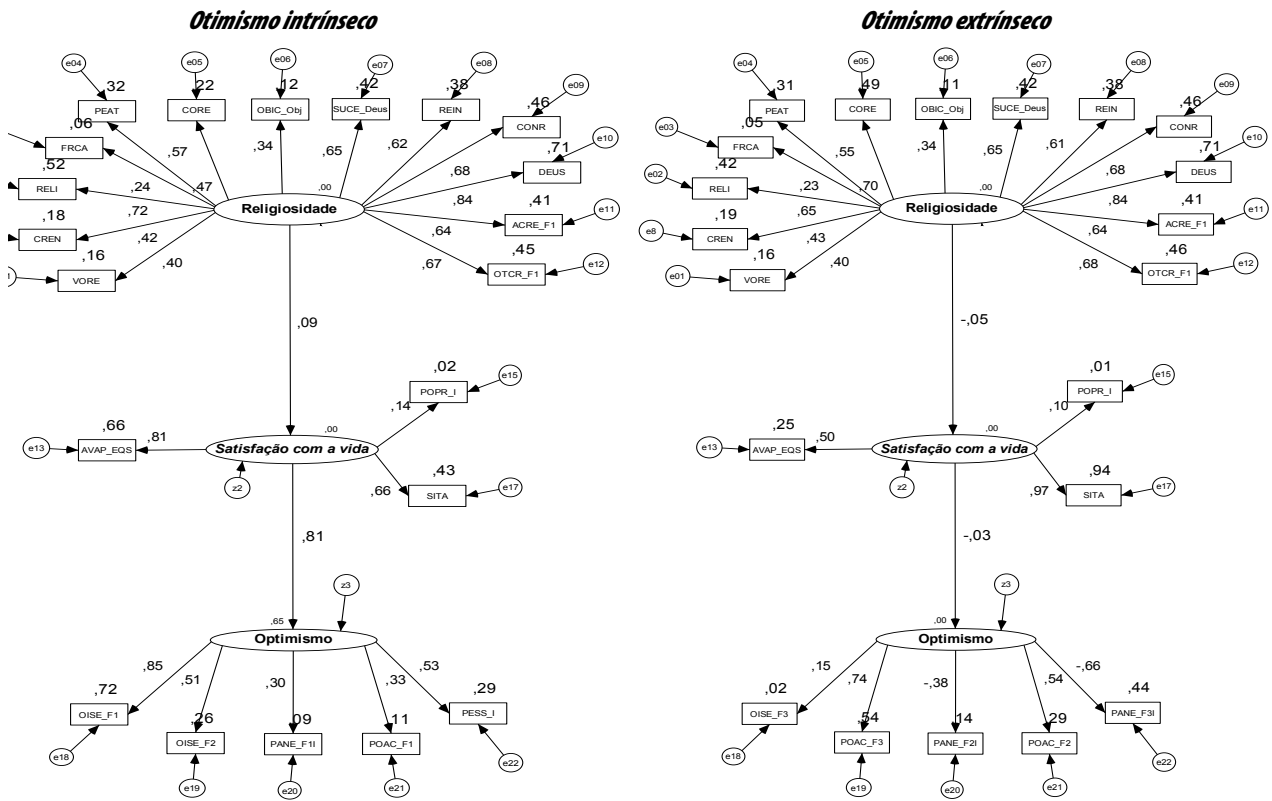
Verificamos que a associação positiva entre a magnitude da religiosidade e os níveis de otimismo é baixa ($\beta = .09$ em idosos saudáveis e $\beta = .02$ em idosos doentes), sendo apenas significativa para os idosos saudáveis ($p < .05$). Verifica-se em ambos os grupos que a relação existente entre a religiosidade e o otimismo é mediada pela satisfação com a vida, sendo o otimismo de ambos previsto de forma significativa pela satisfação com a vida ($\beta = .86$ em idosos saudáveis e $\beta = .65$ em idosos doentes).

No sentido de testar se a associação entre a religiosidade e o otimismo do idoso se diferencia caso este alicerce as suas crenças otimistas em fatores extrínsecos ou intrínsecos ao próprio, procedemos à realização de novo do modelo estrutural multigrupo, um exclusivamente incidindo sobre as medidas de otimismo baseado em fatores intrínsecos ao idoso e outro em medidas de otimismo baseado em fatores extrínsecos. Os resultados indicam-se nas Figuras 2 e 3.

Atendendo à qualidade do ajustamento deste modelo multigrupo (Bentler 1990; Schumacker & Lomax, 1996), constatamos que o modelo proposto é ajustado: $CMIN \chi^2(188) = 3.12$ ($p < .001$), $NFI = .802$, $CFI = .889$ e $RMSEA = .053$.

Quando comparamos os modelos considerando a diferenciação entre otimismo baseado em fatores intrínsecos vs. extrínsecos, constatamos que o otimismo dos idosos saudáveis se alicerça em crenças intrínsecas ($\beta = .09, p < .05$ para Otimismo intrínseco vs. $\beta = -.05, p > .05$ para Otimismo Extrínseco), como ilustra a Figura 2. Por outro lado, o otimismo dos idosos doentes baseia-se mais em crenças extrínsecas ($\beta = .01, p > .05$ para Otimismo intrínseco vs. $\beta = .09, p < .05$ para Otimismo Extrínseco; cf Figura 3).

Idoso Saudável

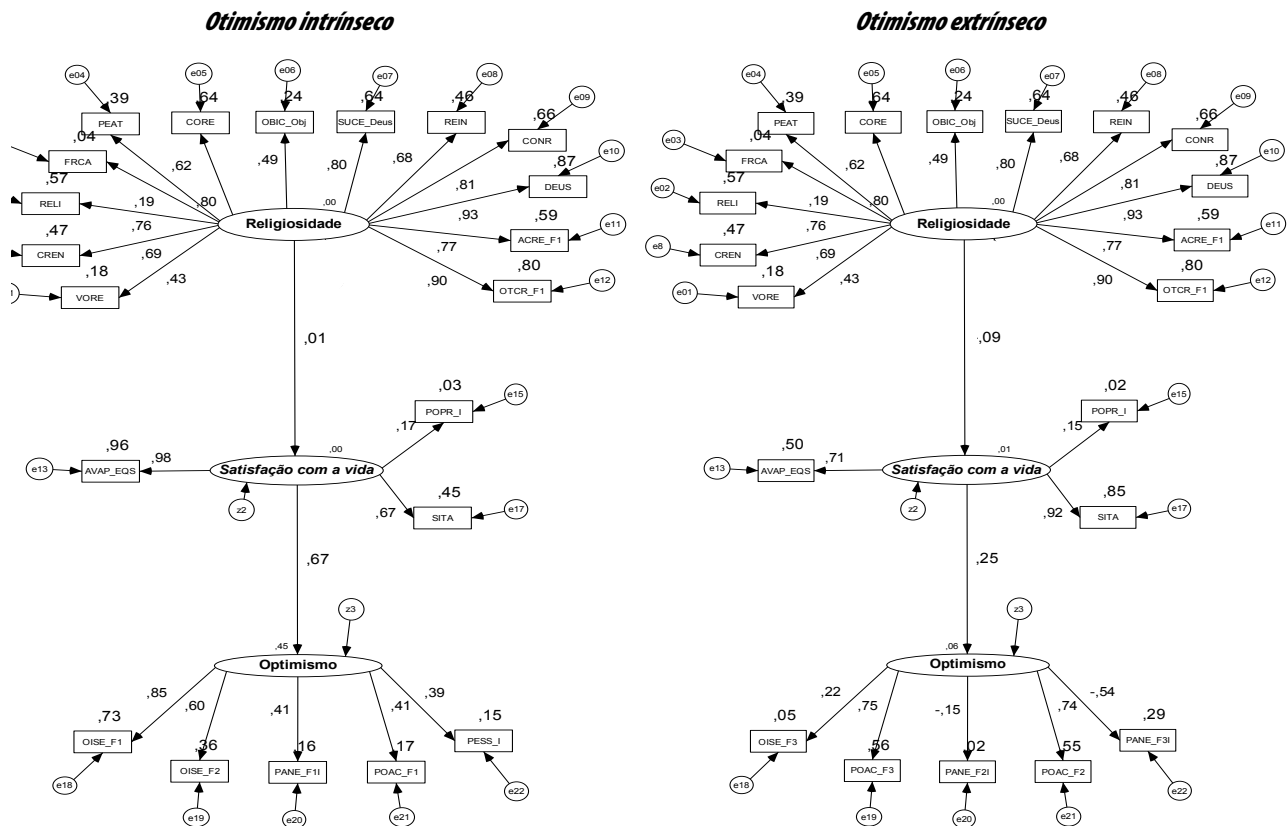


Legenda: Medidas do Otimismo de Internalidade: [OISE_F1] Otimismo de internalidade; [OISE_F2] Abertura à experiência; [PANE_F1I] Perfil depressivo (inversão da escala de medida); [POAC_F1] Felicidade, amor, coragem e sorte; [PESS_I] Pessimismo de internalidade (inversão da escala de medida).

Medidas do Otimismo de Externalidade: [OISE_F3] Expetativas positivas; [POAC_F3] Acontecimentos desejáveis altamente improváveis [PANE_F2I] Perfil fatalista (inversão da escala de medida); [POAC_F2] Admiração e sucesso; [PANE_F3I] Perfil vitimista (inversão da escala de medida). Para as restantes medicas, cf. legenda da Figura 1.

Figura 2 – Análises estruturais multigrupo: coeficientes de regressão para os idosos saudáveis

Idoso Doente



Nota: Ver legenda da Figura 2

Figura 3 – Análises estruturais multigrupo: coeficientes de regressão para os idosos doentes

Verificamos que para os idosos saudáveis o otimismo mostra-se significativamente impulsionado pela religiosidade, ao passo que para os doentes o otimismo é essencialmente promovido pela satisfação com a vida. Porém, quando comparamos o modelo com as medidas de otimismo baseadas em fatores de internalidade e de externalidade, constatamos os idosos saudáveis ancoram o seu otimismo em crenças de internalidade, ao passo que os idosos doentes alicerçam o seu otimismo em fatores de externalidade.

CONCLUSÃO

A condição de idoso saudável ou idoso doente mostrou uma nítida repercussão ao nível da promoção do otimismo pela religiosidade. A mediação desta relação pela satisfação com a vida mostrou-se significativa em ambos os grupos.

A religiosidade apenas se mostrou promotora do otimismo nos idosos saudáveis, sendo que nos idosos doentes o otimismo é apenas promovido pela satisfação com a vida. A distinção de otimismo baseado em fatores intrínsecos vs extrínsecos mostrou ser diferenciadamente influenciada pela religiosidade em idosos saudáveis comparativamente a idosos doentes: se o otimismo dos idosos saudáveis se baseia em crenças de otimismo intrínseco, o de idosos doentes alicerça-se em crenças de otimismo extrínseco. Além disso, a religiosidade mostra-se promotora de otimismo diferenciados em função do estado de saúde do idoso: determina um otimismo intrínseco em idosos saudáveis, ao passo que um otimismo extrínseco em idosos doentes. Os resultados apontam, assim, para um mecanismo distinto de promoção do otimismo idiossincrático, via religiosidade, em função do estado de saúde do idoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alicke, M. D. (1985). Global self-evaluation as determined by the desirability and controllability of trait adjectives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1621-1630.
- Barker, E., & Warburg, M. (1998). (Eds.). *New religions and new religiosity*. Springfield, Ma: Aarhus University Press.
- Barros, J. (2004). *Psicologia positiva*. Porto: ASA.
- Bentler, P. (1990). *Quantitative methods in psychology: Comparative fit indexes in structural models*. *Psychological Bulletin*, 107, 238- 246.
- Brown, A. (1987). Metacognition, executive control, self-regulation, and other more mysterious mechanisms. In F. E. Weinert, & R. H. Klume, (Eds.). *Metacognition, motivation, and understanding* (pp. 153-171). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2000). Optimism, pessimism, and self-regulation. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 31-51). (1 ed). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dember, W.N. & Brooks, J. (1989). A new instrument for measuring optimism and pessimism: Test-retest reliability and relations with happiness and religious commitment. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 27, 365-366.
- Dember, W.N. (2000). The optimism-pessimism instrument: Personal and social correlates. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 281-300). (1 ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140 (tradução em C. Faucheux & S. Moscovici (1971). *Psychologie sociale théorique et expérimentale*. La Haye: Mouton.
- Geerts, H. (1990). An inquiry into the meaning of ritual symbolism: Turner and Peirce. In H-G. Heimbrock & H. B. Boudewijnse (Eds.), *Current studies on rituals: Perspectives for the psychology of religion* (pp. 19-32). Amsterdam: Atlanta, GA.
- Hill, P. C., & Pargament, K. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58(1), 64-74.
- Hinde, R. A. (2006). *Why God persist: A scientific approach to religion*. London and New York: Routledge.
- James, W. (1985). *The varieties of religious experience: A study in human nature*. Cambridge, MA: Harvard University Press. [Original 1902].
- Mónico, L. S. (2010). *Religiosidade e otimismo: Crenças e modos de implicação comportamental*. Dissertação de Doutorado em Psicologia, Psicologia Social, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra.
- Mónico, L. S. (2011). *Individualização religiosa e otimismo*. Edições Vercial (ISBN: 978-9-89700-120-8)
- Mookherjee, H. N. (1994). Effects of religiosity and selected variables on the perception of well-being. *The Journal of Social Psychology*, 134(3), 403-405.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research and practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K. I., & Mahoney, A. (2002). Spirituality: Discovering and conserving the sacred. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 646-659). New York: Oxford University Press.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (1996). *A beginner's guide to structural equation modeling*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sethi, S. & Seligman, M. E. (1993). Optimism and fundamentalism. *Psychological Science*, 4, 256-259.

CONTACTO PARA CORRESPONDÊNCIA

Lisete Mónico, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, lisete_monico@fpce.uc.pt

Atribuição de sucessos e de fracassos ao longo da vida

Lisete Mónico

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Resumo:

No presente estudo analisam-se as atribuições de sucessos e de fracassos ao longo da vida. Delimitaram-se duas etapas de vida na composição da amostra: juventude e velhice. A amostra de conveniência, constituída por 359 jovens e 250 idosos, foi inquirida pelo questionário CRSV (Mónico, 2010), que para os idosos foi aplicado em formato de entrevista estruturada. Entre os resultados, constatámos que os idosos atribuíram os sucessos pessoais mais significativamente à ajuda de Deus, ao passo que os fracassos que foram tendo na vida à falta de ajuda de Deus e ao prejuízo provocado por outras pessoas. Já os jovens fizeram uma atribuição de sucessos mais centrada nas próprias capacidades pessoais e no aproveitamento das oportunidades que foram surgindo ao longo da vida, ao passo que os fracassos atribuíram às oportunidades desperdiçadas que foram aparecendo do decurso da vida. Os resultados apontam para atribuições distintas de fracassos e de sucessos em função da etapa de vida dos participantes.

Palavras-chave: Atribuição; Idosos; Jovens; Sucessos; Fracassos

Resumen:

En este trabajo se analizan las atribuciones de los éxitos y fracasos a lo largo de la vida. Hemos definido dos etapas de la vida en la composición de la muestra: los jóvenes y los mayores. La muestra de conveniencia, que consta de 359 jóvenes y 250 mayores, se encuestó por el cuestionario CRSV (Mónico, 2010), que para las personas mayores se aplicó mediante una entrevista estructurada. Entre los resultados, hemos observado que los mayores atribuyen sus éxitos personales más significativamente a la ayuda de Dios, mientras que los fracasos que tuvieron en su vida a la falta de ayuda de Dios y a el daño causado por otros. Los jóvenes hacen una atribución de sus éxitos más centrada en sus capacidades personales y en aprovechado las oportunidades que fueron apareciendo a lo largo de la vida, mientras que los fracasos atribuyeron a haber desperdiciado las oportunidades que surgieron a lo largo de la vida. Los resultados indican atribuciones distintas de fracasos e de éxitos dependiendo de la etapa de la vida de los participantes.

Palabras-clave: Atribución; Mayores; Jóvenes; Éxitos; Fracasos

INTRODUÇÃO

Abordagem pioneira dos processos psicológicos subjacentes à conduta individual na psicologia social (Sousa, 1993), a atribuição reporta-se à ligação entre um evento e as suas causas (Ross & Fletcher, 1985). Possibilitando-nos uma reação e entendimento característicos ao ambiente circundante, é geralmente definida como uma crença ou explicação acerca das causas de um determinado comportamento (Hewstone, 1992; Hewstone & Fincham, 1996; Jaspars, Hewstone, & Fincham, 1983). Heider (1958), o primeiro autor a dedicar-se ao estudo deste processo, refere-se à atribuição como algo fundamental no funcionamento psicológico, na medida em que cada indivíduo se rege em grande parte pelas relações de causalidade que estabelece entre os diversos elementos e eventos do meio. Tais relações são influenciadas pelo grau de informação, atenção e motivação do indivíduo no sentido de fazer uma atribuição precisa, pelas características do ator (pessoa cujo comportamento pretende ser explicado), pelas relações entre atribuidor e ator e, finalmente, pelo tipo de comportamento a ser explicado (Hewstone, 1992; Jaspars, et al., 1983).

As décadas de sessenta e setenta foram dominadas por discussões relativas ao modo como as pessoas devem fazer e fazem atribuições, conduzindo à emergência de teorias atribucionais, cujas principais assunções subjacentes são três (Sabini, 1995): (a) os traços de personalidade são causas internas do comportamento; (b) a procura de causas para um comportamento é essencialmente uma questão estatística (a causa é encontrada pela determinação daquilo que varia com); e (c) quando um indivíduo responde a questões atribucionais, está apenas a reportar-se ao resultado dessa diligência causal. Saliente-se que estas assunções têm sofrido modificações ao longo do tempo, baseadas fundamentalmente na noção de causalidade comportamental.

METODOLOGIA

Objetivo

Pretende-se comparar atribuições de sucessos e de fracassos em duas classes etárias distintas ao longo da vida: juventude e velhice.

Amostra

A amostra integra 609 cidadãos portugueses, sendo que 359 são jovens (58.9% da amostra, $M_{idade} = 20.85$ anos, $DP = 1.96$ anos, amplitude de idades: 15-22 anos) e 250 são idosos (41.1% da amostra, $M_{idade} = 74.87$ anos, $DP = 6.77$ anos, amplitude de idades: 66-89 anos). Os jovens são alunos do Mestrado Integrado em Psicologia, sendo 158 (25.9%) homens e 201 (33.0%) mulheres. Entre os idosos registam-se 54 (8.9%) do sexo masculino e 196 (32.2%) do sexo feminino. Atendendo às habilitações literárias, até ao primeiro ciclo da Educação Básica registam-se apenas idosos ($n = 191$, 31.6% da amostra total); possuem o Segundo ciclo da Educação Básica 22 (3.6%) jovens e 27 (4.4%) idosos; com o terceiro ciclo encontramos 236 (38.8%) jovens e 10 idosos (1.6%); frequentam o Ensino Superior 100 (16.5%) jovens e possuem Licenciatura 23 (3.8%) idosos. A maioria dos jovens é solteira ($n = 355$, 58.4%), registando-se apenas três (0.5%) casados e um (0.2%) divorciado. Entre os idosos, a maioria é viúva ($n = 141$, 23.2%), seguindo-se o estado civil casado ($n = 85$, 14.0%), solteiro ($n = 16$, 2.6%) e divorciado ($n = 7$, 1.2%). Considerando a religião, 105 jovens (17.2% da amostra) e 245 idosos (40.2%) são Católicos, 15 jovens (2.5%) e um idoso (0.2%) não possuem religião, 200 jovens (32.8%) e dois idosos (0.3%) são ateus e 39 jovens (6.4%) e dois idosos (0.3%) pertencem a outras religiões.

Material

A medida utilizada no presente estudo foi retirada do Questionário CRSV (Mónico, 2010), acrónimo de Crenças Religiosas em Situações de Vida. Seis itens avaliam a atribuição de sucessos (ao longo da minha vida, atribuo os meus sucessos): Às minhas próprias capacidades; À sorte que fui tendo; A ter aproveitado as oportunidades que me foram aparecendo; À ajuda de Deus; À ajuda que as outras pessoas me deram; e À minha coragem em arriscar). Outros seis avaliam a atribuição de fracassos (ao longo da minha vida, atribuo os meus fracassos): À

minha falta de capacidades; Ao azar que fui tendo; A ter desperdiçado as oportunidades que foram aparecendo; A Deus não me ter ajudado; A outras pessoas me terem prejudicado; Ao meu medo em arriscar). Todos os itens foram mensurados numa escala de likert de sete pontos (de 1 = Discordância forte a 7 = Concordância forte). O coeficiente de consistência interna indicou um $\alpha = 0.746$ para a atribuição de sucessos, ao passo que um $\alpha = 0.722$ para a atribuição de fracassos.

Procedimento

Após garantir o anonimato e confidencialidade das respostas, solicitava-se o consentimento, informado e voluntário, dos idosos e dos jovens para responderem ao questionário. Este inicia com a explicitação do estudo, instruções e garantia de anonimato e confidencialidade das respostas e encerra com a recolha de informação sociodemográfica. Os questionários foram administrados aos jovens em contexto de sala de aula, ao passo que os dos idosos foram aplicados pelos alunos aos seus familiares idosos, no contexto do projeto de investigação CRSV (Mónico, 2010).

Análise

O programa selecionado para o tratamento estatístico dos dados foi o SPSS, versão 20.0, para o sistema operativo Windows.

RESULTADOS

Realizámos uma Análise Multivariada da Variância, tomando como VI o grupo de pertença (jovem vs. idoso) e como VDs os seis itens da atribuição de sucessos pessoais. Constatámos que jovens e idosos atribuem os seus sucessos a causas diferenciadas: teste multivariado Λ de Wilks = 0.520, $F(6, 602) = 92.74$, $p < 0.001$. Os jovens fazem uma atribuição mais centrada nas próprias capacidades pessoais e em terem aproveitado as oportunidades que foram aparecendo ao longo da vida [$F(1, 607) = 23.08$ e 10.30 , respetivamente, $p < .001$], ao passo que os idosos atribuem significativamente mais os seus sucessos à ajuda de Deus, $F(1, 607) = 467.37$, $p < .001$. No Quadro 1 apresentamos os resultados dos testes univariados, juntamente com as pontuações médias (M) e os desvios-padrão (DP) para ambos os grupos. Na Figura 1 representam-se graficamente as pontuações médias.

Quadro 1 – Atribuição de sucessos ao longo da vida: Pontuações médias, desvios-padrão e testes univariados

Ao longo da minha vida, atribuo os meus sucessos:	Jovem (n = 359)		Idoso (n = 250)		Total (N = 609)		F (1,607)
	M	DP	M	DP	M	DP	
Às minhas próprias capacidades	5,92	1,05	5,43	1,46	5,72	1,26	23,08***
À sorte que fui tendo	4,29	1,51	4,51	1,74	4,38	1,61	2,71
A ter aproveitado as oportunidades que me foram aparecendo	5,33	1,26	4,96	1,59	5,18	1,41	10,30**
À ajuda de Deus	2,62	2,19	6,04	1,46	4,03	2,55	467,37***
À ajuda que as outras pessoas me deram	4,82	1,46	4,69	1,81	4,77	1,61	0,99
À minha coragem em arriscar	5,00	1,38	4,98	1,74	4,99	1,54	0,01

** $p < .01$

*** $p < .001$

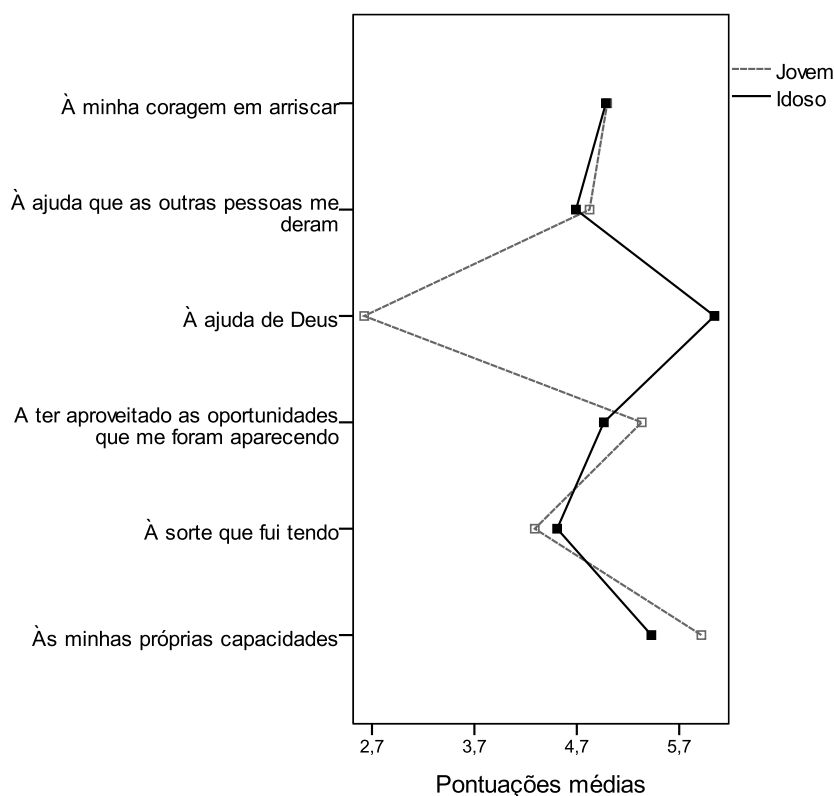


Figura 1 – Atribuição de sucessos ao longo da vida: pontuações médias

No referente à atribuição de fracassos ao longo da vida registam-se, igualmente, diferenças: teste multivariado *A de Wilks* = 0.943, $F(6, 602) = 6.09, p < 0.001$. Os idosos atribuem os fracassos significativamente mais ao azar que foram tendo e a outras pessoas os terem prejudicado, bem como a Deus não os ter ajudado – respetivamente, $F(1, 607) = 8.46, 5.37$ e $9.90, p < 0.05$. Já os jovens atribuem mais os seus fracassos ao facto de terem desperdiçado as oportunidades que foram aparecendo do decurso da vida, $F(1, 607) = 12.06, p = 0.001$ (cf. Quadro 2 e Figura 2).

Quadro 2 – Atribuição de fracassos ao longo da vida: Pontuações médias, desvios-padrão e testes univariados

Ao longo da minha vida, atribuo os meus fracassos:	Jovem (n = 359)		Idoso (n = 250)		Total (N = 607)		F (1,607)
	M	DP	M	DP	M	DP	
À minha falta de capacidades	2,96	1,75	2,84	1,63	2,91	1,70	0,68
Ao azar que fui tendo	3,46	1,67	3,88	1,90	3,63	1,78	8,46**
A ter desperdiçado as oportunidades que foram aparecendo	3,84	1,77	3,34	1,79	3,64	1,79	12,06***
A Deus não me ter ajudado	1,66	1,39	2,02	1,40	1,81	1,40	9,90**
A outras pessoas me terem prejudicado	2,97	1,69	3,31	1,97	3,11	1,82	5,37*
Ao meu medo em arriscar	3,35	1,80	3,35	1,87	3,35	1,83	0,00

** $p < .01$

*** $p = .001$

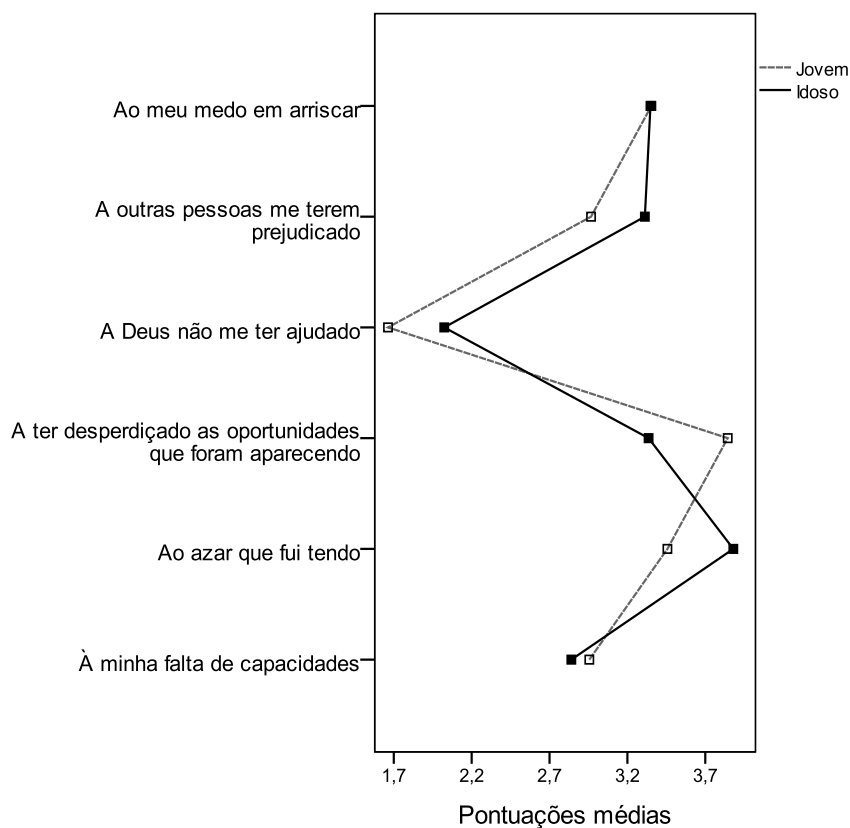


Figura 2 – Atribuição de fracassos no decurso da vida: pontuações médias

CONCLUSÃO

Atendendo à duplicação que ocorreu no nosso país, nas últimas quatro décadas, do número de pessoas com mais de 65 anos (passando, aproximadamente, de 1 para 2 milhões) e à redução de 3 para 2 milhões de jovens até aos 14 anos no mesmo período de tempo (Barros, 2008), interessa debruçarmo-nos sobre estas duas faixas etárias de vida: a juventude e a velhice. Na presente investigação analisámos as repercussões que manifestam ao nível das atribuições de sucessos e de fracassos.

Os resultados apontaram para atribuições distintas em função da etapa de vida dos participantes. Os idosos atribuíram os sucessos pessoais significativamente mais à ajuda de Deus, ao passo que os fracassos ao azar na vida, à falta de ajuda divina e ao prejuízo causado por outras pessoas. Já os jovens fazem uma atribuição mais centrada nas próprias capacidades pessoais e em terem aproveitado as oportunidades que foram aparecendo ao longo da vida, ao passo que os fracassos a terem desperdiçado as oportunidades que foram aparecendo do decurso da vida.

Na presente investigação conceptualizámos a atribuição a um nível intrapessoal (Doise, 1986), ou seja, numa perspetiva cognitivista em que o processo de atribuição atende concretamente aos processos cognitivos dos indivíduos idosos e jovens. Saliente-se a necessidade de estudar as atribuições diferenciais entre idosos e jovens em mais três níveis de análise: a) o nível interpessoal, em que a ênfase é colocada na interação social e nas relações íntimas de idosos e jovens; b) o nível intergrupalo, estudando-se o impacto da categorização social (jovem vs. idoso) na atribuição; c) o nível societal, em que se consideram as atribuições como equivalentes a crenças partilhadas por grandes grupos de indivíduos (jovens e idosos), intra e inter-sociedades, onde se evidencia o conceito de representação social do idoso e do jovem (Hewstone, 1992; Hogg & Abrams, 1988).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, J. H. (2008). *Psicologia do idoso: Temas complementares*. Porto: Legis Editora.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: J. Wiley. [In Jodelet, D., Viet, J., & Besnard, P. (1970). *La psychologie sociale: Une discipline en mouvement*. Paris: Mouton.
- Hewstone, M. (1992). *La atribución causal: Del proceso cognitivo a las creencias colectivas*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Hewstone, M., & Fincham, F. (1996). Attribution theory and research: Basic issues and applications. In M. Hewstone, W. Stroebe, & G. M. Stephenson (Eds.), *Introduction to social psychology: A european perspective* (pp. 167-204). Oxford: Blackwell.
- Hogg, M. A., & Abrams, D. (1988). *Social identifications: A social psychology of intergroup relations and group processes*. London: Routledge.
- Jaspars, J., Hewstone, M. & Fincham, F. D. (1983). Attribution theory and research: The state of the art. In J. Jaspers, F. D. Fincham, & M. Hewstone (Eds.), *Attribution theory and research: Conceptual, developmental and social dimensions* (pp. 3-36). London: Academic Press.
- Mónico, L. S. (2010). *Religiosidade e optimismo: Crenças e modos de implicação comportamental*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, Psicologia Social, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra.
- Ross, M., & Fletcher, G. J. (1985). Attribution and social perception. In G. Lindzey, & E. Aronson (Eds.). *Handbook of social psychology, 2*, 73-122. New York: Random House.
- Sabini, J. (1995). *Social psychology* (2ª ed.). New York: W. W. Norton & Company.
- Sousa, E. (1993). Atribuição: Da inferência à estratégia de comportamento. In J. Vala, & M. B. Monteiro (Eds.), *Psicologia social* (pp. 141-165). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

CONTACTO PARA CORRESPONDÊNCIA

Lisete Mónico, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, lisete_monico@fpce.uc.pt

Terminalidade da Pessoa Idosa Hospitalizada: Reações e Desafios de Enfermeiras

Maria do Rosário de Menezes¹, Valdenir Almeida da Silva¹, Manuela Bastos Alves¹ Arivaldo Pereira Reis Junior¹, Ana Rita Araújo de Oliveira Borges¹ & Andrea dos Santos Souza¹

1.Núcleo de Estudos para a Valorização do Envelhecimento – NEVE, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Bahia, Brasil.

Resumo:

A enfermagem assume uma posição de destaque frente à responsabilidade pelo cuidado às pessoas idosas hospitalizadas de modo a preservar a dignidade humana nos contextos de vida e morte. Este estudo tem como objetivo analisar as reações de enfermeiras diante da morte de pessoas idosas em hospitalização prolongada. Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, realizada em um Centro Geriátrico de um hospital filantrópico de grande porte, na cidade do Salvador – Bahia em 2011. Os depoimentos foram coletados por meio de um roteiro contendo dados de caracterização sócio-demográfica das colaboradoras e perguntas abertas enfocando o relato da experiência sobre o cuidado com idosos, a identificação da necessidade de cuidados e os cuidados prestados à pessoa idosa em hospitalização prolongada. Dos discursos emergiram temas sobre a terminalidade, associados aos cuidados paliativos como fator desencadeante de angústia profissional, dificuldade em aceitar o processo de morte e perceber a morte da pessoa idosa com mais aceitação e tolerância e a morte solitária. A morte como um fenômeno que traz benefícios, como alívio do sofrimento e da dor para os idosos com enfermidades sem possibilidade de cura e em situação de hospitalização prolongada.

Palavras-chave: Idoso; Hospitalização; Cuidados a doentes terminais; Atitude frente à morte; Enfermagem geriátrica.

Resumen:

Enfermería lleva una prominente posición frente a la responsabilidad para el cuidado de los ancianos hospitalizados con el fin de preservar la dignidad humana en los contextos de la vida y la muerte. Este estudio pretende analizar las reacciones de las enfermeras en la muerte de los ancianos en hospitalización prolongada. Se trata de una investigación con enfoque cualitativo, celebrada en un centro geriátrico, un gran hospital filantrópico, en la ciudad de Salvador de Bahía, en 2011. Los testimonios fueron recogidos a través de un guión que contiene datos de caracterización socio-demográfica de colaboradores y preguntas abiertas, centrándose en la cuenta de la experiencia en el cuidado con los ancianos, la identificación de la necesidad de atención y el cuidado de la persona mayor en prolongada hospitalización. De los discursos surgieron temas sobre la terminalidad, asociados con los cuidados paliativos como un factor desencadenante de la ansiedad, dificultades para aceptar el proceso de muerte y darse cuenta de la muerte de la persona mayor con más aceptación y tolerancia y la muerte solitaria. Muerte como un fenómeno que trae beneficios, como alivio del dolor y sufrimiento de los ancianos sin posibilidad de curación de enfermedades y hospitalización prolongada.

Palabras clave: Anciano; Hospitalización; Atención a enfermos terminales; Actitud Frente a la Muerte; Enfermería geriátrica.

INTRODUÇÃO

Diante do aumento significativo da população idosa no mundo e no Brasil e do impacto que a mudança na estrutura etária tem sobre os serviços de saúde, cabe à enfermagem posicionar-se quanto à sua responsabilidade pelo cuidado de pessoas idosas. Tal cuidado deve ser pautado na continuidade, na globalidade da avaliação, na participação da família, na consideração da unicidade do ser, na otimização das capacidades individuais, na manutenção da auto-estima, da individualidade e integridade, mesmo na ausência da expectativa da cura (Carvalhais, 2011). Nesse sentido, faz-se patente que o enfermeiro, assim como os demais membros da equipe de saúde, compreenda o processo de envelhecimento de forma global para que o cuidado dispensado possa atender às necessidades específicas das pessoas idosas.

Os profissionais responsáveis pelo cuidado de idosos com doenças de maior gravidade, que não respondem mais ao tratamento curativo, devem estar cientes de que é necessário oferecer qualidade de final de vida (ortotanásia). Nesta situação a limitação ou retirada de um suporte não terá impacto na evolução da doença e que, para esses indivíduos, o prognóstico mais provável é a morte e não a recuperação do estado de saúde prévio (Santos & Bassitt, 2011; Peterson & Carvalho, 2011).

O morrer, além de caracterizar-se como um processo biológico inerente ao ser humano é também uma construção social que pode ser vivido de diversas maneiras dependendo das experiências de cada um. É importante que a morte seja concebida como um processo e que cuidar do paciente em seu momento final significa entendê-lo, ouvi-lo e respeitá-lo, proporcionar conforto e amenizar sintomas desagradáveis provocados pela progressão ou tratamento de uma doença (Fonseca, Mendes Junior & Fonseca, 2012).

Para muitos profissionais da saúde, a morte se traduz como uma experiência de insatisfação acompanhada de um sentimento de impotência, percebida como uma autoimagem negativa de fracasso profissional, quando a cura, maior objetivo de sua formação e prática profissional, torna-se impossível (Fratezi & Gutierrez, 2011).

No tocante às pessoas idosas em hospitalização prolongada, a morte ainda traz um agravante: a sua aceitação sob a égide de que se trata de um processo natural e a pessoa idosa já viveu muito. Por outro lado, a convivência com a terminalidade pode levar também ao desenvolvimento de reações de defesa pessoais como o distanciamento, a negação, a frieza e a indiferença no intuito de evitar o enfrentamento e abalos psicológicos.

Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar as reações de enfermeiras diante da morte de pessoas idosas em hospitalização prolongada.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, que foi realizada em um Centro Geriátrico de um hospital filantrópico de grande porte, localizado na cidade do Salvador – Bahia, Brasil, entre março e abril de 2011.

Teve como colaboradoras doze enfermeiras que prestavam cuidados a pessoas idosas em hospitalização prolongada no Centro Geriátrico em estudo e que atenderam ao critério definido para a inclusão de trabalhar há pelo menos seis meses no local onde foi realizada a pesquisa.

Os depoimentos foram coletados através de um roteiro contendo dados de caracterização sócio demográfica das colaboradoras e perguntas abertas enfocando o relato da experiência, a identificação da necessidade de cuidados e os cuidados prestados à pessoa idosa em hospitalização prolongada. A técnica utilizada para a coleta de dados foi a história oral temática. O projeto obteve aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) mediante parecer número 006/2011.

De posse do material proveniente das entrevistas, procedeu-se à análise em consonância com a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (Bardin, 2009). Trata-se do recorte de uma dissertação de mestrado e aqui apresenta-se aqui os dados referentes à categoria temática “Reações das enfermeiras diante da morte de pessoas idosas em hospitalização prolongada”.

RESULTADOS

A vivência do cuidado à pessoa idosa em hospitalização prolongada pode se caracterizar como uma experiência rica e desencadear nos cuidadores um sentimento de gratidão, especialmente quando o cuidado por longo tempo favorece uma maior aproximação entre o profissional e a pessoa cuidada. No entanto, no contexto da terminalidade, reações diversas podem ser manifestadas pelos cuidadores que normalmente estão habituados a cuidar para salvar vidas e não para lidar com a morte.

Esteve presente na fala das colaboradoras a revelação de sentimentos que vem à tona quando se deparam com as situações de terminalidade de uma pessoa idosa em hospitalização prolongada. Para uma das colaboradoras, uma reação comum é o sentimento de angústia, sobretudo quando a pessoa idosa encontra-se sob cuidados paliativos.

[...] tem pacientes que não tem o que fazer devido à patologia, a idade... então, a gente fica querendo fazer algo mais, mas não vai surtir tanto efeito, entendeu? Aí fica ali só os pacientes mais antigos, a gente tem uma afetividade e tal... (C 08)

Assim, bem marcante [...] são os cuidados paliativos..., sem intervenção médica, pacientes assim que não tem mais o que investir. [...] que não vai fazer procedimento invasivo [...] (C 08)

Nota-se, a partir dos excertos acima, que as reações de angústia e de dificuldade de aceitação da morte vem acompanhadas de uma certa confusão entre a não intervenção médica e a possibilidade de implementação de cuidados de enfermagem. Muito há que ser feito visando o conforto e a criação de uma atmosfera humanística e cuidativa, de compreensão e acolhimento à pessoa idosa e à sua família. Ouvir, emitir palavras que manifestem apoio, compreensão e respeito, alimentar, realizar cuidados de higiene, proporcionar conforto em um ambiente limpo, calmo, bem iluminado, são exemplos de cuidados fundamentais da enfermagem que contribuem para a dignidade humana e estão dissociados da prática médica, como pode ser exemplificado pelos excertos a seguir:

Você não vai prolongar uma vida, um sofrimento, mas você vai fazer que enquanto ele estiver vivo, ele tenha os últimos momentos saudáveis, promover uma boa alimentação; se ele não tiver condição de acesso periférico, uma hipodermóclise para fazer com que ele receba a medicação. (C 09)

Um cuidado diferenciado porque a gente vai dar uma boa qualidade de morte para aquele paciente. Não vai abandonar na enfermaria, mas a gente vai atender as necessidades dele dentro do que ele precisa naquele momento. (C 09)

Mesmo diante dos avanços na saúde, no que tange ao uso de tecnologias médicas intervencionistas, o sofrimento e a angústia decorrentes da situação de terminalidade continuam presentes. O cuidado diferenciado que deve ser prestado nas unidades de cuidados paliativos deve estar além da eliminação da dor e do sofrimento físico, devendo também ser considerado o alívio do sofrimento emocional (Porcel, 2007; Silva & Caldas, 2009).

Na sequência, a colaboradora confunde o cuidar e o curar, atrelando os cuidados de enfermagem às intervenções médicas:

Às vezes a gente quer fazer mais, mas só que fica restrita, de mãos atadas, a gente vê aquele paciente indo [...] (C 08)

Na verdade, as práticas médica e de enfermagem são interdependentes. No caso específico dos cuidados paliativos, o foco não é a cura, mas o conforto que pode ser proporcionado, visando uma morte digna.

[...] não é mais um paciente que se vê um investimento, geralmente só medidas de conforto. (C 05)

Os profissionais da saúde devem reconhecer os limites da medicina e evitar a prática da distanásia, caracterizada pelo excesso de tratamento, assim como tratamento fútil e inútil. Deve-se buscar medidas que visem o alívio e o conforto ao invés de tentarem ações que possam reverter o prognóstico e prolongar a vida à custa de sofrimento (Santos & Bassitt, 2011; Silva & Caldas, 2009).

Autores discutem que a morte atormenta os profissionais de saúde de tal monta que se configura como algo estranho ao ciclo vital, provocando aversão e negação. Arelado a esses sentimentos, ocorre que na maioria das vezes o profissional acredita que o paciente sempre tem chance de recuperação independente do estado em que se encontra (Silva *et al.*, 2009). Esse comportamento pode ser reflexo de uma formação pautada num modelo biomédico curativo, onde não há espaço para a morte (Oliveira, Quintana & Bertolino, 2010).

Por outro lado, no grupo estudado a morte também é encarada como um fenômeno que traz benefícios à pessoa idosa em hospitalização prolongada, dado o estado de sofrimento intenso e a impossibilidade de reversão do quadro clínico.

Muitos idosos com hospitalização prolongada, com sofrimento intenso e demorando muito para desencarnar. Então a gente começou a encarar a morte como uma situação que pode trazer um certo benefício para o paciente... de uma maneira menos chocante. Isso não quer dizer também que a gente não se comova com os óbitos... a gente se comove. (C 02)

No contexto hospitalar, os cuidados às pessoas sem possibilidade de cura, constituem um cenário rico para a desmistificação dos tabus, já que todos os envolvidos como familiares, pacientes e profissionais da saúde precisam então aceitar a morte como parte da vida (Silva *et al.*, 2009).

Mais recentemente passou-se a discutir sobre as facetas da morte, como a mudança dos locais de ocorrência, migrando dos seios das famílias, para a frieza do ambiente hospitalar. Na última década, o tema vem se destacando graças ao advento dos cuidados paliativos. Nessa modalidade de cuidados é inevitável que o fim da vida não seja visto como resultado de uma sequência natural.

Acredita-se que o desconforto que a morte causa nos profissionais de saúde, seja reflexo de uma abordagem insuficiente sobre o tema durante formação acadêmica (Silva *et al.*, 2009). Essa prática não se justifica apenas como um “esquecimento”, mas também como uma forma de evitar esse processo, tornando os futuros profissionais, despreparados tanto teoricamente quanto psicologicamente, para lidar com as facetas da morte (Peterson & Carvalho, 2011).

Acrescenta-se também, que o ser humano é um ser sensível a perdas, sobretudo quando relacionadas a emoções e afetos e que uma das formas de trabalhar os desconfortos é através de uma vivência espiritual mais autêntica.

CONCLUSÃO

O cotidiano da enfermagem, sobretudo daqueles profissionais que cuidam de pessoas idosas em hospitalização prolongada, é permeado pela possibilidade iminente da ocorrência de mortes. Esta, por sua vez, embora se configure como uma certeza à vida e como evento comum no ambiente hospitalar, ainda mobiliza reações emocionais diante da sua iminência.

Neste estudo identificou-se que foram mobilizados e externados sentimentos de angústia e impotência, sobretudo quando se tem como meta a cura. Por outro lado, destacou-se também uma postura das enfermeiras de aceitação da morte, principalmente quando compreendem o limite da vida e que o óbito pode de alguma forma, cessar o estado de intenso sofrimento vivido pela pessoa idosa.

A morte mobiliza nas pessoas sentimentos relacionados com as perdas e com o rompimento de laços. Para os profissionais da enfermagem, o presenciar a morte remete a questões pessoais, às próprias histórias de vida e também à própria finitude.

Acredita-se que um grande desafio para a enfermagem seja romper com a negação da morte e superar a ideia de fracasso quando não se obteve êxito com a implementação de medidas terapêuticas invasivas. Para a pessoa idosa, ainda que não haja possibilidade de cura, o ambiente e a atmosfera do cuidado prestado pela enfermagem precisa ser acolhedor e humanizado livre de intervenções que visem à abreviação ou prolongamento artificial da vida.

BIBLIOGRAFIA

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Carvalhais, M. & Souza, L. (2011). Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas. *Revista de Enfermagem Referência*. 3(3), 75-84. Recuperado a 4 de Janeiro, 2013, de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n3/v3n3a08.pdf>

Fonseca, A.C., Mendes Junior, W.V. & Fonseca, M.J.M. (2012). Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: revisão sistemática. *Revista Brasileira de terapia Intensiva*. 24(2), 197-206. Recuperado a 23 de Março, 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2012000200017&lng=pt.

Fratezi, F. R. & Gutierrez, B. A. O. (2011). Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. *Ciência e Saúde Coletiva*. 16(7), 3241-3248. Recuperado a 12 de Junho, 2013, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63019107023>.

Oliveira, G. O. , Quintana, A. M. & Bertolino, K. C. O. (2010). Reflexões acerca da morte: Um desafio para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63(6), 1077-1080. Recuperado a 23 de Agosto, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/33.pdf>

Peterson, A. A. & Carvalho, E. C. (2011). Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 64(4), 692-697. Recuperado a 23 de Março, 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000400010&lng=pt.

Porcel, M. A. (2007). Los cuidados enfermeros em los centros geriátricos según el modelo de Watson. *Gerokomos*. 18(4), 176-180. Recuperado a 4 de Janeiro, 2013, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134928X2007000400003&script=sci_arttext.

Santos, M. F. G. & Bassitt, D. P. (2011). **Terminalidade da vida em terapia intensiva: posicionamento dos familiares sobre ortotanásia**. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 23(4), 448-454. Recuperado a 12 de Junho, 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n4/a09v23n4.pdf>

Silva, G. & Caldas, C. P. (2009). Aspectos éticos da abordagem contemporânea do envelhecimento. *Arq.Ciênc. Saúde*. 2(16), 76-82. Recuperado a 13 de Novembro, 2011, de http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-16-2/ID318.pdf

Silva, K. S., Ribeiro, R. G. & Kruse, M. H. L. (2009) Discurso de enfermeiras sobre morte e morrer: vontade ou verdade? *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62(3), 451-456. Recuperado a 12 de Junho, 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/19.pdf>

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria do Rosário de Menezes, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, menezes@ufba.br.

Dinámicas familiares complejas, violencias y cuidado informal. El caso de adultos mayores y sus cuidadoras en la ciudad de México

Concepción Arroyo, Verónica Montes de Oca, Janet Juanico, Ana Luisa Sosa, Isaac Acosta, Martin Prince, Rosie Mayston, Peter Lloyd-Sherlock

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía-Universidad

Nacional Autónoma de México-King College of London

E-mail: aguaconflores@gmail.com

EJE TEMÁTICO: Calidad de vida del cuidador y la persona mayor

RESUMEN

El presente trabajo contiene resultados preliminares de un estudio más amplio sobre el impacto económico y social de la dependencia en contextos de envejecimiento. El objetivo es mostrar cómo en el proceso de cuidado familiar, las dinámicas se complejizan y la violencia surge, en torno a la vejez y la enfermedad. Esto lo mostramos haciendo un análisis sobre tres casos de ancianos y su dinámica familiar en la ciudad de México. La investigación es de tipo cualitativo y los datos se recolectaron mediante visita domiciliaria, entrevistas en profundidad y observación participante. Para analizar los datos se utilizó software Nvivo (3.0), el cual clasifica y organiza los datos en grandes temas de análisis. Resultados preliminares reflejan por un lado, que los ancianos con diferentes niveles de vulnerabilidad social cuentan con recursos familiares, socioeconómicos y emocionales para hacer frente a la problemática propia y a la de sus descendientes. Respecto al cuidado, las mujeres que lo desempeñan, aunque protestan e intentan poner límites a una desigual responsabilidad respecto de otros miembros de la familia, siguen inmersas en un contexto de violencia simbólica y desgaste emocional.

Palabras clave: envejecimiento; cuidados; violencias; dinámica familiar.

Este artigo contém os resultados preliminares de um estudo maior sobre o impacto econômico e social de dependência no contexto do envelhecimento. O objetivo é mostrar como o processo de cuidar da família, a dinâmica se tornam mais complexas e a violência surge em torno da velhice e da doença. Essa abordagem é apresentada através de uma análise de três casos de idosos e dinâmica familiar na Cidade do México. A pesquisa é qualitativa e os dados foram recolhidos através de visitas domiciliares, entrevistas e observação participante. O Software de análise de dados utilizado foi o Nvivo (3.0), que classifica e organiza a análise de dados sobre questões de grande porte. Os resultados preliminares refletem por um lado, que os idosos com diferentes níveis de vulnerabilidade social contam com recursos familiares, sócio econômicos e emocionais para lidar com os seus próprios problemas e dos seus descendentes. Sobre os cuidados, as mulheres que os desempenham, embora protestem e tentem colocar limites a responsabilidade é desigual para outros membros da família. Apresentando um contexto de violência simbólica e exaustão emocional.

Palavras-chave: envelhecimento; cuidados; violência; dinâmica familiar.

INTRODUCCIÓN

Un importante reto para las personas mayores, sus familias y sus cuidadores son las malas condiciones de salud, las situaciones de pobreza y las necesidades en torno al cuidado. Todos, personas mayores, familias y cuidadores son vulnerables a riesgos psicosociales como la falta o debilidad en las redes de apoyo institucional y familiar; esto crea un entorno adverso que los violenta y los margina como ciudadanos (Arroyo, 2010). Los participantes en este trabajo, si bien cuentan con cierto apoyo social a través de la seguridad y asistencia social, los programas de apoyo y la propiedad de la vivienda, no están exentos de conflictos económicos, al compartir sus recursos con su familia. Respecto al cuidado a las personas mayores, éste es generalmente realizado por mujeres, y se caracteriza por desigualdades y desventajas que impactan fuertemente el bienestar físico, material y emocional de las cuidadoras (Cepal, 2009; Montes de Oca, 2009; Robles, 2007; Aguirre, 2008), pues se convierten en depositarias de violencia estructural y de género, pues su posición en el mundo social las determina al desempeño de esta responsabilidad social. A esto se agregan los conflictos familiares que aparecen a partir de la misma dinámica interna y de la historia particular de sus relaciones inter e intra generacionales. El presente estudio muestra tres casos de una colonia popular de la ciudad de México, en donde la presencia de personas mayores con enfermedad crónico-degenerativa ha generado una dinámica compleja en las relaciones familiares, en la que aparecen distintos matices de cuidado, género y violencia social.

METODOLOGÍA

Este trabajo constituye la fase cualitativa de un estudio multicéntrico internacional. Se analizan tres casos de personas mayores de sexo masculino, con edades que oscilan entre 86 y 89 años; se entrevistó también a sus cuidadoras y a otros miembros importantes de la familia. Las entrevistas aunque se realizaron con una guía semi estructurada, fueron a profundidad, en donde la observación participante tuvo un papel primordial. En total se realizaron 11 entrevistas a distintos miembros de las familias de los casos participantes. Todas las entrevistas y testimonios de las personas fueron transcritas y codificadas usando NVivo (3.0), un software que permite el análisis cualitativo de cuerpos grandes de datos textuales, gráficos, audios y de video. Para asegurar el anonimato de los sujetos entrevistados, el nombre de la colonia fue omitido, todos los nombres fueron cambiados, y también hemos alterado la identificación de la información (tales como total de miembros por hogar, lugares de trabajo, direcciones de las viviendas y de centros de atención médica, y así sucesivamente), de modo que cualquier semejanza con la realidad de las personas entrevistadas es pura coincidencia.

DISCUSIÓN

El contexto socio-espacial

La colonia en la que residen los participantes es una colonia popular, con acceso a bienes y servicios urbanos y de infraestructura. La migración rural-urbana caracterizó el origen de los habitantes, los casos provienen de ciudades del interior del país, además muchas de las viviendas son propiedad de los adultos mayores, es decir, de los inmigrantes que llegaron a fundar la colonia, y se quedaron residiendo con sus descendientes. Nuestros entrevistados, quienes presentan padecimientos como epilepsia, trastornos de memoria y nefropatía entre otros, son: Samuel de 86 años, Jorge, de 89 años y Pedro, de 86 años, también migraron de otras entidades: Veracruz, Oaxaca y Tlaxcala. En cuanto a los ingresos propios, Jorge y Pedro reciben una escasa pensión contributiva a través de la seguridad social, ello por haber trabajado en el mercado formal, reciben también una pensión alimentaria no contributiva que otorga el Gobierno del Distrito Federal (GDF) por un monto mensual de \$900.00. Por su parte, Samuel tiene apoyo solamente de pensión alimentaria del GDF, pero cuenta con la renta de un local mecánico y herramienta junto a su vivienda. En general, las tres familias enfrentan dificultades económicas para otorgar la atención médica adecuada a los adultos mayores, si bien porque las instituciones de salud a las que tienen acceso no les otorgan todo lo necesario, o porque ellos confían en que una atención privada es de mayor calidad. Los adultos mayores y sus cuidadores en este trabajo, presentan una diversidad de dilemas que por su complejidad, podríamos decir que son de “segundo orden”¹; es decir,

1 En el ámbito de los problemas humanos, las soluciones intentadas para resolver un problema suelen sostener (o mejorar) el estatismo y la no evolución porque a menudo se hace *más de lo mismo* y cuanto más de lo mismo se repite, más del mismo resultado se obtiene. En cuanto al cambio de *segundo orden* surge al ejercer un cambio en el conjunto de reglas que organizan y dirigen el orden interno de la estructura de un sistema (en este caso el sistema familiar), podría decirse *un cambio del cambio*, y de ahí el término de segundo orden (Ceberio, 2006).

hay conflictos aparentes que esconden otros que son menos visibles a los participantes. En este sentido, los miembros de estas familias se aferran a soluciones para el problema “aparente”, que no sólo mantiene el problema, sino que impiden tener una respuesta más efectiva, por decirlo de otra manera, ellos hacen “más de lo mismo”. Destacan algunos temas centrales, que por su importancia, requieren de un análisis más amplio. Los describimos a continuación:

La disputa por la propiedad y el conflicto por los bienes

Las viviendas se caracterizan por tener adecuaciones, ampliaciones y recovecos en la medida de las necesidades de los que en ellas habitan (a veces hasta cuatro generaciones). Se percibe una imagen de complejidad, en donde los límites espaciales no están claramente definidos, pues si bien, cada grupo familiar cuenta con un espacio para preparación de alimentos y aseo personal, las fronteras entre uno y otro son difusas. En la vivienda de Samuel, el lugar es compartido también por animales domésticos; no se identifica qué espacio corresponde a quién y la privacidad parece ser algo inaccesible para sus ocupantes. Jorge y Samuel se enfrentan al conflicto entre sus descendientes, por la herencia de la propiedad. Los determinantes que limitan a la siguiente generación para contar con una vivienda propia, son: la falta de seguridad económica de los hijos, los altos índices de desempleo, la falta de oportunidades en el mercado de trabajo formal y un patrón de sobreprotección de los padres que se inserta en modos culturales que sostienen la idea de que *a los hijos hay que tenderles siempre la mano, o los padres siempre se sacrifican por los hijos*. En este sentido, el deber filial y la moral familiar en México son más fuertes para las personas mayores, puesto que siguen brindando apoyo a los hijos y nietos aunque éstos no cumplan con un intercambio intergeneracional (Donoso, 2006; Fericgla, 1992). Un ejemplo lo tenemos cuando Yuridia [hija de 59 años, cuidadora de Jorge], se refiere al caso de sus hermanos: *ellos como hombres, deberían tener su propia casa, sostenerse de su trabajo, no estar dependiendo de mi padre*. Vemos, de esta manera, cómo aún en contextos de pobreza, las personas que forman la generación de las personas mayores de hoy, se colocan ante sus hijos en un nivel de mayor estabilidad socioeconómica que les permite ofrecer ayuda. Aunque no exenta de conflictos, la posibilidad de acoger en la vivienda a sus descendientes es una moneda de cambio para esperar cuidados.

Cuidados informales y acumulación de violencias

Son varios los tipos de violencias alrededor del cuidado que se identifican en esta investigación. Una de ellas es la que se refiere a la violencia-maltrato que se deriva de la negligencia y el descuido hacia las personas mayores, como se muestra en el caso de Jorge: *yo creo que mis hermanos no quieren realmente a su padre, pues no se percataron de que su salud se estaba deteriorando... tanta gente viviendo ahí, y de todos no se hace uno [...], un día lo encontré con las piernas que le reventaban, les dije –cómo no lo llevaron a urgencias!, cómo es posible, entonces le dije: [a su padre] ¡pues preparas tus cosas y nos vamos!* (Yuridia, hija cuidadora). Así mismo, una manifestación de violencia simbólica es la que concierne al tema del cuidado y de las mujeres que lo desempeñan en la familia. Esta es un tipo de violencia sutil que se hace invisible a los ojos de la sociedad, de las familias y no rara vez a la mirada de las propias cuidadoras, debido a la “naturalización” del cuidado. Es decir, lo esperado en las mujeres de la familia, es que cumplan con el rol de cuidadoras de niños, enfermos y ancianos; de tal forma que ni los otros, ni ellas mismas interiorizan la violencia de género de que son objeto, lo que se muestra es la molestia, la inconformidad, el enojo, pero no se tiene la dimensión precisa de que el rol de cuidadora está determinado por un sistema patriarcal y de dominación masculina, en la que la división sexual del trabajo ubica a las mujeres dentro del hogar y a cargo del cuidado de sus integrantes, aún y cuando ellas salen a trabajar. [...] *No, pues más que nada yo, yo... yo veo a mi hermana [Pilar, de 60 años, cuidadora principal de Pedro] muy... un poquito acelerada, ¿no?, pues porque ella con su trabajo, ella es la que... todo el tiempo, hasta las horas de la noche, tomando la presión, como son hipertensos, hay que tomarles la presión en la mañana, en la noche, y pues todos estamos en nuestras casas, y ella es la única que... pues sí está como que... aceleradita, ¿no? [...] entonces, “¿sabes qué?”, a mí es la que luego me anda hablando, “¿sabes qué?, mi mamá se queda sola”, -yo le contesto:- “no te preocupes, yo voy, yo voy a verla”* (Refugio, cuidadora secundaria de Pedro, de 57 años).

Las cuidadoras en este estudio, como integrantes de familias tradicionales, adoptan un régimen “familista”² (Aguirre, 2008), en donde son las mujeres las responsables principales del cuidado a los adultos mayores. El cuidado es la tarea más extendida de la institución matrimonial y crea una rígida y tradicional división sexual del trabajo [lo caracteriza]” (Batthyany, Genta & Perrotta, 2012). El caso de Pilar es un ejemplo de lo anterior, donde además se violenta su derecho a compartir la tarea de cuidado de sus padres: *quisiera que mis hermanos apoyaran más, ellos podrían decir: -un domingo puedes ir al deportivo, y yo me quedo a cuidarlo-*. Pilar comienza a llorar cuando narra que actualmente sólo gana \$6000.00 mensuales, pues la despidieron de otro trabajo en donde contaba con un mayor ingreso; aún en esas condiciones ella sigue siendo quien más aporta económicamente para cubrir los gastos de sus padres. El caso de Yuridia, un tanto diferente dada la personalidad de esta cuidadora [quien se muestra con una actitud fuerte, segura y decidida] reacciona de manera distinta. Ella se llevó a su padre a vivir a su casa y les exige a sus hermanos colaboración económica para el tratamiento; también le ha sugerido a su padre que rente su casa para ayudarse en los gastos médicos. En el caso de Karla, la cuidadora de Samuel, quien tiene 52 años, está rodeada de distintos matices de violencia: en el pasado, ella y una de sus hijas fueron objeto de violación sexual por personas cercanas a la familia y ha tenido adicción al alcohol. Actualmente es adicta al tabaco, cursa por depresión y recibe tratamiento psicológico: *a veces siento que voy a explotar, se me empiezan a olvidar las cosas, pero sé que tengo que tener mucha paciencia, que tengo que salir adelante*. Por otra parte, la presencia de algunos robos al adulto mayor y el recelo por la propiedad, se agregan a los conflictos familiares y los agudizan. Las adicciones y la depresión están presentes en varios miembros de su familia, incluido Samuel; además, su hermana y sobrina que viven en la misma vivienda, tienen discapacidad visual y física respectivamente. Los escasos recursos económicos de esta familia de cuatro generaciones que comparten la vivienda del adulto mayor, se suman a los elementos ya mencionados para que el cuidado se constituya en un fenómeno social complejo, invisible a la mirada del Estado, de la comunidad y de las propias familias. Ello conlleva un tipo de violencia estructural, sobre todo cuando los recursos institucionales no están atendiendo las necesidades de un grupo vulnerable como éste. Las cuidadoras de los participantes en este estudio, tienen costos físicos, emocionales, familiares y sociales que se mantienen en la medida en que no se atienden las causas estructurales que los generan.

RESULTADOS

Las personas mayores que participaron en el presente estudio son varones, dos de ellos viudos y uno está casado. Los tres, hasta hace unos meses vivían en su propio hogar en compañía de varios de sus descendientes. Los montos de las pensiones que reciben, aunque precarios, les permiten cubrir ciertas necesidades básicas, aunque no así los gastos de medicamentos especializados. Es importante destacar que al ser propietarios de la vivienda, esta circunstancia les otorga la seguridad de mantenerse estables y con un rol importante para su familia. Es así que la vivienda, se constituye en una garantía de compañía, aunque no siempre de un buen cuidado a los adultos mayores. En este sentido, la disputa por el territorio en estas familias es un tema que desencadena tensión y conflictos en la relación filial y con los propios mayores. Los intentos de solución utilizados por las familias, se basan generalmente en reclamos y distanciamiento afectivo, o bien, la represión del enojo y la inconformidad, limitando así un cambio favorable en la dinámica de las relaciones.

Por otra parte, las características de las cuidadoras en este trabajo, coincide con otras investigaciones en tanto que en ellas se identifican cualidades como “ser nobles cariñosas, amables y amorosas” en su trato a las personas mayores, cualidades que no se encuentran en otros miembros de la familia; de tal modo que están destinadas a realizar todas las acciones de atención de las personas envejecidas con un padecimiento de salud crónico (Arber & Gin, 1990; Arroyo, 2010; Martorell, 1999; Robles et al. 2000: 558; Robles, 2007: 355), lo cual conlleva un desgaste emocional importante. Pilar, más callada y apegada a un modelo ideal de familia, esconde una molestia acumulada ante la falta de colaboración de sus hermanos para el cuidado de sus padres. Las tres cuidadoras desempeñan una actividad laboral precaria, con bajos ingresos, complejizando así su rol de cuidadoras. De frente a las necesidades que conlleva el cuidado a los adultos mayores, los tiempos de descanso

² En este esquema, la responsabilidad principal del bienestar y del cuidado [del adulto mayor con una enfermedad crónico-degenerativa o padecimiento silencioso] corresponde a las familias y a las mujeres en las redes de parentesco.

son mínimos y su economía se desgasta ante las necesidades surgidas. La presencia de adicciones y violencia sexual en la familia de Samuel, aunado a la falta de límites en el espacio físico y emocional predispone a que surjan manifestaciones de depresión en la cuidadora principal. El apoyo psicológico la mantiene en pie, pero éste debería ser un derecho al que aspiren todas las personas que realizan tareas de cuidado (Aguirre, 2008).

CONCLUSIONES

En los casos presentados se encuentran constantes y variables. Una constante es que los tres adultos mayores migraron de ciudades de provincia y que la mayoría de sus descendientes han sido acogidos en la vivienda del progenitor. Sus condiciones son precarias y existe una reproducción de pobreza generacional. Se puede concluir que la violencia de tipo estructural apunta a debilitar a la población mayor y sus familias. Una constante más es el conflicto familiar que se deriva por la herencia de la propiedad y los escasos bienes de la persona mayor. La falta de oportunidades laborales y los escasos ingresos económicos en los descendientes plantean un futuro incierto para las próximas generaciones de personas mayores en nuestro país.

Las distintas formas de violencia (estructural, simbólica y negligencia) que se presentan en los casos, favorecen un clima de tensión en las relaciones familiares que afecta principalmente a las propias personas mayores y a sus cuidadores. Se requiere, que desde los propios protagonistas de estas historias, hasta los tomadores de decisiones se planteen nuevas y diferentes formas de pensar y de resolver los dilemas que surgen en torno a la familia, la vejez y el cuidado, y dejar de hacer “más de lo mismo”.

REFERENCIAS

- Arber, S. & GIN, J. (1990) *Gender and Later Life: a sociological analysis of resources and constraints* (pp. 240). London: SAGE Publications,
- Arroyo, M.C. (2010) “El cuidado en la vejez avanzada: Escenarios y tramas de violencia estructural y de género”, *Iberoforum V*, (10),1-121.
- Batthyany, K., Genta, N., & Perrota, V. (2012). La población uruguaya y el cuidado: Persistencias de un mandato de género. Encuesta nacional sobre representaciones sociales del cuidado: Principales resultados. *Serie Mujer y Desarrollo*, (117), 49-62.
- Ceberio, M. (2006) *La construcción del universo. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. Barcelona: Ed. Herder.
- Cepal (2009) Impactos de la dinámica demográfica sobre las generaciones y los cuidados en el marco de la protección social. En *Panorama Social de América Latina 2009*, cap. V. Santiago de Chile: CEPAL-ONU.
- Donoso, R. (2006) Ancianos y ciudad *Revista de Sociología 20*, 177-190.
- Fericgla, J. M. (2002). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Herder.
- Martorell, M.A. (1999) *Los recuerdos del corazón. Vivencias, prácticas y representaciones sociales de cuidadores familiares de personas con Alzheimer*. Tesis de doctorado en Antropología Médica. Tarragona: Universidad Rovira I Virgili.
- Montes de Oca, V. (2009) Dependencia funcional en las personas adultas mayores: la familia frente al envejecimiento, en *Textos y contextos del envejecimiento en México: Retos para la familia y el Estado*, **coordinado por Manuel Ribeiro y Sandra Mancillas, pp. 63-83. México: Plaza y Valdés, UANL.**
- Robles, L. (2000) La designación de cuidadoras de padres enfermos: La ultimogenitura femenina en un sector popular urbano de Guadalajara. En Robichaux, D.. *Familias mexicanas en transición: Unas miradas antropológicas* (pp. 353-369). México: Universidad Iberoamericana.
- Robles, L. (2007) *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos*. Guadalajara: Editorial Universitaria.

La fe como propuesta de bienestar en la vejez

Felipe R. Vázquez Palacios

Fac. de Enfermería. Universidad Veracruzana
fevaz@msn.com fvazquez@uv.mx

Resumen

La pregunta central que guía el desarrollo de este trabajo es: ¿cómo las personas de edad avanzada construyen su bienestar a través de su fe, especialmente ante la complejidad de sus problemas y necesidades más frecuentes? Muestro con base en el trabajo de campo, cuatro de los aspectos en que las experiencias religiosas más inciden en el bienestar de los adultos mayores. 1) En la salud y la fuerza, 2) En el aprovisionamiento de sus necesidades 3) En el sentido y el significado y 4) En la seguridad y esperanza. Concluyo diciendo que a través de la fe, es posible construir una propuesta de bienestar en la vejez desde los mismos actores sociales que permita una mejor calidad de vida.

Resumo

A pergunta central que oriente o desenvolvimento deste trabalho é: Como as pessoas idosas constroem o seu bem-estar através da fé, tendo em conta a complexidade de seus problemas e necessidades mais frequentes? Apresento em base do trabalho de campo quatro dos aspetos que mais afetam as experiências religiosas no bem-estar dos idosos. 1) Na saúde e na força; 2) No colmatar das suas necessidades; 3) No sentido e significado e 4) Na segurança e esperança. Concluo dizendo que, por meio da fé, é possível construir uma proposta de bem-estar na velhice a partir dos mesmos atores sociais que permite uma melhor qualidade de vida.

Introducción

Como analistas sociales pocas veces relacionamos toda la narrativa de la vivencia religiosa. Por lo general, oímos sus relatos, describimos sus conversiones, ponemos atención a cómo satisfacen o solucionan sus necesidades muchas de ellas mezcladas con situaciones milagrosas, pero que nosotros no ligamos con el plano simbólico y divino y su trascendencia que tiene en sus vidas. Pensamos que estas experiencias, pertenecen únicamente a la vida interior de nuestro informante y que como analistas sociales no está en nuestro quehacer científico, el ir más allá, como el neutralizarlas o el querer quitar, lo cierto y lo útil que es para cada creyente este aspecto. La mayoría de las veces, todo esto es pasado por alto, por que se estima inaccesible o irrelevante para el análisis antropológico. Hacemos antropología de la palabra, pero no hacemos antropología de la palabra ligada a una acción y lo que esta implica en la vida del creyente.

Debido a la situación socioeconómica y de salud en la que se encuentran la mayoría de las personas en edades avanzadas, podríamos pensar que son el grupo etario que más amenazas tienen en cuanto a su bienestar.¹

¹ Es importante tener en cuenta que el bienestar ha sido definido de múltiples formas, debido a la dificultad por comprender los sentimientos de satisfacción material e inmaterial de los individuos. Para manejarlo los estudiosos han usado variables objetivas y subjetivas entendiendo por bienestar, la satisfacción de las necesidades básicas. (Sen, 2000); otros, lo han concebido como la evaluación que hace el individuo de su situación a partir de la utilidad o satisfacción que le genera el consumir determinado bien o servicio (Van Praag, citado por García, 2008). Algunos otros (Desai, citado por García 2008), lo han comprendido como el aumento de capacidades y funcionamientos; dando prioridad a lo que pueda realizar la persona más que la posesión de bienes o recursos. Otros (como Gamboa, también citado por García, 2008), lo han definido con base en las condiciones de vida (educación, salud, servicios). Recientemente lo han definido con base en el nivel de placer experimentado bajo la forma de sentimientos, emociones (humanas y religiosas) y estados de humor entre otros. Liberalesso (2002).

Ya que al aumentar la edad, disminuyen los ingresos económicos así como el riesgo de experimentar enfermedades crónicas y/o, accidentes. Pero las condiciones socioeconómicas y de salud, no abarcan todo lo que es el bienestar. Existen otras variables que aluden constantemente los adultos mayores como: apoyos sociales, compañía, control, autonomía, autorrealización, placer, amor, plenitud, entre otras, y que autores contemporáneos las han incluido dentro de la variable: felicidad, como el objetivo primordial de la vida.

Objetivo del estudio

El propósito de este estudio es entregar herramientas y reflexiones que sirvan para incrementar la efectividad de las políticas de vejez, especialmente en lo que se refiere a nuevas formas de concebir el bienestar y lograr una realización más plena sobre el mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores.

La Meta y el ámbito de la investigación

Deseo con este trabajo contribuir en la investigación cualitativa sobre el tema del bienestar y la vejez, situándonos en medio del actuar de las prácticas habituales sobre todo en contextos donde la marginación, la pobreza, el arduo trabajo y el enorme esfuerzo físico desde temprana edad han dejado sus marcas; donde las carencias de coberturas institucionales y de apoyos gubernamentales (como créditos, programas asistenciales, servicios médicos y educación), han generado pocas alternativas económicas y expectativas de vida; provocando un ambiente continuo de escasez de recursos básicos y una constante inseguridad, angustia y temores que se viven en forma personal y colectiva de manera permanente; principalmente donde la desigualdad y la discriminación es el pan de cada día a nivel familiar e individual; o bien, donde los cambios ocasionados en el interior de la estructura familiar por la falta de trabajo y la migración, han aumentado las necesidades y problemas más apremiantes en las personas de la tercera edad. Pero también, donde han tenido que organizarse y luchar por sus demandas, especialmente por los altos costos en salud, cuidado y subsistencia; esforzándose por entender la dinámica de su localidad y el modelo de desarrollo, así como la forma en que pueden adaptarse y enfrentarse a un futuro cada vez más incierto; organizando conjuntamente con sus tradiciones, costumbres y creencias religiosas, seguridades inéditas, relaciones concretas para su aquí y ahora, que den sentido e identidad a la existencia, que mitiguen el sufrimiento y mantengan una cada vez lejana, pero a veces, muy esencial esperanza de un mejor porvenir.

Metodología

Esta es una investigación cualitativa de corte antropológico cuyos datos etnográficos están basados en 100 encuestas aplicadas a personas de más de 60 años en 10 localidades rurales del centro de Veracruz México. En cada lugar tuve un mínimo de 10 informantes claves. Personas que habían vivido por más de 20 años en el mismo lugar y tenían una visión amplia de su localidad y su población. Se trató en la mayoría de las ocasiones de entrevistar igual número de hombres y mujeres, repartidos en dos rangos de edades de 60 a 75 y de 75 y más años. Todos creyentes fieles por lo menos, en los últimos cinco años de su vida. Con una percepción económica por debajo de los cinco salarios mínimos (3.50 dólares por día).

Los informantes entrevistados presentaron características sociodemográficas heterogéneas. Como era de esperar, la religión mayoritaria fue la católica 66%. El 24% se adscribieron a otras religiones como adventistas, asambleas de Dios, pentecostales y testigos de jehová. 10% fueron creyentes sin denominación. Es de destacar con respecto a la importancia de su fe, que el 76% del total de los entrevistados, declararon que ésta se había vuelto más significativa ahora que rebasaban los 60 años, que cuando eran más jóvenes; aunque es curioso que sólo el 71% de los informantes declaró encontrarse satisfecho con su religión actual. Poco más de la mitad 56%, reportó asistir sólo 1 vez a la semana a las actividades culticas; en tanto que 34%, asisten menos de 3 veces al mes o no asisten; principalmente por problemas de salud, por no tener quien los lleve y por un bajo grado de adoctrinamiento religioso. El 76% reportaron orar y/o rezar cotidianamente; poco más de la mitad 54%, oran o rezan al menos una vez al día; el resto lo hacen 3 veces por lo menos. Muy relacionado con esta práctica se encuentra el hábito de ayunar sólo el 3% lo hace. En cuanto a las diferencias significativas entre católicos y no católicos, se encontró que la frecuencia con que oran es más visible en los no católicos; lo mismo sucede en relación con la lectura de la biblia y el ayuno, la asistencia a la iglesia, la visitación a enfermos, evangelización y en la responsabilidad y compromiso con el grupo.

El trabajo de campo se realizó en 2011 durante seis meses. Yo llegaba a las congregaciones religiosas y preguntaba quiénes eran los creyentes más representativos o los fundadores de la iglesia. Posteriormente, me acercaba a platicar con ellos y seleccionaba a los ancianos que mostraban más disposición a platicar conmigo, especialmente al final del culto, y luego los visitaba en sus casas y les explicaba el propósito de mi visita. Si ellos me aceptaban, me quedaba a conversar y si el tiempo no nos alcanzaba, acordábamos una cita para otro día más o me hacía el aparecido con unas galletas para poder platicar nuevamente. Otras veces me introduje a la intimidad del anciano por medio de algún miembro de la familia, ya que los ancianos se encontraban enfermos o imposibilitados para salir. Fue así como pudieron compartir conmigo muchas anécdotas de su juventud y edad adulta; en especial, las relacionadas con su papel en la iglesia y su experiencia a raíz de la conversión religiosa. Requerí de varias horas para escucharlos. Algunas de estas conversaciones fueron por más de dos horas: algunas veces sólo hablábamos del tema que más me interesaba, pero las más de las veces, platicábamos de temas tan diversos como el estado del tiempo y las características del más allá. A veces los dejaba platicarme lo que quisieran, para motivarlos a responder a mis interrogantes. Sólo en contadas ocasiones las conversaciones fueron muy cortas, porque una enfermedad impedía a los informantes concentrarse en la plática o no oían y yo tenía que hablar muy fuerte para poder comunicarme con ellos. Conforme el tiempo pasaba y mis visitas eran más frecuentes, el ambiente se tornaba más propicio y mis preguntas eran más profundas. De esta manera llegó a establecerse entre ellos y yo un sentimiento de afecto entrañable, que les hacía a ellos verme como hijo y a mí verlos como padres.

Las creencias religiosas y el bienestar

Parto de que las personas de más edad manifiestan tener un mayor apego a sus prácticas y creencias religiosas² y ello, conlleva a construir y manifestar mayores sensaciones de bienestar independientemente de su situación, pues la fe les ayudan a sobrellevar la vejez como una construcción donde se entretienen elementos cotidianos, naturales y divinos. Todos ellos se expresan a través de un cúmulo de experiencias objetivas y subjetivas que se van insertando íntimamente en los modos y estilos de vida, dando significado y sentido a la existencia.

Concibo las prácticas y creencias religiosas como un capital simbólico sustentado en la fe en Dios, que requiere del esfuerzo y la práctica constantes, así como del conocimiento de la experiencia colectiva a la que aluden pasajes bíblicos, testimonios y experiencias religiosas, de “otros” que se encontraron en las mismas o en peores condiciones y encontraron una respuesta al porqué y para qué vivir; además de lograr mantener una sensación de refugio, consuelo, consejo, compañía, seguridad, salud, plenitud, ya que se sabían apoyados o protegidos por un Dios.

En la construcción del bienestar los adultos mayores aludieron a 4 aspectos en que las experiencias religiosas más inciden en el bienestar:³

- 1) En la Salud y fuerza, que va más allá de la ausencia de enfermedades y del bienestar físico. En cuanto a la fuerza, esta no solo es física, sino de voluntad, para dejar vicios, actitudes negativas, ser fuerte a las tentaciones, es la fuerza que sirve para vencer las vicisitudes de la vida. Fuerza y salud las engloban en el término: “una vida plena, abundante”.
- 2) En el aprovisionamiento, de sus necesidades, las cuales no son sólo materiales y/o económicas, sino socioculturales, de valores y principios, así como espirituales.
- 3) En el sentido y significado a la vida, en donde se proveen de una “guianza” que da estructura y coherencia a la vida, poniendo orden y sentido existencial, así como trascendencia.
- 4) En la seguridad y la esperanza, en un mundo tan convulsionado y violento, así como en una etapa de la vida en que es difícil mantenerse bien, es indispensable confiar y tener esperanza en algo o alguien que pueda dar protección que esté a nuestro lado.

2 McFadden (1995), evidencia a la población anciana como la de más alto nivel de compromiso religioso y con una participación más frecuente en actividades religiosas que las personas de otras edades. Según él, debido a que en la vejez son mayores los problemas de salud, económicos y sociales que se deben enfrentar. Se adentra en analizar como los ancianos construyen sus personales significados y como integran las creencias y prácticas religiosas a sus vidas. Es útil agregar que sólo el 50% de los que no asisten a actividades religiosas es debido a problemas de discapacidad física o problemas de salud que se los impide, destacándose personas de 75 años y más.

3 Elison (1991), hace un estudio sobre el involucramiento religioso y su repercusión en el bienestar de las personas adultas, encuentra 4 formas principales de incidencia: 1) mediante la integración social y apoyo; 2) mediante el establecimiento de relaciones personales y divinas; 3) mediante la provisión de sistemas de significado y coherencia existencial y 4) mediante la promoción de patrones de organización religiosa más específicos a sus estilos vida personales.

De acuerdo a nuestra información, en estos cuatro aspectos se encuentra el núcleo del bienestar del adulto mayor. Su bienestar físico, económico, espiritual, familiar y consigo mismo. Veamos algunos ejemplos de ello, y la manera en que se construye el bienestar.

De acuerdo a la investigación cualitativa, la religión fomenta la reflexión retrospectiva para reconstruir la vida, fomentando las expectativas bajo la forma de esperanzas a partir del creer en el actuar divino. En la medida en que se va avanzando en edad, según nuestros informantes, lo “cotidiano” (alimentarse, vestirse, asearse, ser el soporte económico, cuidar la vivienda, atender a la familia) pasa a ser reinterpretado y vivido de distinta manera, y en especial, cuando se está más en contacto con las prácticas y creencias religiosas, ya que los creyentes ancianos/as construyen sus expectativas pensando en el actuar divino, proveyéndose de significados y experiencias que les proveen bienestar.⁴

La construcción del bienestar se lleva a cabo en tres movimientos: uno hacia dentro, cuando se experimenta el regalo de Dios en el cuerpo cansado, agotado, enfermo: especialmente en el corazón y en la mente; cuando el creyente se siente dotado de energías, de paz interior, armonía consigo mismo y, sobre todo, de amor. Este movimiento es el que más exaltaron los informantes.

El segundo movimiento es hacia fuera, con “el prójimo”, cuando se descarga todo el arsenal espiritual que se ha recibido: entonces se ayuda al necesitado, se visita al enfermo, se dan consejos al que está en problemas, se asiste al que no tiene qué comer, etc. A menudo en este segundo movimiento es cuando se muestra el grado de bienestar que la persona experimenta.

El tercer movimiento es hacia arriba, con la divinidad, y es consecuencia de los dos anteriores. Aquí se trasciende hacia una dimensión espiritual que conecta el espíritu del creyente con Dios, gracias a lo cual se supera cualquier dificultad humana: no tener miedo a la muerte, alabar a Dios a pesar del dolor, estar gozoso, fortalecido, a pesar de la tristeza o la pena. Es aquí a donde los informantes manifestaron el mayor grado de bienestar y felicidad. “la plenitud.”

El bienestar construido de esta manera, se percibe como un plus en la vida humana, como un principio de transformación personal e interpersonal,⁵ experimentando una sensación de plenitud, integridad y trascendencia con uno mismo, con los demás y con la divinidad.

En esta sensación de bienestar, el creyente articula experiencias pasadas --no sólo de él, sino de personajes bíblicos y creyentes virtuosos-- con su realidad cotidiana, y se proyecta al futuro correlacionando e interconectando el significado de su vida con su experiencia religiosa personal.

En esta sensación de bienestar, se experimenta una práctica positiva de integración, capacidad y restauración, que finalmente resuelve la tensión causada por la soledad, abandono, marginación, etc. Estableciendo una conexión no sólo con los están vivos, sino con los que están en el más allá, especialmente con Dios, alejando o mitigando los temores y dando continuidad al bienestar en la existencia y en el más allá.

Ahora, hay que tener presente que el sentimiento de bienestar, si bien no siempre es real, es aceptado y adaptativo. Las personas mayores, demostraron tener un alto grado de satisfacción con sus vidas, así como una mayor concientización de sus posibilidades y limitaciones. Obviamente, encontré información en el sentido de que él no cumplir con las prácticas y creencias religiosas, es la razón por la que a veces no obtienen un grado alto de bienestar. Por ello, resulta imprescindible el llevarlas a cabo.

4 Los adultos mayores construyen expectativas a partir de creer en el actuar divino. Es curioso ver como en los últimos años, se ha incrementado el universo de Santos que amortiguan las angustias y miedos particulares. Frente a la angustia, la soledad, la enfermedad, la incertidumbre, la religión fomenta las expectativas bajo la forma de esperanzas. Deseos canalizados en probabilidades que de no cumplirse, no causarían una ruptura. Las prácticas y creencias religiosas fomentan la reflexión retrospectiva para reconstruir la vida, sin tragedia por el futuro.

5 Las creencias y prácticas religiosas, como bien apunta Pittard (1994:19), dan conexión, integración e integridad al creyente.

Resultados

Considero imprescindible plantear el bienestar desde las experiencias religiosas. Sobre todo en una “sociedad de riesgo” Giddens (1999);⁶ donde la salvación del alma esta estrechamente ligada al bienestar material.⁷

La investigación encontró que independientemente de la situación en la que se encuentren los adultos mayores, edad, sexo, condición económica, redes sociales, etcétera, existe la posibilidad de vivir la vejez plenamente, sintiendo felicidad, satisfacción, gusto por la vida, buscando un significado último de todo lo que nosotros hemos sido y hemos experimentado a través de nuestra propia existencia;⁸ Hay que tomar en cuenta que la esperanza y el bienestar en la vejez no se derivan de los aspectos biológicos, económicos y sociales, sino la mayor parte de las veces en la posibilidad de creer en un Dios, creador de todo cuanto existe, que es el principio y el fin. Pese, a que esta capacidad humana del creer sea cada vez más inhibida por la modernidad, la cual ha construido y reconstruido los sistemas tradicionales del creer, pero que afortunadamente no ha vaciado el creer.

Conclusiones

Para quienes son creyentes, el encuentro con la trascendencia interpela necesariamente la fe. Se cuestiona el protagonismo que se da a Dios en la historia y hasta qué punto se deja que la vida esté sustentada en la divinidad. Se hace ver que allí donde terminan nuestras posibilidades, empiezan las de Dios. Y se espera que si se baja del tren de la autosuficiencia y la omnipotencia, o de la frustración y las insatisfacciones por no haber logrado lo que se buscaba en la vida, allí estará Dios esperando para sustentarnos.

“Doña Inés de 68 años me leyó Isaías 46:4 cuando platicamos sobre este tema, que dice: “Aun en la vejez, cuando ya peinen canas, yo seré él mismo, yo los sostendré. Yo los hice, y cuidaré y los sostendré y los libraré.”

El sueño que tienen los viejos que entreviste es terminar la vida como Abraham, Gedeón o como David “en buena vejez, lleno de días, riquezas y gloria...” (1 Crónicas 29:28). En este contexto, veo con buenos ojos que los creyentes formulen proyectos de fe, para seguir dándose un sentido esperanzador y proveerse del mayor bienestar posible para sus vidas.

Bibliografía

Christopher, E. G. (1991). “Religious Involvement and Subjective Well-Being” en *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 80-99. Duke Univesrsity

Fábregas Piug, A. (1989) “El estudio antropológico de la religión” In: Carlos Guzmán, F.A.Fábregas & et al. *Religión y sociedad en el sureste de México*. (pp.3-21) México: Ciesas.

García Benítez, J. C. (2008) “Análisis del bienestar de los adultos mayores en México.” *tesis de maestría en población y desarrollo*. México: En FLACSO

Giddens, A. (1999) “Riesgo y responsabilidad” en *Revisión moderna de la ley*, 62(1), 1-10. España. Recuperado a 19 de Janeiro, 2012, de http://www.multilingualarchive.com/ma/enwiki/es/Risk_society

Neri, A. L. (2002) “Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez. Hacia una psicología positiva en América latina”. *Revista Latinoamericana de psicología*. 34(1-2). 55- Brasil:Universidad Estatal de Campinas.

Payne, B. P. & McFadden, S. H. (1994). “From loneliness to solicitude: Religious and spiritual journey in late life”, In: Thomas, E. & Eisenhandler, S.A. *Aging and the religious dimension*. (p.p. 13-28). Estados Unidos;

Sen, A. (2000) *Desarrollo y Libertad*. España: Editorial Planeta.

⁶ Giddens (1999), sostiene que se vive en una “sociedad de riesgo” que implica una actitud de cálculo hacia nuevas formas de acción, tanto favorables como desfavorables, con las que nos enfrentamos continuamente individual y de forma colectiva. Es una sociedad preocupada cada vez más con el futuro y la seguridad, resultado del proceso de la modernización sí mismo, alterando la organización social.

⁷ Cabe señalar que en la modernidad ya no es el individuo el que controla sus incertidumbres, tampoco es Dios o la naturaleza. Ahora, es un mundo de signos, símbolos, sistemas que sólo los expertos pueden manejarlos.

⁸ Erikson decía que la tarea en la parte última de la vida era la lucha entre la integridad y la desaparición.

Prestadores de cuidados familiares de pessoas em fase terminal Estratégias de supervisão

Maria João Cardoso Teixeira¹, Wilson Abreu², & Nilza Costa³

1. Centro Hospitalar São João Porto; Doutoranda na Universidade de Aveiro

2. Escola Superior de Enfermagem do Porto

3. Universidade de Aveiro

Resumo:

Este artigo descreve a primeira fase de estudo que está a ser desenvolvido como objetivo identificar as atividades realizadas pelos prestadores de cuidados familiares de pessoas em fase final de vida no domicílio, para posterior construção de um programa que ajude os enfermeiros na supervisão desses mesmos prestadores de cuidados. O objetivo do estudo é facilitar o exercício de papel de prestador de cuidados e contribuir para um impacto positivo não só para o prestador de cuidados familiar, mas também na pessoa em fase final de vida e outros membros da família. Face a intenção do estudo, optou-se por uma abordagem qualitativa, cariz etnográfico de acordo com a metodologia de Spradley. Da análise de conteúdo emergem três grandes dimensões: atividades que realizam; necessidades percecionadas e problemas não percecionados mas fundamentais para o exercício de papel. Estas duas últimas dimensões subdividem-se em dois grandes domínios: défice de conhecimento e défice de competências instrumentais. É nestas dimensões que o programa de supervisão vai assentar de forma a permitir um cuidar efetivo por parte dos prestadores de cuidados familiares.

Palavras-chave: Prestador de cuidado familiar; Supervisão; Pessoa em fase terminal; Domicílio

Resumen:

En este artículo se describe la primera fase del estudio que se está desarrollando cuyo objetivo es identificar las actividades realizadas por los cuidadores familiares de personas en las etapas finales de la vida en el hogar, y más tarde construir un programa que ayuda a las enfermeras en la supervisión de estos mismos proveedores de cuidados. El objetivo de el estudio es facilitar el ejercicio de la función de lo cuidador familiar y contribuir a un impacto positivo no sólo en el cuidador familiar, pero también la persona en las etapas finales de la vida y otros miembros de la familia. Face del estudio, se decidió un enfoque cualitativo, orientado de acuerdo con la metodología etnográfica de Spradley. El análisis de contenido emergen tres grandes dimensiones: las actividades que realizan; necesidades percecionadas y problemas no percecionados pero fundamentales para ejercer el papel. Estas dos últimas dimensiones se dividen en dos grandes dominios: la falta de conocimiento y la brecha de habilidades instrumentales. Son estas dimensiones que el programa de vigilancia se basará en el fin de permitir una atención eficaz por parte de los cuidadores familiares.

Palabras clave: Cuidador familiar; Supervisión; Person com enfermidade terminal; Hogar

INTRODUÇÃO

Este artigo emerge da primeira fase de um estudo mais amplo no âmbito do Doutoramento em Educação da Universidade de Aveiro, ramo de supervisão. O mesmo visa conhecer as atividades realizadas pelos prestadores de cuidados familiares de pessoas em fase final de vida em contexto domiciliário aquando do exercício do papel. A partir dos dados obtidos pretende-se construir um programa de intervenção que permita aos enfermeiros realizarem uma supervisão mais efetiva destes mesmos prestadores de cuidados.

A pertinência deste estudo surge da exponencial necessidade de cuidados de saúde, resultante do aumento progressivo da esperança média de vida, do número de pessoas portadoras de patologias de evolução prolongada e potencialmente fatal (Portugal, 2006). Estima-se que o número de pessoas com mais de 65 anos vai duplicar nos próximos 40 anos, passando de 17% em 2005 a 30% em 2050 (Anderson, Mikulić, Vermeylen, Lyly-Yrjänäinen, & Zigante, 2009).

Na União Europeia (27 países), 3% das pessoas afirma tomar conta de um idoso ou pessoa com incapacidade várias vezes por semana, 4% uma vez ou duas vezes por semana e 8% menos de uma vez por semana (Anderson et al., 2009). Em 2005 estimou-se serem 19 milhões os prestadores de cuidados informais com mais de 25 anos e, destes, 9 milhões prestavam pelo menos 35 horas de cuidados por semana. Estima-se que em 2030 que sejam 21,5 milhões de prestadores de cuidados familiares com mais de 25 anos a prestar cuidados pelo menos 20 horas semanais e 10,9 milhões a prestar cuidados pelo menos 35 horas semanais (Glendinning, Arksey, & Tjadens, 2009).

Historicamente, maior parte dos cuidados domiciliários são fornecidos pela família e amigos e assim tem permanecido, sendo múltiplos os motivos que levam os cuidadores informais familiares a assumirem o papel, tais como: obrigação de cuidar devido as normas sociais, pelos laços de afeto, por obrigação, por pena ou altruísmo. A família deve ser ativamente incorporada nos cuidados prestados e, por sua vez, ser ela própria alvo dos cuidados, apoio psicossocial e ocupacional, de forma a minimizar essas consequências e a melhorar a qualidade de vida da pessoa em fase final de vida (Payne, 2010).

Todavia, são escassos os estudos que tenham como objetivo saber quais as atividades e reais necessidades destes prestadores de cuidados familiares, quando não possuem suporte de equipas de cuidados paliativos no contexto português.

Este artigo visa sintetizar a primeira fase do estudo, a recolha de dados sobre as atividades desenvolvidas e os défices de conhecimento e competências instrumentais percecionados ou não pelo prestador de cuidados familiares em contexto domiciliário. A recolha de dados decorreu num concelho do Norte, após autorização do Concelho de Ética da Administração Regional da Saúde do Norte (ARS Norte).

METODOLOGIA

Tendo em conta o problema e os objetivos do estudo optou-se por um estudo qualitativo de natureza etnográfica em contexto domiciliário, numa abordagem longitudinal. A seleção dos participantes foi intencional através de informantes privilegiados, os profissionais de saúde da unidade de saúde da área aprovada pela ARS Norte. Foram seguidos todos os princípios éticos subjacentes a investigação, nomeadamente a obtenção do consentimento informado.

Tratando-se de uma etnografia, a observação participante foi a técnica mais utilizada. Com este tipo de observação pretende-se observar as atividades das pessoas, características físicas da situação social e dos aspetos que fazem parte do cenário em estudo (Spradley, 1980). Complementou-se a recolha de dados com entrevistas semiestruturadas e notas de campo, de forma a possibilitar a triangulação de dados.

ANÁLISE

Os dados foram obtidos através da análise de conteúdo e respetiva categorização de acordo com Bardin (2009), utilizando o programa WebQDA (Azeem & Salfi, 2012), dada a complexidade de informação existente. Esta ferramenta permitiu o desenvolvimento de uma estrutura hierárquica de codificação, possibilitando o acesso à informação com rapidez e rigor. Para a descrição da codificação utilizamos Classificação internacional para a prática de enfermagem – versão 2013.

RESULTADOS

No nosso estudo, a causa subjacente a fase final de vida é a doença de Alzheimer, o que contrária a maioria dos estudos consultados na área dos cuidados paliativos, cuja causa é neoplásica (Braithwaite et al., 2011; Hudson, Remedios, & Thomas, 2010; Witkowski & Carlsson, 2004). A maioria dos PCF são mulheres, o que vai de encontro com os estudos anteriormente mencionados (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos participantes

Caraterização dos prestadores de cuidados familiares (PCF)	Total	Caraterização da pessoa em fase final de vida	Total
Idade - Média em anos e meses	58,9	Idade - Média em anos e meses	84,3
Sexo		Sexo	
Feminino	9	Feminino	8
Masculino	1	Masculino	2
Parentesco		Doença subjacente a dependência	
Conjuge/companheiro	1	Alzheimer	7
Filha(o)	5	Neoplasia	2
Nora/genro	2	Doença osteoarticular degenerativa	1
Sobrinha(o)	1	Grau de dependência nos autocuidados	
Irmão/irmã	1	Dependente em grau elevado	8
Co habita com a pessoa em fase final de vida		Dependente em grau moderado	1
Sim	8	Dependente em grau reduzido	1
Não	2	Tempo de necessidade de cuidados - média em anos	8 anos
Situação atual de emprego			
Desempregada(o)	6		
Reformada(o)	2		
Domestica/ nunca teve um emprego	2		
Tempo de prestação de cuidados - média em anos	8 anos		

As razões para a assunção do papel passam pelo dever/obrigação, pena, disponibilidades até ao sentimento profundo de reciprocidade.

Estes prestadores de cuidados familiares realizam múltiplos cuidados, principalmente ao nível da assistência no auto cuidado: higiene; uso o sanitário (trocar fralda); alimentar-se; arranjo pessoal; papel recreativo; vestir/

despir; posicionar; erguer-se; sono-reposo; gestão do regime de tratamento complexo (medicamentoso e dietético); promover a independência da pessoa que cuidam.

Também assistem ao nível da prevenção de complicações: quedas; úlceras de pressão; aspiração; rigidez articular; desidratação; pé equino; maceração; eritema pelas fraldas; controlo de sintomas; e fuga.

Outros tomar conta emergem nas atividades que realizam diariamente: cuidar dos netos, irmão, pai, filhos e marido. Concomitantemente, acumulam a função de gerir a casa (cozinhar, arranjar a casa, tratar da roupa, gerir as finanças), prover as necessidades (fazer as compras e cultivar), cuidar de animais doméstico e gerir consultas.

Apesar dos PCF terem a perceção de que necessitam de aquisição de conhecimento e competências instrumentais, fica evidente a não consciencialização de muitas outras competências que devem possuir para a prestação de cuidados. Muito deles pensam que estão a realizar os cuidados de forma correta até serem informados da forma mais adequada (Tabela 2). Fica patente a necessidade de supervisão por parte dos profissionais de saúde, para a realização do papel de prestador de cuidados seja efetiva.

Tabela 2 - Problemas percecionadas e não percecionadas pelos PCF:

PCF - TOMAR CONTA		
PROBLEMAS	PERCECIONADAS PELOS PCF	NÃO PERCECIONADAS PELOS PCF
Conhecimento	Défice de conhecimento sobre prevenção de quedas <i>"Mas é assim, não tem tanta segurança, não é assim?" Risco de queda (PCF 4, Entrevista 1)</i>	Défice de conhecimento sobre a doença <i>"Em relação ao futuro, tem receio de que a mãe venha a necessitar da sonda nasogástrica. Pensa que não vai ser capaz de cuidar da mãe." (PCF 8, Observação 1)</i>
	Défice de conhecimento sobre o processo de morrer com dignidade <i>"Em relação ao futuro, tem receio de que a mãe venha a necessitar da sonda nasogástrica." (PCF 8, entrevista 1)</i>	Défice de conhecimento sobre o regime dietético <i>"As refeições consistem em papas feitas com água, massa e arroz muito bem cozido, sopa bem passada. - Défice proteico" (PCF 10, observação 2)</i>
	Défice de conhecimento sobre o processo patológico <i>"Não estava preparada que fosse assim então pouco tempo." (PCF 3, entrevista 1)</i>	Défice de conhecimento sobre prevenção de contaminação <i>"Tira a camisola e lava as costas com a água suja com fezes." (PCF 2, observação 1)</i>
	Défice de conhecimento sobre prevenção do pé equino <i>"Que é para a roupa não dobrar o pé e não fazer o que nós chamamos pé equino." (PCF 6, entrevista 1)</i>	Défice de conhecimento sobre o luto disfuncional <i>"Sinto-me pior, porque estou mesmo sozinho." - após morte da esposa" (PCF 5, entrevista 2)</i>
	Défice de conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso <i>"Não tem médica de família e não sabe como resolver as questões da medicação." (PCF 1, observação 2)</i>	Défice de conhecimento sobre linhas de apoio <i>"Desconhecia a existência da linha Saúde 24, pedindo o contacto no fim da entrevista." (PCF 5, notas de campo)</i>
	Défice de conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão <i>"O PCF tem muitas dúvidas, sobre a prevenção das úlceras de pressão e desidratação" (PCF 7, observação 1)</i>	Défice de conhecimento sobre prevenção de maceração <i>"A troca de fralda é realizada às 17h, se necessário. Senão às 23 horas (risco de maceração/ úlcera de pressão)." (PCF 2, observação 1)</i>
	Défice de conhecimento sobre prevenção de aspiração <i>"Coloca questões sobre a questão da forma como alimenta a mãe e da mesma se engasgar com frequência." (PCF 7, observação 2)</i>	Défice de conhecimento sobre prevenção de rigidez articular <i>"Os braços apresentam rigidez articular" (PCF 1, observação 3)</i>

	Défice de conhecimento sobre prevenção da desidratação <i>"Questiona a enfermeira sobre o porque da mãe pedir para beber muita água" (PCF 7, notas de campo)</i>	Défice de conhecimento sobre serviço de enfermagem <i>"Peço para falar com a enfermeira de família." (PCF 1, notas de campo 3)</i>
Competências instrumentais	Instruir/treinar na prevenção de quedas <i>"Mas é assim, não tem tanta segurança, não é assim?" Risco de queda (PCF 4, entrevista 1)</i>	Instruir/treinar na prevenção de aspiração <i>"Vai buscar água numa bacia, e baixa de imediato a cabeceira da cama para zero graus - Risco de aspiração" (PCF 2, observação 1)</i>
	Instruir/treinar no auto cuidado higiene <i>"A maior dificuldade era quando lhe tinha de trocar a fralda e fazer a higiene." (PCF 3, entrevista1)</i>	Instruir/treinar na prevenção de úlceras de pressão <i>"Não se consciencializou da necessidade de posicionar pelo risco de úlceras de pressão" (PCF 4, entrevista 1)</i>
	Instruir/treinar no posicionar <i>"É assim, eu sinto mais dificuldades por não é assim muito fácil. A gente pegar nela assim em peso, praticamente, para a virar e levantar." (PCF 4, entrevista 1)</i>	Instruir/treinar na prevenção de pé equino <i>"Contudo apresenta pé equino à direita" (PCF 8, observação1)</i>
	Instruir/treinar no transferir <i>"É assim, eu sinto mais dificuldades por não é assim muito fácil. A gente pegar nela assim em peso, praticamente, para a virar e levantar." (PCF 4, entrevista 1)</i>	Instruir/treinar na prevenção da rigidez articular <i>"Os braços começam a ficar anquilosados." (PCF 1, observação 3)</i>
	Instruir/treinar no usar do sanitário <i>"A maior dificuldade era quando lhe tinha de trocar a fralda" (PCF 3, entrevista1)</i>	Instruir/treinar na administração de medicação <i>"Ensino como pode triturar e instruo na administração." (PCF 10, notas de campo)</i>

CONCLUSÃO

O estudo apresenta como limitação o reduzido número de participantes, o que não lhe retira importância face dos resultados obtidos. Todavia, os resultados devem ser interpretados com alguma ponderação. Confirma-se que são as mulheres os principais PCF, tendo que para além de tomar conta da pessoa em fase final de vida, acumulam as funções de tomar conta de outras pessoas; gerir a casa; prover as necessidades básicas; cuidar de animais doméstico e gerir consultas. Em relação ao tomar conta da pessoa em fase final de vida, as atividades subdividem-se em dois grandes domínios: assistir nos autocuidados e prevenção de complicações. No exercício do papel emergem necessidade de formação percecionadas, quer ao nível da aquisição de conhecimento quer ao nível de aquisição de competências instrumentais. Porém, deparamo-nos com défices de conhecimentos e competências instrumentais não percecionadas mas fundamentais para o exercício efetivo do papel. Propomos com os dados obtidos desenvolver um programa de supervisão que permita colmatar essas lacunas, e que contribua para um impacto positivo da qualidade de vida não só prestador de cuidados familiar, mas também da pessoa em fase final de vida e outros membros da família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, R., Mikulić, B., Vermeylen, G., Lyly-Yrjänäinen, M., & Zigante, V. (2009). *Second European Quality of Life Survey - Overview*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Azeem, M., & Salfi, N. (2012). Usage of Nvivo software for qualitative data analysis. *Academic Research International*, 2(1 Part II), 262.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo* (3ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Braithwaite, M., Philip, J., Tranberg, H., Finlayson, F., Gold, M., Kotsimbos, T., & Wilson, J. (2011). End of life care in CF: Patients, families and staff experiences and unmet needs. *Journal of cystic fibrosis*, 10(4), 253-257.
- Hudson, P., Remedios, C., & Thomas, K. (2010). A systematic review of psychosocial interventions for family carers of palliative care patients. *BMC Palliative Care*, 9, 6p. doi: 10.1186/1472-684x-9-17
- Payne, S. (2010). White Paper on improving support for family carers in palliative care: part 1. *European Journal of Palliative Care*, 17(5), 238-245.
- PORTUGAL. (2006). Decreto-Lei n.º 101/2006.
- Spradley, J. (1980). *Participant observation*: Holt, Rinehart and Winston New York.
- Witkowski, A., & Carlsson, M. (2004). Support group programme for relatives of terminally ill cancer patients. *Supportive Care In Cancer: Official Journal Of The Multinational Association Of Supportive Care In Cancer*, 12(3), 168-175.

Foi atribuída a este estudo a Bolsa de Investigação Isabel Levy, promovida pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria João Cardoso Teixeira, enfermeira, Centro Hospitalar São João - Porto

maria.joao@ua.pt ou enfmjoaoteixeira@gmail.com

A importância da avaliação do reconhecimento da fala para aprimoramento nos cuidados com idosos

La importancia de la evaluación del reconocimiento del habla para el perfeccionamiento en el cuidado de ancianos

Aline de Moraes Arieta¹; Everardo Andrade da Costa², & Christiane Marques do Couto³

1,2 e 3 - Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

RESUMO:

Introdução: Com o envelhecimento da população os cuidados com a qualidade de vida e bem estar dos idosos são cada vez mais necessários. A dificuldade no reconhecimento da fala, principalmente em ambientes ruidosos é uma queixa muito frequente nesta população, que dispõe de rebaixamentos audiométricos os quais comprometem o seu relacionamento social e a sua comunicação. Deste modo, a avaliação da dificuldade do reconhecimento da fala, com testes que se assemelham a uma situação de escuta cotidiana torna-se fundamental. Com esta avaliação é possível mensurar a dificuldade comunicativa e sugerir estratégias para favorecer a comunicação deste grupo populacional, principalmente, com seus cuidadores. *Objetivo:* Avaliar o desempenho do reconhecimento da fala nos idosos com perda auditiva sensorioneural para o teste HINT- Brasil. *Método:* Foram avaliados 10 sujeitos, com média de idade de 68,4 anos (dp=10,7) sendo 80% gênero feminino e 20% masculino com o teste HINT- Brasil que contém sentenças representativas da fala cotidiana, curtas, foneticamente balanceadas, de fácil compreensão e com o mesmo grau de dificuldade apresentadas com fones de ouvido nas condições de sem ruído (S), com ruído frontal (RF), ruído à direita (RD), ruído à esquerda (RE) e ruído composto (RC). *Resultados:* o grupo de idosos apresentou respostas piores ao HINT em todas as condições de aplicação do teste ao ser comparado com grupo normo-ouvintes adultos. *Conclusão:* O reconhecimento da fala para o teste HINT Brasil foi pior no grupo de idosos, ao ser comparado com normo-ouvintes. A adequação do ambiente e também do discurso são fundamentais para favorecer a comunicação eficiente entre sujeito e cuidador, que, portanto, deverá ter informações relativas a essas questões bem como à importância dela para o estabelecimento de adequada interação dialógica.

Palavras-chave: audição; percepção da fala; perda auditiva; ruído; testes auditivos

RESUMEN:

Introducción: Con el envejecimiento de la población, el cuidado de la calidad de vida y bienestar de los ancianos es cada vez más necesario. La dificultad en el reconocimiento de voz, especialmente en ambientes ruidosos, es una queja muy común en esta población, que tiene rebajas auditivas que comprometen las relaciones sociales y la comunicación. Por lo tanto, la evaluación de la dificultad en el reconocimiento del habla, con testes que se asemejen a la situación de escucha rutinera es imprescindible. Con esta evaluación es posible medir las dificultades de comunicación y sugerir estrategias para mejorar la comunicación de este grupo, especialmente con sus cuidadores. *Objetivo:* Evaluar el desempeño de reconocimiento del habla de pacientes ancianos con pérdida auditiva sensorineural en el test HINT-Brasil. *Métodos:* Fueran evaluados 10 pacientes, con una edad media de 68,4 años (dp = 10,7) siendo 80% mujeres y 20% hombres, con el test HINT-Brasil, el cual contiene oraciones representantes del habla cotidiana, cortas, fonéticamente equilibradas, fáciles de entender y con el mismo grado de dificultad, presentada con auriculares, con y sin ruido competitivo. *Resultados:* El grupo de ancianos mostró peores respuestas al HINT en todas las condiciones de aplicación del test: sin ruido (S), con ruido frontal (RF), ruido a la derecha (RD) y ruido a la izquierda (RI), cuando comparado el grupo con adultos

con audição normal. Conclusión: El reconocimiento del habla para el test HINT-Brasil fue peor en el grupo de ancianos, en comparación con adultos de audición normal. La adecuación al ambiente, así como al discurso son cruciales para promover la comunicación adecuada entre el sujeto y el cuidador, que por lo tanto debe tener informaciones sobre estos temas y conocer la importancia de estas para el establecimiento de interacción dialógica adecuada y eficaz.

Palabras-clave: audición; percepción del habla; pérdida auditiva; ruido; pruebas auditivas

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo dinâmico e gradativo. Frequentemente os idosos queixam-se de dificuldade em comunicar-se, principalmente em decorrência das perdas auditivas que dificultam seu relacionamento social e até familiar.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde existem no mundo mais de 360 milhões de pessoas com perda auditiva incapacitante (WHO, 2013). No Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE - a perda auditiva acomete 9,7 milhões de pessoas (IBGE, 2012).

Uma audição normal é detectada, quando os limiões de tons puros estão até 25dB nas frequências de 250 a 8000Hz (Silman & Silverman, 1997). A perda auditiva sensorioneural é o tipo mais comum de perda permanente, caracterizada por uma elevação dos limiões de tons puros, com danos na orelha interna e nas vias neurais do ouvido até o cérebro. Esta perda afeta o reconhecimento da fala em dois mecanismos: falta de audibilidade e presença de distorção e pelo prejuízo do processamento temporal e espectral, que reduz o reconhecimento da fala no ruído (Plomp & Mimpen, 1979).

A investigação do reconhecimento da fala auxilia a compreender como a linguagem oral pode ser recebida, processada e compreendida pela via auditiva periférica e central. O estudo do reconhecimento da fala possibilita entender como o cérebro processa a “linguagem falada”, mesmo em condições adversas (Mantelatto & Silva, 2000).

As habilidades envolvidas no reconhecimento da fala na presença de ruídos competidores envolvem fechamento auditivo, figura-fundo e discriminação. Ressalta-se também o papel da memória e atenção seletiva para que o sujeito consiga focar e recordar as informações apresentadas (Russo et al., 2007).

As dificuldades de entender a fala nem sempre são detectadas pelos testes convencionais de audiometria vocal, que fornecem dados de grau e topodiagnóstico. Os testes de reconhecimento da fala sem ruído falham por não demonstrarem a real dificuldade de comunicação vivenciada, principalmente por sujeitos portadores de perdas auditivas (Costa, 1998).

A mensuração da dificuldade no reconhecimento de fala permite planejar estratégias comunicativas adequadas. Estas informações se transmitidas aos cuidadores de idosos, farão com que estes se conscientizem de que a comunicação pode ser mais ou menos eficiente dependendo da forma com que se dirigem aos idosos (Mello et al., 2004).

Para que haja uma facilitação nos processos comunicativos, torna-se muito relevante que o cuidador se atenha a algumas precauções mínimas como: usar frases curtas e objetivas, falar de frente ao sujeito, de maneira pausada e articulada, preferir situações de conversa com baixo ruído competidor, não mudar o assunto bruscamente e estar atento a real compreensão das informações fornecidas (Pedrolo, 2012).

Deste modo, a pesquisa teve como objetivo avaliar o desempenho de idosos com perda auditiva sensorioneural para o teste HINT- Brasil que simula situações de escuta do cotidiano.

METODOLOGIA

A pesquisa de caráter observacional transversal foi realizada no Ambulatório de Otorrinolaringologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob protocolo nº 670/2006.

Como critério de inclusão os sujeitos deveriam apresentar idade a partir de 60 anos (faixa etária idosa no Brasil), serem falantes nativos do português brasileiro, apresentar perda auditiva do tipo sensorineural com queixa de dificuldade de entendimento de fala em ambientes ruidosos e boa compreensão das instruções fornecidas.

Os critérios de exclusão envolviam sujeitos com perdas auditivas do tipo mista e/ou condutiva, alterações neurológicas e/ou de fluência verbal, presença de alterações outras alterações no meato acústico externo e dificuldades para memorização das sentenças.

Constituíram a amostra, 10 sujeitos que realizaram avaliação audiológica no referido ambulatório com média de idade de 68,4 anos ($dp=10,7$), sendo 80% do gênero feminino e 20% do masculino. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Os sujeitos foram submetidos à anamnese audiológica, Audiometria Tonal Limiar, Limiar de Recepção da Fala e Índice de Reconhecimento de Fala. Em seguida, foi aplicado o teste de fala HINT Brasil (Hearing in Noise Test - versão em Português do Brasil). O HINT Brasil contém 12 listas de 20 sentenças digitalmente gravadas, que podem ser apresentadas no silêncio e no ruído, e que são padronizadas quanto à língua, dificuldade, inteligibilidade e distribuição fonética (Bevilacqua et al., 2008).

O participante deveria repetir listas de diversas sentenças, da maneira que as entendessem, ainda que incompletas ou as julgassem incorretas e estas iriam variar de intensidade a cada acerto ou erro cometido, diminuindo a intensidade do sinal quando acertam e aumentando quando erram de forma a encontrar um índice de 50% de acerto.

O HINT Brasil foi aplicado com fones de ouvido em quatro condições: sem ruído (S); com ruído frontal (RF); com ruído à direita (RD); com ruído à esquerda (RE). Além disso, o programa fornece uma média ponderada das condições com ruído, denominada Ruído Composto (RC). Nas situações com ruído competitivo, este permanece constante, obtendo-se a Relação sinal/ruído (S/R), que retrata o quanto o sinal precisa estar acima do ruído de fundo para proporcionar 50% de acertos. Quanto mais negativa for a proporção maior a capacidade de entendimento em uma situação adversa.

ANÁLISE

Utilizou-se análise descritiva com apresentação de tabelas de distribuição de frequência para variáveis categóricas e medidas de posição e dispersão para variáveis numéricas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os valores médios dos limiares auditivos por via aérea, nas frequências de 250 a 8000 Hz. dos 10 sujeitos avaliados, são descritos na Tabela 1.

Tabela 1: Valores médios dos limiares audiométricos - via aérea - do grupo idoso

Frequência (Hz)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Média Tonal Orelha Direita (em dB)	24,5	25,0	28,0	34,5	42,0	45,5	54,0	49,5
Média Tonal Orelha Esquerda (em dB)	23,0	27,5	32,5	39,0	44,5	49,5	63,0	61,5

O Índice de Reconhecimento de Fala médio da amostra foi de 90,4% na orelha direita de 90,4% e 92,8% na orelha esquerda, estando dentro dos padrões de normalidade. Estes dados refletem um reconhecimento de fala normal em condições de silêncio, com palavras isoladas e com uma intensidade ideal. Não necessariamente refletem a queixa destes indivíduos, demonstrando necessidade da utilização de testes adicionais para a constatação real das dificuldades enfrentadas pelos sujeitos.

Com o HINT Brasil foi possível simular uma situação de escuta cotidiana. No gráfico 1 observa-se os resultados da amostra para a condição sem ruído (S), e para os valores de S/R nas condições com ruído e a comparação com normo-ouvintes. A diferença do desempenho em S entre os grupos foi de 21,3 dB e para S/R de 3 dB (RF); 6,5dB (RD); 5,5dB (RE) e 4,5 dB (RC). O pior desempenho dos idosos demonstram o quanto o ruído pode ser desvantajosa na escuta para esta população.

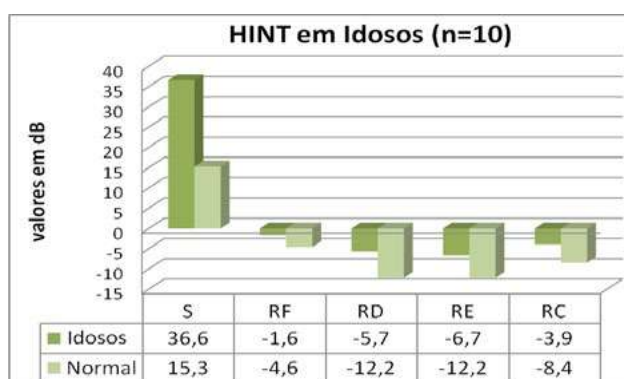


Gráfico 1: Valores médios do HINT Brasil em decibel, nas condições: sem ruído (S), Ruído frontal (RF), Ruído à direita (RD), ruído à esquerda (RE) e ruído compoto (RC).

Quanto mais o sujeito precisar do sinal superior ao ruído, torna-se mais necessário auxiliá-lo em sua comunicação diária. De acordo com os padrões de referência do HINT Brasil, a cada 1 dB de mudança de S/R significa uma diferença de 11,4% no seu resultado (Bevilacqua et al., 2008). Ou seja, pelos valores obtidos o grupo de idosos teria índices de: 34,2% (RF); 74,1%(RD); 62,7%(RE) e 51,3% (RC). Os resultados fornecem dados da dificuldade comunicativa do sujeito avaliado e permitem inferências com relação à importância na adequação das informações fornecidas pelos cuidadores, para que o idoso consiga dispor de melhor entendimento do discurso.

Para que o reconhecimento da fala ocorra é fundamental considerar as características acústicas, como: absorção, reflexão, ruído de fundo; bem como as características da mensagem: gesticulação e apoio visual; conhecimento do idioma e do tema; potência, articulação, inflexões da voz do falante, competência mental, posição relativa entre o falante e o ouvinte e capacidade auditiva do ouvinte (Plomp & Mimpen, 1979).

O envelhecimento causa efeitos no sistema auditivo periférico e central relacionados com diminuição cognitiva, e da percepção, elevação dos limiares auditivos, redução na compreensão da fala no ruído, aumento da dificuldade de localização sonora e de entendimento da fala (Baraldi, Almeida & Borges, 2007). Diante desta dificuldade, a adequação do ambiente e do discurso são fundamentais para favorecer a comunicação adequada entre sujeito e cuidador. Uma atenção especial para o ambiente adequado, sem ruídos de fundo, bem com uma adequação do discurso como uma fala pausada, articulada e se possível de frente ao interlocutor, pode favorecer o idoso a dispor de uma comunicação mais eficiente e dinâmica (Pedrolo 2012). O cuidador deverá ter informações relativas a estas questões bem como da importância delas para o estabelecimento de adequada e eficiente interação dialógica.

CONCLUSÃO

O reconhecimento da fala para o teste HINT Brasil no grupo de idosos estudado foi inferior ao de normo-ouvintes. No entanto, a amostra foi pequena não permitindo generalizações. São necessários estudos mais aprofundados sobre o tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baraldi, G.S, Almeida, L.C., & Borges, A.C.C. (2007). Evolução da perda auditiva no decorrer do envelhecimento. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 73(1).
- Bevilacqua, M.C., Banhara, M.R., Costa, E.A., Vignoly, A.B. & Alvarenga, K.F. (2008). The Brazilian Portuguese Hearing in Noise Test *Int J Audiol*. 47, pp. 364-5.
- Costa, E.A. (1998). Desenvolvimento de teste de reconhecimento da fala, com ruído, em Português do Brasil, para aplicação em audiologia ocupacional. Tese de doutoramento em Ciências Médicas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas: Unicamp.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012). Censo Demográfico: resultados gerais da amostra. Recuperado em 12 de Novembro, 2012, de <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/>.
- Mantelatto, S.A.C., & Silva, J.A. (2000). Inteligibilidade de fala no ruído: um estudo com sentenças do dia-a-dia. *Pró-fono Revista de Atualização Científica*.12 (1).48-55.
- Mello, J.M, Oliveira, J.R.M, Aringa, A.H.B.D, Oliveira, V.V, Zacare, C.C (2004) Estratégias de comunicação utilizadas por portadores de deficiência auditiva neurosensorial moderada. *Pró-fono Revista de Atualização Científica*.16. 111-8.
- Russo I., Lopes L.Q., Brunetto-Bogianni, L.M., Brasil, L.A. (2007). Logoaudiometria. In: Momensohn- Santos, T.M., Russo, I.P. *Prática da Audiologia Clínica* (pp. 135-54). São Paulo: Cortez Editora.
- Pedrolo, E. (2012). Formação Inicial e Continuada - Cuidador de Idosos (pp.102).IFPR – Instituto Federal do Paraná: Pronatec.
- Plomp R, & Mimpen A.M. (1979). Improving the reability of testing the speech reception threshold for sentences. *Audiology*. 18, 43-52.
- Silman S, & Silverman CA.(1997). Auditory diagnosis: principles and applications: Singular publication group (pp. 10-65).. San Diego: *Ed Basic Audiology Testing*,
- World Health Organization (2013). Millions have hearing loss that can be improved or prevented Recuperado a 13 de Abril, 2013, de http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2013/hearing_loss_20130227.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Profa. Dra. Christiane Marques do Couto

Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) -

e-mail: cmcouto@fcm.unicamp.br

Interação Fonoaudiólogo-Paciente-Cão: Efeitos na Comunicação de Pacientes Idosos

Glícia Ribeiro de Oliveira¹ & Maria Claudia Cunha²

⁽¹⁾ Fonoaudióloga; Mestre em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP, São Paulo, Brasil.

⁽²⁾ Fonoaudióloga; Professora Titular da Faculdade de Ciências Humanas da Saúde da PUC/SP – São Paulo, Brasil; Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP.

Resumo:

Objetivo: investigar os efeitos da presença de um cão na interação fonoaudiólogo-paciente idoso. **Método:** pesquisa desenvolvida na modalidade de estudo de caso e estudo de caso clínico. **Casuística:** sujeitos idosos residentes em uma Clínica Geriátrica da cidade de São Paulo que demonstraram disposição mediante presença e contato com o cão participante do estudo, divididos em dois grupos: (G1) 09 participantes na modalidade Atividade Assistida por Animais (AAA); (G2) 01 paciente na modalidade Terapia Assistida por Animais (TAA). Foram realizados atendimentos em grupo/mensal (AAA) e atendimento fonoaudiológico individual/semanal (TAA), no qual foi aplicado Protocolo de Avaliação de Linguagem (Hage, 2004) no início e após 06 meses de atendimento. O material foi transcrito quanto aos elementos verbais e não-verbais mais significativos da interação fonoaudiólogo-paciente-cão. **Resultados:** G1-AAA: A presença do cão foi um facilitador das interações e promoveu o estabelecimento/fortalecimento dos vínculos interpessoais, permeados pela dialogia. G2-TAA: No Protocolo de Avaliação de Linguagem, a paciente apresentou evolução: melhora na expansão de turnos de conversação, na coesão e coerência de seus enunciados. As condutas comunicativas da paciente apontam para a efetividade da presença do cão, potencializando o processo terapêutico fonoaudiológico e oferecendo contribuições transformadoras do enquadre. **Conclusão:** a presença do cão em ambos os contextos, configurou-se como recurso potente para a criação de um enquadre fonoaudiológico inovador, cuja efetividade foi revelada pela maior adesão às intervenções e pela evolução significativa do desempenho comunicativo dos sujeitos estudados.

Palavras-chave: Terapia Assistida por Animais (TAA); Atividade Assistida por Animais (AAA); Linguagem; Fonoaudiologia; Idoso

Resumen:

Objetivo: investigar los efectos de la presencia de un perro en la interacción fonoaudiólogo-paciente anciano. **Método:** investigación desarrollada en la modalidad de estudio de caso y estudio de caso clínico. **Casuística:** sujetos ancianos residentes en una Clínica Geriátrica de la ciudad de San Pablo que demostraron disposición mediante presencia y contacto con el perro participante del estudio, divididos en dos grupos: (G1) 09 participantes en la modalidad Actividad Asistida por Animales (AAA); (G2) 01 paciente en la modalidad Terapia Asistida por Animales (TAA). La atención fue en grupo/mensual (AAA) y fonoaudiológica individual/semanal (TAA), en la que se aplicó el Protocolo de Evaluación de Lenguaje (Hage, 2004) al comienzo y después de 06 meses de atención. El material se transcribió, tanto los elementos verbales y no verbales más significativos de la interacción fonoaudiólogo-paciente-perro. **Resultados:** G1-AAA: La presencia del perro fue un facilitador de las interacciones y promovió el establecimiento/fortalecimiento de los vínculos interpersonales, permeados por la dilogía. G2-TAA: En el Protocolo de Evaluación de Lenguaje, la paciente presentó evolución: mejora en la expansión de turnos de conversación, en la cohesión y coherencia de sus enunciados. Las conductas comunicativas de la paciente apuntan a la efectividad de la presencia del perro, potenciando el proceso terapéutico fonoaudiológico y ofreciendo contribuciones transformadoras del encuadre. **Conclusión:** la

presencia del perro en ambos contextos se configuró como recurso potente para la creación de un encuadre fonoaudiológico innovador, cuya efectividad fue revelada por una adhesión más grande a las intervenciones y por la evolución significativa del desempeño comunicativo de los sujetos estudiados.

Palabras clave: Terapia Asistida por Animales (TAA); Actividad Asistida por Animales (AAA); Lenguaje; Fonoaudiología; Anciano

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional consiste num fenômeno mundial que vem se manifestando de forma acelerada e com peculiaridades relativas a diferentes países. Esse fenômeno gera desafios principalmente para as políticas públicas e face à reflexão a esse segmento, observa-se o aumento do número de profissionais de saúde especializados nos cuidados com os idosos (Revista da Fonoaudiologia, 2009, n83, p.14).

Nessa perspectiva, nota-se ainda a necessidade de ampliar os procedimentos de intervenção voltados aos idosos, contudo na área da Fonoaudiologia. Nessa direção, destaca-se uma abordagem de crescente interesse científico tendo em vista seu potencial terapêutico, inclusive com pacientes idosos: a relação homem-animal. Em pesquisas realizadas (nacional e internacionalmente) tem-se constatado a efetividade da presença dos cães no tratamento de pacientes com Alzheimer, depressivos e autistas (Dotti, J. 2005).

Uma organização americana, a Delta Society busca promover a interação animais e humanos a fim de obter benefícios para a saúde e qualidade de vida de ambos define:

1. Atividade Assistida por Animais (AAA): Conceito que envolve visitação, recreação, e distração por meio do contato direto dos animais com as pessoas. (...) São atividades que desenvolvem o início de um relacionamento, propõem entretenimento, oportunidade de motivação e informação, a fim de melhorar a qualidade de vida.
2. Terapia Assistida por Animais (TAA): Conceito que envolve serviços profissionais da área médica e outras, que utilizam o animal como parte do trabalho e do tratamento. (...) A TAA é dirigida e desenhada para promover a saúde física, social, emocional e/ou funções cognitivas. É um processo terapêutico formal com procedimentos e metodologia amplamente documentados, planejados, tabulados, medidos e seus resultados avaliados. Pode ser desenvolvida em grupo ou de forma individual (Delta Society, 2010).

Nessa perspectiva, os animais contribuem para a promoção da saúde humana, para além da companhia. Habitam consultórios, hospitais, escolas e instituições diversas, devido aos benefícios atribuídos não somente pelo senso comum, mas também destacados por pesquisas que apontam para a relevância da discussão e produção de conhecimento científico sobre o tema (Domingues, 2007).

Assim, esse estudo pauta-se na relevância da participação mais ativa da Fonoaudiologia na produção de conhecimento científico quanto à TAA e a AAA, principalmente no sentido de caracterizar e analisar o potencial de transformação do ambiente terapêutico nessa modalidade de atendimento, além de contribuir para o aprimoramento de método clínico-terapêutico fonoaudiológico.

Esse ponto de vista delinea o objetivo, a saber: investigar os efeitos da presença de um cão na interação fonoaudiólogo-paciente idoso.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza clínico-qualitativa, desenvolvida na modalidade de estudo de caso (AAA) e estudo de caso clínico (TAA).

Casística: Sujeitos idosos residentes em uma Clínica Geriátrica da cidade de São Paulo, divididos em dois grupos:

- Grupo 1 (G1): 09 participantes na modalidade Atividade Assistida por Animais (AAA) com idades entre 61 e 92 anos, de ambos os sexos e com diagnósticos variados: quadros demenciais (Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson), Fibromialgia, Deficiência Auditiva e Depressão;
- Grupo 2 (G2): 01 paciente na modalidade Terapia Assistida por Animais (TAA).

Critérios de seleção do G1 (AAA): idosos que demonstraram disposição/motivação mediante contato com o cão participante do estudo.

Critérios de seleção e descrição do G2 (TAA): Após a realização de duas AAAs, foi selecionada 01 idosa com problemas de linguagem, disponibilidade de locomoção e que demonstrou disposição/motivação mediante contato com o cão participante do estudo. Esta também permaneceu, simultaneamente, nas AAAs.

- Sujeito: Ru: sexo feminino, 77 anos. Diagnóstico: Doença de Alzheimer

Seleção do cão participante: A escolha da cadela Nara, da raça poodle, cor branca, com 2 anos e oito meses de idade (no início dos atendimentos) seguiu os critérios relativos à avaliação da saúde e comportamento animal, temperamento e socialização (Dotti, J. 2005). O acompanhamento veterinário, cuidados higiênicos e o exercício de comandos básicos (“senta”, “deita” e “fica”) foram contínuos. A vigilância sanitária foi informada sobre a realização da pesquisa, tomando ciência da documentação referente ao animal.

Procedimento: A seleção dos sujeitos participantes da AAA foi complementada pela análise de seus prontuários. Atendimento deu-se grupo/mensal. O material foi transcrito quanto aos elementos verbais e não-verbais mais significativos da interação fonoaudiólogo, participante e cão. As AAAs foram realizadas em uma área externa (dias quentes) e/ou na sala de TV (dias frios/chuvosos).

A partir da participação e interesse nas AAAs, foi selecionada a idosa (Ru) para atendimento na modalidade TAA. Na entrevista com o familiar responsável foi preenchido o questionário 1 (baseado no Demographic and Pet History Questionnaire – DHPQ) para coleta básica de dados sobre histórico de sua relação com animais e complementada pela análise do prontuário da paciente (Banks & Banks, 2002). Na avaliação fonoaudiológica foi aplicado o Protocolo de Avaliação de Linguagem (Hage, 2007) e o questionário 2 (baseado no DHPQ). Atendimento foi individual/semanal realizado por 45 minutos em sala privada e o material foi transcrito quanto aos elementos verbais e não-verbais mais significativos da interação fonoaudiólogo-paciente-cão. Após 06 meses de atendimento foi reaplicado o Protocolo de Avaliação de Linguagem (Hage, 2007) para comparação dos resultados iniciais e finais.

Os atendimentos foram gravados em câmera digital e/ou em áudio durante todo o período, e os materiais utilizados nas sessões terapêuticas (TAA) foram selecionados para favorecer o resgate de lembranças do convívio da paciente com seus animais e interação com o cão participante.

ANÁLISE

Realizada a partir de referenciais teóricos sobre envelhecimento, linguagem e distúrbios de linguagem no envelhecimento e trabalhos sobre TAA e AAA em diferentes áreas da saúde (AAA e TAA). As respostas aos questionários 1 e 2 (DHPQ) foram utilizadas para subsidiar a condução do processo terapêutico (TAA). Os efeitos advindos da interação fonoaudiólogo-paciente idoso-cão (TAA) e fonoaudiólogo-participante-cão (AAA) foram analisados quanto ao contexto interacional, visando sistematizar indicadores de evolução terapêutica, a saber: frequência e qualidade da atividade dialógica, frequência e qualidade de condutas não verbais (gestualidade e movimentação corporal, contato de olho) e benefícios quanto a condutas psicossociais (Mantovani, 2007).

Os resultados - inicial e após 06 meses de atendimento em TAA - obtidos pela paciente no Protocolo de Avaliação de Linguagem foram analisados comparativamente.

RESULTADOS

Efeitos das AAAs na comunicação dos idosos: foi constatado o processo de estabelecimento de rituais comunicativos, os quais foram classificados em quatro categorias (Bardin, 2009).

- 1) Acariciar, beijar e carregar Nara: os idosos demonstravam cada vez mais o carinho por Nara, a cumprimentavam, carregavam e/ou a acariciavam. Aos poucos, foram percebendo as formas de carinho preferidas por ela.
- 2) Alimentar Nara: os idosos se preocupavam em saber se havia água e comida disponíveis para Nara, e quando estavam comendo algo perguntavam se poderiam oferecer a ela seus próprios alimentos. Davam-lhe petiscos em troca da obediência de seus comandos.
- 3) “Conversar” com Nara: todos falavam “com” e “por” Nara. Contavam-lhe e/ou perguntavam-lhe algo, e em seguida “respondiam” (com variação de entonação) como se fossem ela.
- 4) Humanizar Nara: embora alguns idosos a reconhecessem como “um cachorrinho”, outros se referiam à “menininha” ou “criança”, e faziam perguntas a terapeuta do tipo “você deixa sua filhinha namorar, mamãe?”, “ela é uma criança boazinha?”.

Efeitos da TAA na comunicação de paciente idosa:

Questionário 1 e 2 (DHPQ): As respostas revelaram nível elevado de aproximação, aceitação e confiança de Ru quando na presença dos animais. Constatou-se que ao falar dos seus e sobre animais, de maneira geral, apresentava significativo aumento da atividade dialógica.

Avaliação fonoaudiológica: Na avaliação de Linguagem por meio de atividades dialógicas e tarefas linguísticas constatou-se que Ru apresentava dificuldades em definir e/ou nomear alguns objetos e dificuldades na linguagem escrita, pois somente conseguia copiar palavras, grafema por grafema e com ajuda da terapeuta. O nível de atenção e habilidades visuo-espaciais estavam adequados. Tinha boa compreensão verbal, fluência e dialogava espontaneamente, no entanto a memória recente estava bastante afetada. Não apresentou alterações no Sistema Motor Orofacial.

Seguem os resultados comparativos apurados no início e ao final (06 meses) do processo terapêutico:

Início:

- 1- Habilidades Conversacionais: Os turnos de conversação eram estabelecidos, porém não mantidos, e por vezes incompatíveis com o contexto proposto.
- 2- Funções Comunicativas: Diante das solicitações de objetos, ações, pedidos de informação e/ou perguntas, nomeação (objetos, pessoas) necessitava de ajuda da terapeuta para estruturar seus enunciados.

Final:

- 1- Habilidades Conversacionais: Houve expansão e sustentação de turnos de conversação, e redução dos turnos incompatíveis com o contexto.
- 2 - Funções Comunicativas: Aumento da intencionalidade comunicativa: passou a atender e também solicitar objetos e ações, pedir informações e nomear, principalmente, objetos que relacionados à Nara. Observou-se melhora na estruturação dos enunciados, embora ainda necessitasse de ajuda da terapeuta para elaborar narrativas.

A ocorrência dos mesmos rituais comunicativos acima citados (das AAAs) foram identificados nas condutas de Ru, acrescidos de duas condutas singulares:

- 1) Memorizar/evocar o nome de Nara: Nas sessões iniciais, Ru sempre perguntava: “Como é o nome dela? Sara, Tara, Lara?”. Gradativamente, essa dificuldade foi superada e ela sempre nomeava “Nara” de maneira adequada, sem hesitações.
- 2) Intensificar a interação com os companheiros da clínica por meio de Nara: Um exemplo: terapeuta e Ru estavam a caminho da sala de atendimento e Ve (companheira de quarto de Ru) pediu para acariciar Nara. Ru a convidou para nos acompanhar e Ve aceitou. Estreitaram os laços, antes tênues apesar da proximidade física cotidiana.

CONCLUSÃO

Os resultados apontaram os benefícios advindos de ambas modalidades (AAA e TAA) quanto a comunicação verbal e não verbal dos sujeitos estudados.

Portanto, é possível concluir que a presença do cão configurou-se como recurso potente para a criação de um enquadre fonoaudiológico inovador, cuja efetividade foi revelada pela maior adesão às intervenções e pela evolução significativa do desempenho comunicativo dos sujeitos estudados. Desse modo, espera-se que esta pesquisa contribua e estimule a produção científica ativa da Fonoaudiologia sobre o tema, de maneira que a AAA e a TAA possam ser investigadas e incorporadas ao método clínico-terapêutico fonoaudiológico, em faixas etárias e sintomatologias diversas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Banks, M.R. & Banks, W.A. (2002). The Effects of Animal-Assisted Therapy on Loneliness in an Elderly Population in Long-Term Care Facilities. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 7(57A), M428–M32.

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*, (4 ed.) Brasil: Edições 70.

Delta Society (2010). *The Humam-Animal Health Connection, 2010*. Recuperado de : <https://www.deltasociety.org>

Domingues, C.M. (2007). *Terapia Fonoaudiológica com cães: estudo de casos clínicos*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil. Recuperado de: <http://www.therapyanimals.org/read/index.php>

Dotti, J. (2005). *Terapia e Animais: Atividade e Terapia Assistida por Animais – A/TAA. Prática para Organizações, Profissionais e Voluntários*. São Paulo: Noética Editora.

Hage, S. R. V. (2007);. Protocolo de Observação Comportamental: avaliação de linguagem e aspectos cognitivos infantis. *Rev. Atual. Cient Pró-Fono*, 19(1),. São José dos Campos: Pulso Editorial.

Russo, I. C. P., Mansur, L.L., Bilton, T., Behlau, M. & Mendes, V. (2009)– Fonoaudiologia e o Envelhecimento, CRFa, *Revista da Fonoaudiologia*, 83,14-15. São Paulo

Clínica de Geriatria, Toniolo,. Recuperado de: <http://www.clinicatoniolo.com.br>.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Glícia Ribeiro de Oliveira – Fonoaudióloga (PUC-SP); Mestre em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP; Aprimoranda em Práticas Clínicas Fonoaudiológicas (CEFAC – SP); São Paulo, Brasil.

Correio eletrônico: glicia-rana@hotmail.com

Maria Claudia Cunha - Fonoaudióloga; Pesquisadora CNPQ e Professora Titular da Faculdade de Ciências Humanas da Saúde e do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da PUC/SP – São Paulo, Brasil; Mestre em Fonoaudiologia pela PUC-SP; Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP.

Correio eletrônico: clauclaucunha@ig.com.br

Comunicação Aumentativa e Alternativa em Idosos

Inês Mendes; Marisa Marinheiro
Universidade de Aveiro

Resumo:

Na sociedade portuguesa um dos mais graves problemas sociais, são os idosos numa perspetiva de exclusão. O envelhecimento ocorre de maneira diferente de pessoa para pessoa e deve-se ajustar políticas para se envelhecer são, autónomo e ativo.

Neste sentido, propomos a criação de um livro de receitas pictográficas (refeições e sobremesas), recorrendo ao portal ARASAAC, como modelo de intervenção para a terceira idade. Tem como principal objetivo disponibilizar e aumentar o nível de acesso e de estímulos de comunicação para idosos, com dificuldades na leitura de textos informativos e, ou com problemas cognitivos.

Criamos dois livros de receitas, um de refeições e outro de sobremesas. O de refeições contém oito receitas de confeção simples e saudável. Enquanto o livro de sobremesas é constituído por oito receitas e inclui duas destinadas para diabéticos.

Palavras-chave: Envelhecimento; idoso; comunicação; sistema alternativo e aumentativo

Resumo:

En la sociedad portuguesa uno de los más graves problemas sociales son los mayores en una perspectiva de exclusión. El envejecimiento ocurre de una manera diferente de persona para persona y se debe ajustar políticas para que se envejezca sano, autónomo y activo.

Así, proponemos la creación de un libro de recetas pictográficas (comida y postres), recurriendo al portal ARASAAC, como plantilla de intervención para los seniores, tiene como principal objetivo hacer disponible y aumentar el nivel de acceso y de estímulos de comunicación para mayores con dificultades en la lectura de textos informativos y, o con problemas cognitivos.

Creamos dos libros de recetas, uno de comidas y otro de postres. El libro de comidas contiene ocho recetas saludables y fáciles de hacer. El libro de postres consiste en ocho recetas y incluye dos para los diabéticos.

Palabras clave: Envejecimiento, mayor, comunicación, sistema alternativo y aumentativo

INTRODUÇÃO

Para se trabalhar com idosos é fundamental perceber alguns conceitos inerentes ao processo do envelhecimento. O envelhecimento progressivo dos indivíduos constitui uma das características das sociedades contemporâneas desenvolvidas.

Parafraseando Simões (2006, p.30-31) a noção de envelhecimento “é um conjunto de processos de natureza física, psicológica e social que, com o tempo, produzem mudanças na capacidade de funcionamento dos indivíduos e influenciam a sua definição social”.

Falar de envelhecimento é falar sobre a ideia de vida, uma vez que envelhecemos a partir de nosso nascimento, sendo este um curso natural da existência humana. Todos envelhecemos, com ou sem atividades, independentemente da idade. Contudo, não devemos esquecer da necessidade de qualidade de vida neste contexto (Fonseca, 2004).

De alguns anos atrás até aos dias de hoje, houve fortes mudanças na população, aumentando a esperança média de vida à nascença e diminuindo a taxa de natalidade, ou seja, aumentou o número de idosos e diminuiu o número de jovens (Simões, 2006).

“Portugal, de acordo com os Censos 2011, apresenta um quadro de envelhecimento demográfico bastante acentuado, com uma população idosa (pessoas com 65 e mais anos) de 19,15%, uma população jovem (pessoas com 14 e menos anos) de 14,89% e uma esperança média de vida à nascença de 79,2 anos” (segundo o programa de ação, 2012).

É fundamental que o idoso esteja integrado na sociedade, para isso, a comunicação é a forma mais utilizada. No entanto, se os idosos possuem alguma incapacidade na forma de comunicar, as interações sociais são afetadas.

Para uma melhor compreensão do processo da comunicação foi necessário recorrer a autores como Simões, 1967; Peixoto, 2007; Andrade, 2012.

A comunicação é o instrumento de tornar o homem social, ou seja, serve como regulação social entre o homem e os grupos. É tornar o ser humano incluído na sociedade.

Comunicar é mais que verbalizar, isto é, requer um complexo funcionamento cerebral na interação social do idoso com o seu meio envolvente.

Da multiplicidade de formas de comunicação estão estabelecidos dois domínios distintos: não-verbal e o verbal.

A comunicação não-verbal é realizada através de processos empáticos e, eventualmente traduzível, através de movimentos expressivos que se estabelecem nos grupos e/ou nas relações interpessoais diádicas condicionando a própria comunicação verbal e imprimindo à linguagem um segundo nível de significação.

Na gênese pessoal (psicogênese) como na gênese sócio grupal (sociogênese) a comunicação não-verbal precede, modela e codifica a comunicação verbal.

Esta última realiza-se por intermédio da linguagem que, graças à sua estrutura simbólica, permite aos elementos de um grupo a participação nas experiências atuais ou tradicionais do mesmo (Simões, 1967).

Assim sendo, a comunicação verbal têm como características as palavras faladas e escritas, bem como, o tom de voz (intensidade). Por sua vez, a comunicação não-verbal caracteriza-se pelos gestos, símbolos, movimentos, expressões (corporal, facial).

Portanto, a comunicação é essencial e indispensável à sobrevivência do homem, em especial na terceira idade, visto que é importante que este mantenha as suas relações sociais de modo a minimizar a carência afetiva e emocional.

Citando Alves (2003, p.69) “no processo de comunicação, tendo em conta as barreiras que existem, devemos atuar no sentido de minimizá-las, atendendo à personalidade de quem emite a mensagem e de quem a recebe”.

Para que a pessoa idosa não perca a vontade de viver, é necessário estimulá-lo para determinadas tarefas do seu quotidiano.

Sendo a Educação um direito fundamental de todo o ser humano, estes podem comunicar utilizando diversas formas de comunicação não-verbais, através da comunicação alternativa e aumentativa.

Parafraseando Ferreira et al (1999), “sistema alternativo e aumentativo de comunicação é um conjunto integrado de técnicas, estratégias e capacidades que a pessoa com dificuldades de comunicação usa para comunicar”... “é todo o tipo de comunicação que aumente ou suplemente a fala” (p.21).

Atualmente os sistemas alternativos e aumentativos da comunicação (SAAC), dividem-se em sistemas sem ajuda e em sistemas com ajuda.

Relativamente ao primeiro grupo, estes referem-se a todas as formas de comunicação que não estão dependentes de qualquer ajuda técnica, sendo algumas partes do corpo o meio para transmitir a mensagem (piscar o olho, apontar, abanar a cabeça, dizer sim e não), ou seja, não requerem nenhum material e nem nenhum elemento físico.

Comparativamente ao segundo grupo, estes implicam a utilização de um suporte físico tais como sintetizadores de fala, tabelas de comunicação, entre outros sendo que neste caso não é o utilizador que produz os símbolos, mas sim, seleciona-los através de vários dispositivos. São códigos que requerem apoio físico e material (lápiz, papel e cartolina com símbolos) e requerem uma ajuda externa, neste sentido, podemos agrupar os sistemas de comunicação com ajuda em quatro categorias.

No primeiro grupo os sistemas de comunicação por objetos, no segundo grupo os sistemas de comunicação por imagens (fotografias, desenhos), no terceiro grupo os símbolos gráficos (PIC, SPC; Bliss), sistemas combinados (makaton), sistemas com base na escrita e por fim o quarto grupo, sistemas de comunicação por linguagem codificada (morse e braille).

METODOLOGIA

A conceção dos livros de receitas foi proposto no âmbito da unidade curricular de Comunicação em educação especial: processos e práticas, referente ao 2º ciclo de estudos em Ciências da Educação com especialização em Educação social e Intervenção Comunitária.

Assim sendo, os livros de receitas não tem rigor científico, é sim uma proposta de investigação e intervenção, de um trabalho empírico.

Para a construção dos livros de receitas (refeições e sobremesas) em sistemas pictográficos recorreremos ao portal ARASAAC.

O Portal ARASAAC, é um site gratuito que está disponível na Internet e é de fácil acesso para as pessoas que necessitam de recorrer a este tipo de ofertas alternativas e aumentativas da comunicação.

Oferece recursos gráficos e materiais para facilitar a comunicação de pessoas com algum tipo de deficiências nesta área. Este projeto foi financiado pelo Departamento de Industria e Inovação do Governo de Aragão e faz parte do plano de atuação do Centro Aragões de Tecnologias para Educação (CATEDU).

CONCLUSÃO

Ao recorreremos a um sistema aumentativo e alternativo de comunicação, temos como principal objetivo recuperar a capacidade de comunicação do idoso, de modo a melhorar a sua auto estima e a qualidade de vida, para que não se tornem nem se sintam excluídos da sociedade.

A população idosa é extremamente heterogénea, pelo qual, devemos ter em atenção cada especificidade.

Cada pessoa envelhece de forma diferentes, com perdas e ganhos distintos. Sensibilidade e respeito por parte

de toda a sociedade são indispensáveis, para os idosos viverem plenamente a sua última etapa do ciclo vital.

As pessoas idosas merecem a nossa atenção, pois cada vez mais, os idosos crescem na nossa sociedade e são um grupo que pela sua debilidade assim o merecem.

É necessário cultivar no idoso o valor de viver com qualidade e bem-estar.

Ao nível da conceção dos livros de receitas ultrapassamos alguns obstáculos. Sentimos a necessidade de adaptar determinadas imagens para símbolos, pois no portal ARASAAC não se encontrava o símbolo pretendido. Assim como, neste portal os respetivos símbolos não continham as legendas por baixo, portanto, em todas as imagens acrescentamos as respetivas legendas, para facilitar a sua compreensão.

Para um melhor entendimento dos livros de receitas pictográficos optamos colar de um lado quais os ingredientes necessários para a confeção e do outro, o procedimento da respetiva confeção. Colocamos uma imagem o mais realista possível, alusiva ao prato/sobremesa pretendido, de modo a ser fácil para a sua identificação.

É importante salientar que as receitas não são fruto da nossa autoria, mas sim, do resultado de uma pesquisa.

Em suma, com a construção dos livros de receitas acima mencionados, pretendemos promover o desenvolvimento a nível pessoal e social da pessoa idosa, de forma a conseguir uma melhor inclusão desta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, A. M. (2003). *A importância da comunicação no cuidar do idoso*. Porto: instituto de ciências biomédicas abel salazar.

Andrade, F. (2012). *Perturbações da linguagem na criança análise e caracterização*. Aveiro: universidade de Aveiro.

Costa, A. (2005). *Exclusões Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Ferreira & et al. (1999). *Inovação curricular na implementação de meios alternativos de comunicação em crianças com deficiência neuromotora grave*. Lisboa: Secretariado nacional para a reabilitação e integração das pessoas com deficiência.

Fonseca, A. (2004). *O Envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa. Universidade Católica Editora.

Peixoto, V. (2007). *Perturbações da comunicação: A importância da deteção precoce*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Simões, A. (2006). *A nova velhice*. Porto: âmbar.

Simões, B. (1967). *Comunicação* (pp. 1171-1173). In: *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura*, (1ed.), 5. Lisboa: Editorial Verbo.

Programa de Acção (2012), *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações*.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Inês Mendes, universidade de Aveiro, imendes@ua.pt

Marisa Marinheiro, universidade de Aveiro, mcmarinheiro@ua.pt

ANEXO

Salada Russa

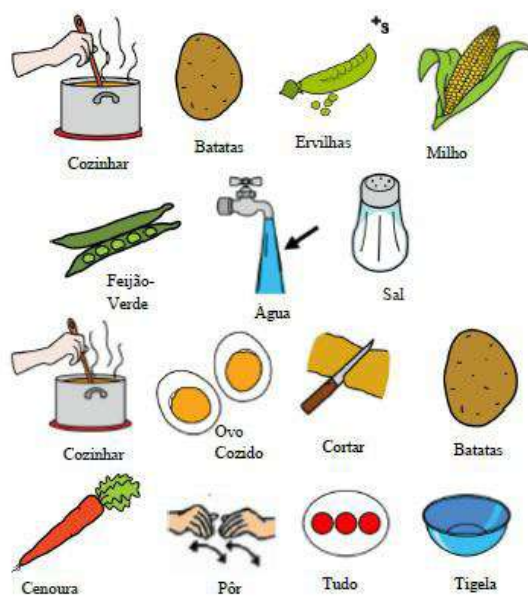


Salada Russa

Ingredientes:



Confeção:



Comunicação do Idoso e Equipe de Saúde da Família: Presença da Integralidade?

Almeida Rita Tereza¹, Ciosak Suely Itsuko²

1. Enfermeira. Mestre pelo Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Interlocutora de Hepatites Virais do GVEXVII-Campinas. Campinas, SP, Brasil.

2. Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Objetivo do estudo foi verificar as formas de comunicação utilizadas em quatro Unidades Básicas de Saúde com equipes da Estratégia Saúde da Família, em Porto Feliz, São Paulo e como interferem no atendimento e controle da saúde dos idosos. Método: buscou-se apreender a comunicação entre idosos e profissionais de saúde através da pesquisa qualitativa. Realizadas 20 entrevistas com idosos de ambos os sexos. Resultados: emergiram dos discursos e observações, temas centrais de análise, sendo comunicação assertiva e comunicação bloqueada, cujos elementos verbais e não verbais, desvelaram subjetividade do processo de comunicação, da cultura local e dos fatores psicossociais, contribuindo de forma positiva e negativa para o atendimento em saúde dos idosos. As equipes de enfermagem da Estratégia Saúde da Família foram observadas e revelaram utilizar formas de comunicação que contribuíram para adesão dos idosos ao atendimento e controle da saúde. Aspectos negativos não trouxeram consequências totalmente prejudiciais, porém devem ser evitados, para facilitar o cuidado integral ao idoso. Conclusão: vale reforçar necessidade de aprimoramento da equipe de enfermagem e demais profissionais da saúde sobre comunicação em saúde como tecnologia inovadora, levando credibilidade aos programas de promoção e prevenção em saúde nesta população.

PALAVRAS CHAVE: Atenção Básica; Comunicação; Idoso; Saúde da Família; Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo del estudio fue verificar las formas de comunicación utilizadas en cuatro Unidades Básicas de Salud con los equipos de Programa Salud de la Familia en Porto Feliz, São Paulo y cómo intervenir en el cuidado y control de la salud de los ancianos. Método: se trató de aprovechar a través de la investigación cualitativa, la comunicación entre ancianos y profesionales de la salud. Realizó 20 entrevistas con ancianos de ambos os sexos. Resultados: emergieron discursos y comentarios, temas centrales análisis, siendo comunicación asertiva y comunicación bloqueada cuyos elementos verbales y no verbales, dio a conocer subjetividad del proceso del comunicación, cultura local y factores psicossociales que contribuyen positivamente y negativamente a la salud de los ancianos. Observó que Las equipos de la enfermería Estrategia Salud de la Familia reveló utilizando formas del comunicación que han contribuido a la adhesión del cuidado del los ancianos y gestión sanitaria. Aspectos negativos no completamente traído consecuencias nocivas, pero debe evitarse, para facilitar una atención integral en los ancianos. Conclusión: vale la pena reforzar necesidad de mejora del personal de enfermería y otros profesionales de la salud acerca de la comunicación en salud como innovador tecnológico, aportando credibilidad a los programas de promoción y prevención de la salud en esta población.

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria; Comunicación; Anciano; Salud de La Família; Enfermaria.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira é uma conquista resultante de demandas trazidas pela parcela idosa, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Criada pela Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI tem como finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. É alvo dessa política todo cidadão brasileiro com 60 anos ou mais (Ministério da Saúde, 2006, p. 03). Neste sentido, o crescimento deste segmento da população tem aumentado a preocupação e o interesse por medidas que atendam às demandas das pessoas com mais de 60 anos, sendo, portanto, necessárias a implantação de políticas públicas adequadas, visando a promoção do envelhecimento com qualidade de vida (Almeida, R.T. 2012).

O idoso ao buscar assistência à saúde espera algo além da atenção à doença. Ele quer acolhimento e espera estabelecer vínculos com a equipe de saúde em um ambiente de comunicação, que permita autonomia, resolubilidade e responsabilização (Santos, A.M., & Assis, M.M.A. 2006). Assim, o processo de envelhecimento traz como consequência maior expediente para o idoso procurar os serviços de saúde e deslocar-se nos diferentes níveis de atenção. Para os mais carentes, principalmente, qualquer dificuldade torna-se um *mote* para bloquear ou interromper a continuidade da assistência à saúde (Costa, M.F.B.N.A., & Ciosak, S.I. 2010). O diálogo na busca do consenso constitui elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe, visto que possibilita o desenvolvimento de uma prática comunicativa, pois “provoca” na equipe a escuta do outro o que pressupõe o estabelecimento de um canal de comunicação (Araújo, M.B.S., & Rocha, P.M. 2007).

A comunicação faz parte da vida do ser humano e na área da saúde torna-se essencial, na obtenção de valiosas informações para a condução terapêutica, embora, no cotidiano, muitas pessoas tenham dificuldade de se expressar ou de interpretar a linguagem da comunicação. Observa-se que a equipe de saúde precisa exercer a verdadeira comunicação, estando atenta na interpretação da linguagem verbal e especialmente à não verbal, nem sempre valorizada, mas de muita importância na interlocução. Quando é eficaz é uma excelente ferramenta para a busca do atendimento integral das necessidades de saúde (Almeida, R.T. 2012).

Na prática clínica, a comunicação pode ter influência na satisfação, na adesão ao tratamento e, conseqüentemente, nos resultados de saúde, sugerindo a necessidade de preparo técnico e humano dos profissionais envolvidos (Damasceno *et al.*, 2012), principalmente na Atenção Básica (AB).

A definição operacional do conceito de comunicação neste estudo refere-se ao desenvolvimento das formas de interação de maneira efetiva e eficaz, levando-se em conta os aspectos biopsicossociais relacionados a cada grupo populacional. Considerando as lacunas de estudos relacionados à comunicação do idoso e equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), acreditamos que este estudo contribua para a visibilidade do processo interativo, como fonte de resolutividade das necessidades em saúde dos idosos inseridos nos programas de saúde da AB. Cabe destacar ainda que com a expansão da ESF nos últimos anos, nos municípios brasileiros, torna-se relevante este estudo com o objetivo de verificar as formas de comunicação utilizadas na AB e como interferem no atendimento e controle da saúde do idoso (Almeida, R.T. 2012).

METODOLOGIA

Estudo de natureza descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, sendo utilizadas algumas evidências quantitativas de caráter sociodemográfico para caracterizar os indivíduos entrevistados. Participaram da pesquisa, idosos de ambos os sexos, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: terem 60 anos ou mais, estarem cadastrados em uma das quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) com equipe da ESF, na área urbana de Porto Feliz (SP) e onde havia maior concentração de idosos cadastrados, serem capazes de expressar sentimentos e percepções e concordarem em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram entrevistados cinco idosos de cada equipe da ESF, totalizando 20 idosos. O dimensionamento do número de participantes foi obtido pela amostragem por saturação em pesquisa qualitativa (Minayo, M.C.S. 2008). Os instrumentos utilizados para a coleta de dados constituíram-se de roteiro para observação direta contendo os elementos das formas de comunicação verbais e não verbais apreendidas

durante o atendimento ao idoso, um instrumento com questões fechadas sobre as condições sociodemográficas dos idosos e questões abertas para entrevistas dos mesmos, buscando-se verificar as formas de comunicação utilizadas e como podem interferir no atendimento e no controle de saúde dos idosos. Os discursos dos idosos foram identificados pela letra E, seguida de um número de ordem de sequência das entrevistas. Os depoimentos foram gravados e transcritos, na íntegra, pela própria pesquisadora e após a leitura exaustiva dos registros dos discursos, os dados foram interpretados de acordo com a técnica da análise temática (Minayo, M.C.S. 2008). Os dados foram coletados entre os meses de junho a setembro de 2011, após aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Processo no. 1032/211/CEP-EEUSP).

ANÁLISE

Analisando os dados das condições sociodemográficas dos 20 idosos que participaram do estudo, 15 idosos residiam em domicílios próprios e estavam casados, demonstrando que a conformação da vida familiar estava centralizada no casamento e o padrão de formação familiar era da união estável. O fato de que houve um número maior de homens (05) em relação ao número de mulheres (03) na faixa etária entre 70 a 79 anos de idade, chamou a nossa atenção. Entretanto, dos 20 idosos entrevistados considerou-se o entendimento da homogeneidade, da diversidade e da intensidade das informações necessárias, refletindo as múltiplas dimensões do objeto de estudo (Minayo, M.C.S. 2008). Desta forma, foi obtido o fechamento amostral por saturação teórica que é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (Fontanella, B.J.B., Ricas, J & Turato, E.R. 2008). As leituras repetidas dos discursos dos idosos, acrescidas dos relatórios das observações, emergiram temas de análises, classificados em temas centrais de análises (Minayo, M.C.S. 2008), que foram relacionados com as formas de comunicação, desvelando-se em comunicação assertiva e comunicação bloqueada, com unidades temáticas elemento verbal e elemento não verbal.

RESULTADOS

Considerando, principalmente, o local em que ocorreram as entrevistas, a UBS com equipe da ESF, apontou predomínio de mulheres (14) que buscaram o atendimento em saúde, sendo significativamente maior que o de homens (06). A baixa escolaridade dos idosos foi constatada: 04 idosos declararam serem analfabetos, 14 idosos foram alfabetizados até a 4ª série do Ensino Fundamental e apenas 02 idosos declararam terem concluído o Ensino Fundamental. Quanto a renda familiar declarada por 19 dos idosos era entre um e três salários mínimos, sendo um total de 11 aposentados (6 idosos e 5 idosas). Entretanto, 9 idosas revelaram não terem aposentadoria. Assim, formas de comunicação apreendidas foram: comunicação assertiva verbal e não verbal e comunicação bloqueada verbal e não verbal.

Comunicação assertiva verbal e não verbal

Os enfermeiros das equipes de saúde da ESF selecionadas para este estudo empregaram uma entonação adequada da linguagem, estabelecendo um diálogo acolhedor com o idoso, falando de forma clara, pausada, olhando de frente para cada idoso. A linguagem própria originária de sua região empregada pelos idosos não interferiu no processo de comunicação, sendo respeitada pela equipe de saúde e considerada no atendimento das necessidades dos idosos. Aspectos positivos da comunicação assertiva, como a linguagem adequada, reforçada pela demonstração de expressões faciais, como sorriso, olhar de frente para o idoso, escuta atenta, foram apreendidos durante a observação nos atendimentos, principalmente da equipe de enfermagem da ESF.

A facilitação da verbalização do idoso foi visualizada principalmente nas ações de enfermagem, onde o idoso podia se expressar de maneira a relatar suas necessidades de saúde, sem bloqueios ou inibições revelados na fala da idosa...*sim, falo tudo, peço tudo, já aproveito se eu não entender peço pra repetir, eu tenho que perguntar né. Eu pergunto*(E16). A reciprocidade de intenção desvelou uma validação da compreensão por parte do idoso, das mensagens feitas pelos profissionais da equipe de saúde, como se revelou no seguinte discurso do idoso...*ah compreendo, consigo compreender tudo sim*(E10).

Os profissionais das equipes da ESF estabeleciam estratégias, induzindo o idoso ao comparecimento à UBS para o controle da sua saúde, por meio da apresentação do cartão de agendamento utilizando-o para marcar a data da consulta com a enfermeira ou com o médico, no entanto os idosos comparecem às consultas periodicamente, conforme referiu um idoso...*eu e minha mulher temos este cartão de agendamento que eles marcam e eu uso pra não esquecer quando eu tenho que vir*(E4). O contato telefônico, realizado pela equipe de enfermagem, seja para efetuar um reagendamento do atendimento como para agendar o comparecimento do idoso para avaliação do resultado dos exames, mostrou bom uso dessa tecnologia, promovendo uma estratégia bem aceita pelos idosos, como se nota neste discurso do idoso...*venho sempre, nunca faltei e se o atendimento não for possível naquele dia, eles me ligam desmarcando e isso é bom porque a gente não perde tempo de ir lá*(E16).

A baixa escolaridade dos idosos traduziu uma diferença cultural entre eles e os profissionais das equipes de saúde. Este fato pareceu não influenciar como obstáculo para o entendimento dos idosos, pois estes esclareciam suas dúvidas, como pode ser percebido na fala do idoso...*eles procuram ajudar a gente no que for preciso e a orientação deles a gente entende. Quando não consigo compreender tenho essa coisa de poder perguntar*(E12). Expressões faciais como sorriso, interesse, atenção, foram observadas, sendo que essas formas de comunicação não verbais foram expressas tanto pelos idosos como pela equipe de enfermagem, havendo demonstração de reciprocidade, emergindo sinais de vínculo, afeto e respeito entre os interlocutores.

Comunicação bloqueada verbal e não verbal

A comunicação bloqueada retratou-se com a falta de diálogo entre um profissional de saúde da AB e um profissional do nível de média complexidade, criando barreiras no cuidado em saúde, como mostra o discurso da idosa...*eu vim aqui (AB) com o médico novo e ele me encaminhou pra fazer cirurgia, mas acho que o cirurgião (serviço de média complexidade) estava mal-humorado. Ele olhou o papel (guia de referência e contrarreferência) e falou sobre o médico que encaminhou: aquele moleque faz essas coisas, não sabe nada*(E5).

A ausência da escuta gerou comunicação bloqueada, como esclarece este discurso da idosa...*quando é atendimento com a médica, ela só passa receita, ela não pergunta nada e aí às vezes estou precisando até de um remedinho, alguma coisa que eu to sentindo, às vezes nem peço pra ela porque fica estranho*(E13).

Gestos de irritação e agressividade do profissional, acompanhados de linguagem inapropriada, foram fatores que geraram comunicação bloqueada, revelando inabilidade do profissional de uma unidade de média complexidade, resultando em exposição e constrangimento da idosa, como ficaram expostos na sua fala...*o cirurgião rasgou a guia de encaminhamento na minha frente. Eu levei um susto e saí de lá. Essas coisas assim que a gente é mais de idade e já fica mais sensível e continua com os mesmos problemas*(E5).

Observou-se diferença cultural existente entre a maioria dos idosos e profissionais de saúde participantes do estudo gerando comunicação bloqueada, particularmente relacionada à figura do médico, que pareceu ter interferido na integralidade do cuidado em saúde. Foi possível apreender uma comunicação bloqueada relacionada ao “mito ligado à figura do médico”, quando a idosa referiu estar com vergonha e constrangida perante o profissional, denotando estar com medo e com dificuldade para a verbalização de suas necessidades, quer pela postura do profissional quer pela barreira social existente, como mostrou o depoimento da idosa...*às vezes eu sinto até envergonhada da médica. Às vezes eles tratam bem a gente, às vezes não, mas muitas vezes eu já saí de lá com dúvida. Não, não, não, pergunto não*(E13). As equipes de enfermagem da ESF estudadas foram facilitadoras do atendimento em saúde ao idoso. Contudo, para se ultrapassar as barreiras da comunicação reveladas por esse “mito ligado à figura do médico”, estratégias inovadoras devem ser articuladas tendo em vista a obtenção da integralidade no cuidado em saúde ao idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se por intermédio deste estudo como as formas de comunicação podem interferir no atendimento e controle de saúde dos idosos, mostrando a existência de aspectos positivos, com uma comunicação assertiva verbal e não verbal como também aspectos negativos, com uma comunicação bloqueada verbal e não verbal.

Desta forma, analisaram-se as formas de comunicação utilizadas na interação entre idoso e equipe de saúde da ESF, o que permitiu visualizar que as ações da integralidade nem sempre estiveram presentes tanto na AB como também no nível de média complexidade da assistência à saúde, fragilizando o cuidado integral ao idoso e constituindo um grande desafio para os profissionais da saúde na transformação da atitude do idoso que não adere ao tratamento.

A integralidade na sua amplitude e complexidade conceitual, demanda a necessidade de estudos que envolvam a AB e outros níveis da assistência à saúde para o aprimoramento do conhecimento e do cuidado em saúde, sendo importante a capacidade de articulação dos enfermeiros e dos demais membros da equipe com outros aparelhos sociais, a fim de trazer a interssetorialidade para a efetivação do cuidado em saúde.

Considerando que a AB busca promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e que a ESF é o solo fértil para a concretização dessas ações, se faz necessário uma articulação de saberes relacionado às formas de comunicação verbais e não verbais no atendimento das necessidades em saúde da população idosa, caminhando para a obtenção de melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, R.T. (2012). *A comunicação do idoso e equipe de saúde da família no município de Porto Feliz-SP: Acesso à integralidade?* Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil.
- Araújo, M.B.S., & Rocha, P.M. (2007). Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, 12 (2), 455-464.
- Costa, M.F.B.N.A., & Ciosak, S.I. (2010). Atenção Integral a saúde do idoso no Programa Saúde da Família: Visão dos profissionais da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (SP)*, 44 (2), 437-444.
- Damasceno, M.M.C. [et al.] (2012). A comunicação terapêutica entre profissionais e pacientes na atenção em diabetes mellitus. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20 (4), 685-692.
- Fontanella, B.J.B., Ricas, J & Turato, E.R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, 24 (1), 17-27.
- Ministério da Saúde. (2006). *Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. Série Pactos Pela Saúde. V 12.* Brasília, DF: Ed. do Ministério da saúde.
- Minayo, M.C.S. (2008). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 11ª Ed. São Paulo (SP): Editora Hucitec.
- Santos, A.M., & Assis, M.M.A. (2006). Da fragmentação à integralidade construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciências Saúde Coletiva*, 11(1), 53-61.

O Velho e os Outros

Celina Maria Bacellar Monteiro¹, Maria Inês Bacellar Monteiro², Fernando Monteiro Camargo³

1. Pesquisadora Sênior do Grupo de Estudos da Memória – GEM/NEPE – PUC SP
moacyrcelina@superig.com.br
2. Programa Pós Graduação em Educação - Universidade Metodista de Piracicaba
mbmontei@unimep.br
3. Cientista Social – PUC de Campinas
camargo.fmc@gmail.com

RESUMO

Este texto foi escrito por três gerações: avó, mãe e neto. Tem por tema a *velhice* como construção social, fruto das práticas sociais e das representações produzidas historicamente. O estudo buscou conhecer as percepções dos *velhos* sobre as formas de cuidado a eles dirigidas. Mais especificamente, os autores direcionaram seus olhares para experiências concretas de vida, aceitando o desafio de trazer à tona peculiaridades e sentidos da prática do cuidar. Tomaram como referência o poema de uma autora anônima e o registro de alguns episódios presenciados ou vividos que apontam para a ausência de conhecimento das histórias de vida dos *velhos* e de seus sentimentos, o que impede um olhar para além das aparências. Os três olhares proporcionados pelas três gerações conversam e discutem o tema *velhice* buscando reflexões sobre o processo de cuidar. Compreender o significado dos sentimentos, desejos e histórias é fundamental para o reconhecimento do *velho* como participante ativo do grupo social. Não podemos desconsiderar que todo *velho* tem uma história.

Palavras-chave: envelhecimento; velho; memória; relacionamento; identidade.

RESUMEN

Este texto fue escrito por tres generaciones: abuela, madre y nieto. Su tema es la *vejez* como construcción social, fruto de prácticas sociales y representaciones producidas históricamente. El estudio busca conocer las percepciones que tienen los *viejos* respecto de las formas de cuidado dirigidas a ellos. Los autores dirigen la mirada específicamente hacia las experiencias concretas de vida, planteándose el desafío de exponer peculiaridades y sentidos de la práctica del cuidar. Toman como referencias el poema de una autora anónima y el registro de episodios presenciados o vividos que señalan la ausencia de conocimiento respecto de las historias de vida y los sentimientos de los *viejos*, lo cual impide una mirada que trascienda las apariencias. Las tres miradas proporcionadas por las tres generaciones conversan y discuten el tema de la *vejez* y procuran reflexionar sobre el proceso del cuidar. La comprensión del significado de los sentimientos, deseos e historias es fundamental para reconocer al *viejo* como participante activo del grupo social. No se debe perder de vista que todo *viejo* tiene una historia...

Palabras clave: envejecimiento; viejo; memoria; relaciones; identidad.

INTRODUÇÃO

Ao olhar para mim

Enfermeira, o que vê?

Ao olhar para mim,

O que pensa você?

Uma mulher rabugenta,

Uma velha mulher,

Sem muito juízo,

Que não sabe o que quer?

(autora anônima)

Assim começa o poema, divulgado pela internet, em que uma velhinha escocesa cujo nome se perdeu, revela sua identidade às enfermeiras que cuidaram dela, contando sua história de vida.

Foi narrando sua vida em diferentes idades que essa velhinha anônima conseguiu manifestar seu desconforto pela maneira como era vista e tratada pelas pessoas que cuidavam dela, possivelmente achando que estavam fazendo o melhor que podiam. Mas guardou para si o seu segredo e foi só depois de sua morte que as enfermeiras, surpresas e emocionadas, descobriram quem ela fora e, como forma de reparação, decidiram divulgar sua história para abrir os olhos de todos aqueles que se relacionam com idosos.

METODOLOGIA

O estudo desenvolvido buscou compreender os significados atribuídos pelos próprios velhos sobre as formas de cuidado a eles dirigidas. Por meio da pesquisa etnográfica, procurou-se registrar e descrever as experiências concretas de vida relatadas ou vividas por velhos em suas relações com os outros. *Nosso estudo focalizou a experiência vivida por avó, filha e neto diante do envelhecimento próprio no caso da avó e filha, e de pessoas conhecidas no caso das três gerações. Foi levada em conta também a experiência de cada um em sua área de trabalho, em que puderam observar idosos, institucionalizados ou vivendo na família, ouvindo-os em conversas informais ou em entrevistas. O olhar de cada um dos três autores partiu de pontos de vistas e situações diferentes, mas convergiu no que se refere à necessidade de ouvir o velho para que possa ser reconhecido por parte de quem convive com ele e, também, não menos importante, para tornar possível a transmissão do seu saber às gerações seguintes.*

A etnografia como exercício do olhar (ver) e do escutar (ouvir) impõe ao pesquisador um deslocamento de sua própria cultura para se situar no interior do fenômeno observado através da participação efetiva nas formas de sociabilidade por meio das quais a realidade investigada se lhe apresenta. (Rocha & Eckert, 2008).

Foi olhando e escutando *velhos* em suas vivências cotidianas que os autores deste texto voltaram-se para as minúcias dos acontecimentos que marcam seus relacionamentos com os outros. A pesquisa insere-se na proposta da etnografia, que “...deriva da matriz antropológica cultural e implica a descrição ou reconstrução analítica do cenário e das regras de funcionamento de um grupo cultural. Trata-se de uma reconstrução que se guia pela concepção de mundo ou quadro conceitual dos investigados” (Góes, 2000, p. 10).

ANÁLISES

Muitos idosos manifestam como se sentem desrespeitados tornando-se bruscos, agressivos, exigentes com os cuidadores. Irritadiços e mal-humorados passam a imagem de velhos rabugentos e mal-agraçados. Outros, mais dóceis, conformam-se, consideram que não adianta lutar, não conseguirão se fazer compreender, isolam-se, emudecem, resignados diante de um muro de incomunicabilidade. E então, facilmente entram em depressão. Eis como uma senhora relata a visita que fez a uma grande amiga, Cecília¹, numa casa para idosos: “conheci-a quando eu ainda era menina, como uma pessoa de muita fé e sensibilidade, temperamento forte, até mesmo um tanto autoritário, toda uma vida dedicada ao ideal de fazer ‘o bem a todos e o mal a ninguém’. Na velhice, chegou a uma docilidade conquistada. Conversando com ela, ouvi da cuidadora a seguinte exclamação cheia de admiração: - “Nossa! Ela fala!” Cecília era uma desconhecida para a pessoa que convivia com ela diariamente!

A velhinha da Escócia, por se ver *desconhecida* pelas pessoas que lidavam com ela, sente a necessidade de reafirmar sua identidade para si mesma ao mesmo tempo em que busca o *reconhecimento* dos outros. Ela o faz, re-cordando (lembrando com o coração) toda sua vida: a infância no afeto da família, com seus pais e irmãos; a adolescência com suas dúvidas e inquietações; a descoberta do amor, o casamento, os filhos e netos, a casa cheia... e depois, o esvaziamento, a morte do marido, o afastamento dos filhos que passam a cuidar da própria vida, a solidão... sente como se seu coração deixasse de bater... Mas, pela memória ela revive e, ao relembrar alegrias e sofrimentos, confessa: “de novo meu coração palpita”. O *reconhecimento* pelos outros, só veio depois de sua morte, mas ultrapassou de muito os muros do hospital e os limites da Escócia, tornando aquela velhinha cujo nome ignoramos, merecedora de nossa gratidão, sentimento de que ela própria foi privada por ter guardado segredo sobre sua confissão! Lembremos que reconhecimento é sinônimo de gratidão... (Brandão, 2011, p. 210).

Diferente da velhinha escocesa que relatou sua vida da infância à *velhice* num tempo linear, cronológico, as lembranças de *velhos* costumam emergir da memória por flashes, reflexos de um tempo interno, kairós – para os gregos, o tempo dos deuses, em oposição a kronos, o tempo humano, tempo vivido (Martins, 1991) - reproduzindo episódios ligados a alguma emoção despertada por diferentes estímulos, como conta Proust (2009) em seu admirável romance *Em busca do tempo perdido*, que se tornou referência para todos que estudam a memória.

O tempo perdido e reencontrado pela memória! Memória e tempo são temas correlatos. É a memória que faz a ligação entre passado, presente e futuro. É pela memória que o *velho* recupera, tornando-os presentes, os momentos mais significativos de seu passado, o que lhe permite encarar o futuro com serenidade, dando sentido à sua vida.

O tempo é uma entidade abstrata. Autores que tratam do tema, procurando descrever sua trajetória, falam em tempo linear, tempo cíclico, tempo em espiral. Podemos imaginá-lo pensando nas rodas de uma bicicleta em movimento: enquanto executam um movimento circular, sempre igual, realizam simultaneamente outro, linear, à medida que avançam no espaço e no tempo e, se tentarmos representar esse movimento num traçado, veremos que o entrelaçamento dos círculos desenharam uma espiral.

Imaginemos ainda que cada ciclo (uma volta da roda da bicicleta representa o tempo de vida de uma geração. O movimento linear executado pela roda representa a continuidade da vida que se dá pelo entrelaçamento dos ciclos, isto é, das gerações: cada nova geração tem seu ponto de partida na que a precedeu, da qual recebe uma herança cultural que será transmitida para a próxima (Comblin, 1968). E assim se forma a espiral, representando o presente, com base no passado e aberto para o futuro.

Diferente da criança, que se situa no tempo tendo diante de si a perspectiva de um futuro distante, que demora a chegar, o *velho* tem atrás de si um longo passado, e tem a sensação de que o tempo transcorre cada vez mais depressa, em direção a um futuro incerto, no qual a única certeza é a aproximação da morte. A chegada da velhice, com suas limitações e perspectiva da morte, muitas vezes o surpreende e desorienta. Para se situar nesse presente, ele precisa de *referências*, que retira de seu passado, dos objetos que o cercam e que lhe trazem lembranças, do ambiente espacial ao qual se acostumou.

Como a criança, o velho depende dos outros, mas enquanto ela caminha para a independência, ele se torna cada vez mais dependente. É aí que se situa o ponto crítico no relacionamento do idoso com os outros, sejam

1 Todos os nomes são fictícios para preservar a identidade dos sujeitos.

eles familiares ou profissionais da saúde: é frequente essas pessoas acharem que o velho volta a ser criança, tratando-o como tal. Essa atitude, que infantiliza o idoso, só contribui para aumentar sua dependência.

Uma amiga, Isabel, mulher muito ativa, intelectual, professora universitária com inúmeras publicações, tendo passado de muito os 80, começou a apresentar alguns problemas de memória e comportamento. A família decidiu interná-la. Encontraram uma instituição de ponta, com todos os recursos médicos e terapêuticos. Até então ela andava sozinha com apoio de uma bengala, lia livros e jornais, via TV e comentava as notícias com amigos que continuava a visitar. Apreciava boa comida e um bom vinho. Rapidamente foi perdendo tudo isso, apesar da “excelência” do tratamento recebido. Seu tempo passou a ser marcado pelos horários de levantar, deitar e das refeições; pelas visitas do médico ou de enfermeiras, diferentes conforme o turno; pelos exercícios de fono ou fisioterapia; pela terapeuta ocupacional que a estimulava a fazer potes de cerâmica ou a desenhar mandalas. Os momentos mais prazerosos eram quando amigos a visitavam, mas também esses foram se tornando cada vez mais raros. Quando soube que sua casa foi vendida, perdeu mais essa referência. Hoje ela não anda mais, alimenta-se pouco e com relutância, não lê mais livros nem jornais, não se interessa pela TV que fica ligada o tempo todo diante dela, sempre no mesmo canal. Apesar de um grande cartaz à sua frente indicando dia, mês e ano, Isabel não consegue mais se situar no tempo, tendo perdido sua casa, seus espaços, suas atividades, isto é, suas referências. Ainda reconhece familiares e amigos, mas já não tem assunto para conversar.

Outro amigo, João, também professor e também na casa dos 80 avançados, sofre de doença degenerativa, mas tem o privilégio de poder envelhecer na família. Nem por isso, obviamente, dá para evitar limitações e perdas. Limitações em movimentos, habilidades motoras, na fala e, portanto, na comunicação, além daquelas comuns a todo processo de envelhecimento, como o declínio da visão. Perdas de seu ambiente de trabalho e do convívio com colegas e alunos, também natural em toda aposentadoria. Mas, o mais triste, perdas de amigos e amigas, não só pela morte, mas por doenças que tornam a pessoa ausente ainda em vida. No entanto, o fato de viver em sua casa, com a esposa, no ambiente que juntos foram construindo, com os objetos e arranjos que lhe trazem lembranças e, sobretudo, com a presença frequente de filhos, netos e alguns amigos fiéis, reduz muito o impacto negativo da doença, que ele sabe incurável e progressiva. Mais que tudo, sua força de vontade e a capacidade de manter vivo o senso de humor, que sempre foi uma característica sua, faz com que ele ultrapasse as ameaças de depressão e que sua companhia continue agradável.

Claro, é bom insistir, trata-se de um caso privilegiado e muito raro. No entanto, é conveniente considerar situações extremas para mostrar a importância de evitar que o envelhecimento acarrete a exclusão do velho do ambiente físico e humano em que sempre viveu. A falta de referências acelera o processo normal de envelhecer e pode antecipar a demência. Sem dúvida, muitas vezes a internação é a única solução possível e não se pode desprezar o uso de novos recursos possibilitados pelo avanço das ciências médicas. Mas é preciso ter sempre presente que nada substitui o contato humano.

Mesmo quando a perda de memória é grave, como nos casos de Alzheimer e outros, é preciso manter referências, conversar com a pessoa. Ainda que ela não seja capaz de responder, *fale com ela*. No campo das artes, o cinema e a literatura têm mostrado, como é importante a comunicação com pessoas fragilizadas pela idade ou pela doença, até mesmo aquelas aparentemente incapacitadas de compreender, para dar-lhes uma melhor qualidade de vida, ou até para fazê-las voltar a viver. Assim o filme de Almodóvar (2002), *Fale com ela* e os belos romances do português Valter Hugo Mãe (2012), *A máquina de fazer espanhóis* ou do francês David Foenkinos (2013), *Les Souvenirs*.

Até quando o *velho* mostra-se ativo e gozando de plenas faculdades mentais encontramos situações constrangedoras que denunciam como a sociedade enxerga nossos *velhos*: os cabelos brancos e a aparência de dona Anita revelavam seus mais de setenta anos. Quando precisou ir ao hospital internar sua tia, quase centenária, que quebrara a perna, pediu que sua filha a acompanhasse apenas por uma questão de companhia. Qual não foi seu espanto quando, no guichê do hospital, ficou sabendo que não poderia assinar a ficha de internação, porque sua idade era muito avançada. Dona Anita voltou-se para a filha e disse: Você deve assinar porque eles não me acham capaz. Fique tranquila, se houver despesas poderei arcar com elas.

O relacionamento do velho com filhos e netos é algo enriquecedor para as duas partes. Vejam o testemunho de um jovem, recém formado em antropologia, sobre seu avô quase nonagenário: “Enéas é um avô muito

querido e bem humorado. Está com Parkinson e por isso tem muita dificuldade para se movimentar. Teve uma cuidadora, profissional muito eficiente, que para fazê-lo iniciar os movimentos contava 1, 2, 3 e já... Apelidou-a de Um-dois-três.” Tolerava sua presença porque sabia que precisava dela. Mas quando foi substituída por outra, ‘menos capaz’ do ponto de vista profissional, mas que conversava com ele, contava seu dia a dia e ria de suas piadas, estabeleceu com ela certa cumplicidade afetiva e aceitava sua ajuda com muito menos constrangimento.

CONCLUSÃO

Todo ser humano tem necessidade de reconhecimento por parte de seus semelhantes. O reconhecimento de uma pessoa por outra, provoca nela um sentimento positivo, que cria um elo entre quem reconhece e quem é reconhecido, muito semelhante ao sentimento de gratidão. Aliás, a própria palavra reconhecimento, segundo os dicionários, significa também gratidão. Já a falta de reconhecimento, pelo contrário, provoca frustração que facilmente se transforma em agressividade.

No caso de pessoas idosas, as marcas do tempo, não apenas no corpo, transformam sua aparência, tornando muito mais difícil o reconhecimento de sua verdadeira identidade. Haja visto, como é comum a infantilização do idoso pelas pessoas que lidam com ele. Essa falta de reconhecimento pode provocar seja a apatia, seja a irritabilidade do idoso.

Foi isso, constatado pelas três gerações, que quisemos demonstrar em nosso trabalho.

Além disso, verificamos também que todo velho tem uma história a contar... e se os mais jovens estiverem dispostos a ouvi-lo, a conversar com ele, isso fortalecerá o elo entre as gerações, a transmissão de uma herança, uma cultura que por sua vez, quando esses jovens envelhecerem, será transmitida a seus descendentes. É a vida que continua, que se prolonga de geração em geração. É assim que se faz a história, tanto a de cada homem, cada mulher, como a grande história, a História da humanidade!

REFERÊNCIAS

- Almodóvar, P. (2002). *Fale com Ela*. [Filme-DVD]. P. Almodóvar, dir. P. Almodóvar, prod. Espanha, 112 minutos.
- An old Lady's Poem. Dundee, Escócia (tradução livre de Celina Monteiro) Recuperado a 7 de Abril, 2013, de <http://www.poeticexpressions.co.uk/POEMS/Old%20Lady's%20Poem.htm>.
- Brandão, V. T. (2011). *Longevidade e Espiritualidade: narrativas autobiográficas*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo.
- Comblin, J. (1968). *O Provisório e o Definitivo*. São Paulo: Ed. Herder.
- Foenkinos, D. (2013). *Les Souvenirs*. Paris: Gallimard.
- Goes, M. C. R. (2000). A abordagem microgenética na matriz histórico-cultural: uma perspectiva para o estudo da constituição da subjetividade. *Cadernos CEDES*, 20 (50), 9-25.
- Mãe, V. H. (2012). *A máquina de fazer espanhóis*. São Paulo: Cosac Naify.
- Martins, J. (1991). *Anotações de palestra realizada na PUCSP por Celina Monteiro*.
- Proust, M. (2009). *Em busca do tempo perdido*. Trad. Fernando Py. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Rocha, A. L. C. & Eckert, C. (2008). Etnografia: saberes e práticas. *Revista Iluminuras*, 09 (21), 1-23.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria Inês B. Monteiro, Universidade Metodista de Piracaba, mbmontei@unimep.br

O papel do cuidador na preservação da memória do idoso.

Cinthia Lucia de Oliveira Siqueira¹.

Resumo:

Ancorada em uma perspectiva histórico-cultural de desenvolvimento humano, este trabalho procura analisar como o dizer do outro acerca da memória do idoso interfere na forma como este se relaciona com suas lembranças e esquecimentos e de que forma o discurso positivo do cuidador com relação às possibilidades do idoso pode contribuir para o desenvolvimento saudável deste. Para tanto foram analisados dados de entrevista inicial e relatos espontâneos de idosos (entre 68 e 88 anos de idade) participantes de uma oficina de memória ao longo de 10 meses. Os relatos eram registrados por escrito pela pesquisadora após cada encontro e pautaram-se no método clínico de análise, em que a compreensão do sujeito está acima da compreensão da doença. A partir dos enunciados dos participantes foi possível observar que suas queixas sobre dificuldades na memória estavam relacionadas à fala do outro, de seus familiares e que a preocupação que tinham era menos com a memória e mais com a identidade. Neste sentido, o trabalho indica que o cuidador pode constituir-se enquanto um interlocutor privilegiado na construção de uma ideia positiva acerca da memória do idoso o que certamente contribui para o melhor desempenho da mesma.

Palavras-chave: memória; envelhecimento; linguagem, cuidador.

Resumen:

Anclado en una perspectiva histórico-cultural del desarrollo humano, este trabajo analiza cómo lo decir de otro acerca de la memoria de las personas mayores afecta la manera en que él se relaciona con la memoria y el olvido, y como la expresión positiva del cuidador acerca de las posibilidades los ancianos pueden contribuir al desarrollo saludable de esto. Para ello se analizaron los datos de la entrevista inicial y los informes espontáneos de personas de edad avanzada (entre 68 y 88 años) que participan en un taller de la memoria de más de 10 meses. Los informes fueron anotados por el investigador después de cada encuentro y guiados en el método de análisis clínico, en el que la comprensión de la persona está más allá de la comprensión de la enfermedad. De las declaraciones de los participantes, se observó que sus quejas sobre problemas de memoria están relacionados con el habla de los demás, de sus familias y de la preocupación que tenían era menos con memoria y más con la identidad. En este sentido, el trabajo indica que el cuidador pueda erigirse como interlocutores privilegiados en la construcción de una idea positiva sobre la memoria de las personas mayores que sin duda contribuye a un mejor desempeño de la misma.

Palabras-clave: memoria; envejecimiento; lenguaje, cuidador.

¹ cinthiasiqueira@terra.com.br

INTRODUÇÃO.

Memória e Envelhecimento.

O envelhecimento da população tem trazido novas demandas para a sociedade. Com trajes da moda, cabelos pintados, gírias na fala e trejeitos juvenis, o idoso de hoje salta da cadeira de balanço para a esteira da academia. São os atualmente classificados como “Idosos Jovens” - *aqueles que vivem hoje um dinamismo inédito na história e ajudam a construir uma nova imagem, mais atuante e alegre da velhice na sociedade atual.* (Motta, 2011, p.81)

Avanços na medicina e responsabilidades familiares têm alongado os dias vividos e tornado os velhos importantes protagonistas da vida contemporânea, porém, se por um lado o aumento da expectativa de vida carrega entusiasmo, por outro, sustenta o receio da doença, da dependência, do esquecimento.

Esquecer... Eis um grande receio do idoso. Esquecer as chaves do carro, o ferro ligado, uma data importante, o nome das pessoas, o número do telefone, o que fez no dia anterior, o que comeu no almoço, as conversas recentes, a palavra certa, o uso dos objetos, o caminho de casa, a fisionomia no espelho, o nome, esquecer a si mesmo.

A perda da memória é temerosa porque pode restringir a independência e autonomia². O sujeito com um prejuízo grave na memória não é capaz de estabelecer e seguir suas próprias regras, não tem capacidade de decisão e comando sobre suas ações, ou seja, não tem autonomia sobre sua vida e depende do outro para fazê-lo. Neste sentido, pensar sobre as possibilidades de trabalhar a memória do idoso constitui-se tema importante tanto para este, como para seus cuidadores³ informais no sentido de melhorar a qualidade de vida e interação entre eles.

A oficina da memória.

Em janeiro de 2012 fui convidada a desenvolver uma oficina de memória para um grupo de terceira idade num programa de medicina preventiva. No primeiro dia, durante atividade de apresentação, os participantes declararam que procuraram a oficina porque achavam que estavam cada vez mais esquecidos e temiam que isso fosse o prenúncio de uma demência, neste sentido, depositavam na oficina a possibilidade de prevenção e adiamento de perda das faculdades mentais.

O conceito que permeava suas demandas era o de que a memória está exclusivamente relacionada ao funcionamento orgânico do sujeito e que, com o envelhecimento do corpo, ela necessariamente declina, ou seja, quanto mais velho o sujeito, mais esquecido e menos memória ele tem.

Autores como Alvarez (2009) e Izquierdo (2002) referem que não necessariamente a memória declina com a idade, mas acreditam que há uma lentidão na realização das sinapses e, portanto, no processamento das informações cerebrais, o que torna o idoso mais vagaroso para lembrar-se. Os autores não descartam a influência de fatores emocionais no desempenho da memória, mas a compreendem a partir de uma perspectiva organicista. Nesta visão, o desenvolvimento procede naturalmente como uma sucessão de estágios, regulados por princípios intrínsecos e biológicos e a memória depende essencialmente das sinapses cerebrais.

Neri (2011) faz um levantamento dos estudos psicológicos que foram realizados no início do século XX sobre as diferenças de desempenho intelectual de acordo com a idade dos sujeitos. A autora constatou que a maioria dos psicólogos registrou a associação entre idade e desempenho, como se a primeira causasse o segundo. Prevaleceu e cristalizou-se o chamado modelo deficitário do desenvolvimento mental na vida adulta. Segundo

2 De acordo com Netto (2011) independência é a capacidade de realizar algo com seus próprios meios e autonomia é a capacidade de decisão, de comando. Evans (1984, apud Netto) chama de autonomia o estado de ser capaz de estabelecer e seguir suas próprias regras e diz que, para um idoso, autonomia é mais útil que a independência pois pode ser restaurada por completo, mesmo quando o indivíduo continua dependente. Uma senhora com fratura do fêmur, por exemplo, que ficou restrita a uma cadeira de rodas, poderá exercer sua autonomia, apesar de não ser totalmente independente (Paschoal, 1996, apud Netto).

3 Cuidador informal segundo Campedelli (1993) é o familiar, vizinho, ou amigo que presta ação de ajuda e proteção ao idoso que vivencia situações temporárias ou permanentes de comprometimento da capacidade de autocuidado e de exercer atividades práticas do dia-a-dia. Apesar deste trabalho não referir-se especificamente ao idoso com comprometimento de autocuidado, as reflexões aqui traçadas servem para familiares e pessoas próximas a todo idoso, dependente ou não, no sentido de contribuir com a integridade mental dos mesmos e, portanto, favorecer sua interação com os familiares que com ele convivem.

a autora, o preconceito científico em relação ao idoso, exerce efeitos até hoje na formulação de hipóteses de pesquisa que atribuem as mudanças comportamentais na velhice exclusivamente à idade.

Motta (2011) aponta que *o idoso é sempre referido ou analisado em suas ações sobretudo pela sua condição de velho* (p.78). Ainda de acordo com a autora, as classificações por idade (assim como por sexo e classe) acabam sempre impondo limites e produzindo uma ordem em que cada um deve manter-se em seu lugar.

Costumamos ser tolerantes quando uma criança se esquece de algo, pois entendemos que a mesma não tem o compromisso de lembrar-se de tudo. Da mesma forma ocorre com o adulto em idade produtiva profissionalmente, quando esquece, justificamos através de sua sobrecarga de afazeres, cansaço, stress. Para o idoso não há complacência, se esqueceu, é porque está ficando velho e este aceita e incorpora tal discurso como seu. O que o idoso aprendeu ao longo da vida, as experiências que acumulou, são relegadas a um segundo plano, pois eventualmente ele se esquece de apagar o fogo ou não encontra seus óculos e isto torna-se o mais importante.

Era justamente a ideia do prejuízo e déficit que permeava a preocupação dos idosos da oficina e de seus familiares, como se a idade cronológica fosse principal fator dos esquecimentos que eles vinham apresentando.

Memória numa perspectiva histórico-cultural.

Diferente da ideia de memória condicionada ao funcionamento orgânico do sujeito, a teoria histórico-cultural de desenvolvimento que teve Vygotsky como principal representante, defende que as funções psicológicas superiores, dentre elas, a memória, têm uma natureza social e não biológica. Ele afirma que o sujeito é constituído ao longo de sua própria história, nas relações com as pessoas e objetos de seu meio e, desta forma, suas capacidades e habilidades, inclusive a memória, estão primordialmente subordinadas à apreensão que este sujeito faz da cultura.

Não há nesta abordagem a negação de um substrato biológico que influencie, de certo modo, o curso do desenvolvimento humano, mas ele não é determinante, pois está subordinado às condições socioculturais em que este sujeito está inserido. Para o autor, as funções psicológicas elementares que nascem com o sujeito e que são reguladas por mecanismos biológicos, ligados à linha de desenvolvimento natural, são totalmente transformadas através da internalização de práticas sociais e isto acontece ao longo de toda a vida.

Esse movimento de internalização das relações vividas é possível porque o homem é capaz de operar com signos, ou seja, consegue construir representações mentais (por meio da linguagem verbal, das imagens) que substituem os objetos do mundo real, independente do espaço e do tempo presentes. Sem os signos, a relação do homem com a natureza aconteceria de maneira direta e a memória seria apenas uma percepção imediata das impressões externas, condicionada a situações concretas.

Ancorada nesta perspectiva, Cruz (2004) procura mostrar em seus estudos que as relações de solidariedade existentes entre linguagem e memória se constituem por um feixe de processos integrados: cognitivos, biológicos, culturais e linguísticos. Dessa forma, a reflexão sobre a memória exige o reconhecimento de relações que extrapolam a dimensão cortical ou cognitiva a ela tradicionalmente reservadas.

Nesta mesma linha de pensamento, Smolka (2000) refere que a memória é uma prática social e ressalta que pensar e estudar sobre a “formação da mente” na perspectiva histórico-cultural implica em entender as condições, os modos de produção e as práticas que envolvem motivos e formas de lembrar e esquecer, maneiras de contar, de fazer e registrar histórias.

Ao considerar que os processos psicológicos superiores têm natureza social compreendemos que a memória depende muito mais das vivências dos sujeitos do que da integridade orgânica do cérebro, assim, de acordo com esta teoria a maior idade passa a ser uma vantagem dos idosos em relação aos mais novos - quanto mais velho é o sujeito, mais instrumentos internos ele dispõe para recordar.

Outro aspecto importante que a abordagem histórico-cultural nos permite pensar é que a forma como o sujeito é significado interfere expressivamente no desenvolvimento e desempenho deste. A capacidade de

significar (dar sentido, interpretar e fazer-se entender) de cada pessoa passa a existir pelo significado que os outros atribuem às suas ações. Inserido em um mundo simbólico/linguístico o sujeito encontra na linguagem a gênese do significado de si próprio e de seu pensamento. Para Vygotsky, a subjetividade do sujeito não existe a priori, mas concretiza-se no processo de internalização, evidenciando que o desenvolvimento acontece de modo partilhado. O dizer dos outros é internalizado pelo sujeito e constrói aquilo que ele pensa sobre si mesmo, marcando a forma como ele irá passar a atuar sobre o seu meio.

Para Bakhtin (2000), os enunciados dos outros, através de um processo mais ou menos criativo de assimilação, tornam-se nossos próprios enunciados. Aquilo que o sujeito diz e pensa sobre si mesmo são, em certa medida, os dizeres de outras pessoas sobre este sujeito.

A partir desta teoria o outro passa a ter essencial papel na significação que atribui à pessoa idosa e podemos pensar que aquilo que os familiares, cuidadores e pessoas de seu convívio pensam ou dizem sobre o velho reflete de maneira significativa na forma como ele pensa de si e age em função desse pensar.

O objetivo deste trabalho é analisar, a partir da oficina de memória desenvolvida, como a reformulação do discurso acerca da memória do idoso pode contribuir na preservação e melhora da mesma e em que sentido o cuidador pode participar deste processo.

METODOLOGIA.

A oficina da memória teve duração de março a dezembro de 2012. Foram formados dois grupos com 20 participantes cada um na idade entre 68 e 88 anos, sendo 31 mulheres e 9 homens. Das mulheres, 25% eram professoras primárias aposentadas, 27% nunca haviam exercido atividade remunerada e as outras distribuíam-se entre antigas costureiras e comerciantes. Dos homens, havia dois delegados aposentados, um antigo funcionário da Receita Federal, três antigos comerciantes, um antigo Prefeito da cidade e dois bancários aposentados. Nenhum dos participantes exercia atividade remunerada na época e ocupavam-se, em sua maioria, de programas de atividades voltados à terceira idade, como hidroginástica, coral, teatro. O nível socioeconômico da maior parte era entre classe média e média alta. Apenas um participante apresentava lesão neurológica (pós AVC) com alteração de linguagem escrita (afasia) sem comprometimento da memória. Nenhum participante apresentava doença relacionada a processos demenciais.

Em entrevista indireta inicial, 100% dos participantes referiram perceber que a memória estava apresentando falhas e todos eles as associavam ao processo de envelhecimento. As maiores queixas dos participantes era dificuldade de guardar nomes, datas, listas de compras, compromissos e todos eles ansiavam por exercícios que pudessem amenizar esta condição.

Chamou a atenção o fato de que os idosos baseavam-se no dizer dos outros sobre seus esquecimentos e estes dizeres eram geralmente depreciativos – *“Minha filha disse que eu estou ficando velha porque ando muito esquecida”(C.)*. *“Eu vim porque minha mulher disse que eu nunca lembro onde deixei os óculos ou as chaves e que isso está piorando com a idade (L.)”*. *“Meus netos me chamam de velhinha porque eu troco o nome deles o tempo todo (M.)”*.

Havia preocupação com as queixas dos pacientes, com aquilo que eles apresentavam como dificuldades, sem perder de vista, no entanto, a interpretação de seus ditos. Para compreender os sujeitos, não recorreu-se a um esquema rígido e fechado de perguntas e respostas voltadas para o estado patológico dos mesmos, mas procurou-se, ao longo dos encontros, realizar leituras de suas demandas explícitas e implícitas, seguindo o que Foucault (1987) denominou método clínico de investigação cuja preocupação recai sobre a interpretação da linguagem (subjetividade) dos sujeitos.

Após os encontros eram registrados em um diário as atividades, informações e relatos importantes dos participantes e o planejamento dos encontros eram realizados semana a semana, guiados pelos anseios, questionamentos e percurso dos participantes.

Atendendo à demanda dos sujeitos, foram realizados, de início, atividades de associação que lhes auxiliassem nas dificuldades que eles referiam. Trabalhamos com estratégias mnemônicas para guardarem nomes de

pessoas, fisionomias, números de telefones, listas de compras, compromissos, entre outros, sempre de forma contextualizada, relacionadas com a realidade de cada participante.

Também trabalhamos com estratégias externas de memorização como utilização de agendas, lembretes, organização da rotina, repetição de alguns procedimentos a fim de amenizar os esquecimentos de compromissos e a perda de objetos pessoais.

Aos poucos foram sendo introduzidas atividades mais criativas de produção textual, compreensão e interpretação de filmes, poemas, obras de arte, fotografias, relatos autobiográficos, composição de músicas, entre outros.

Junto a essas atividades práticas eram realizadas explanações teóricas a respeito do funcionamento da memória e dos mitos acerca da relação entre idade e esquecimento, pois o objetivo maior das atividades era justamente mostrar aos participantes suas possibilidades. A intenção que estava por trás das atividades era menos o treino da memória e mais a descoberta de si mesmos.

ANÁLISE E RESULTADOS:

Foi possível observar que ao longo da oficina os participantes sentiam-se motivados pelas estratégias mnemônicas que lhes permitia memorizar um número cada vez maior de informações. Também mostraram beneficiar-se das estratégias externas, como pode ser observado nos relatos registrados abaixo:

Ontem eu fui ao shopping com meus netos e filhos e eles ficaram surpresos comigo, pois eu fui a única que me lembrei onde havíamos parado o carro no estacionamento. É que eu fiz uma associação entre a referência “G2” da vaga com os meus “2 Gatos”. (C.).

Eu não levo bronca mais de minha esposa por esquecer onde deixei meus óculos, agora quem dá bronca nela sou eu, quando ela os retira da mesa onde eu sempre os coloco. (L).

Que maravilha aquela atividade que você me ensinou com “Doublets, esta semana fui ao médico e enquanto esperava fiquei praticando; parou uma menina ao meu lado, devia ter uns 10 anos e perguntou o que eu estava fazendo, expliquei a ela e percebi em seus olhinhos que ela ficou pensando assim: Nossa, nem parece uma velhinha esquecida. (A).

Vou partilhar com vocês uma coisa que eu desenvolvi lá em casa para não esquecer o ferro ligado. Escolho a tomada que deixa o fio esticado na direção da porta de saída, assim, para sair do quartinho sem tropeçar, preciso tirar o fio da tomada. (I)

Fiz bonito este final de semana, conheci a namorada de meu neto e logo associei seu nome (Mariana) ao mar, fiquei imaginando ela nadando na praia e não esqueci mais de seu nome, quando ela foi embora eu disse: adorei te conhecer Mariana. Ela deve ter me achado muito educada, melhor do que esquecida né? (M).

Os relatos demonstram o quanto o dizer dos outros sobre a condição do idoso interfere e tem grande relevância na forma como ele próprio se identifica. A “velhinha” é significada como alguém que tem conhecimento e coisas interessantes a oferecer, o marido esquecido agora é o que assume o comando de seus pertences, a avó faz bonito é educada e não mais desmemoriada. O mais velho surpreende e colabora na hora de lembrar-se da vaga no estacionamento. O velho muda de papel, sai da condição do déficit para a condição das possibilidades.

A fala dos participantes mescla o que pensam de si *Fiz bonito este final de semana* com o que imaginam pensarem dele - *Percebi em seus olhinhos que ela ficou pensando assim: Nossa, nem parece uma velhinha*. Em última análise, a preocupação dos idosos parece ser menos com a memória e mais com a identidade.

Interessante que muitas das estratégias foram criadas por eles próprios e divididas com o grupo, como faz (I.) ao partilhar algo que ela acredita contribuir aos demais.

Ao apropriarem-se de instrumentos psicológicos que lhes permitem amenizar esquecimentos, sentem-se mais confiantes, mais autônomos e mais capazes. Assumem uma posição diferenciada e não acolhem mais a depreciação do outro - *agora quem dá bronca nela sou eu*.

Sem se darem conta de que estas possibilidades preexistiam à oficina, os idosos lembram-se mais, não porque estão treinando o cérebro, mas porque passam a acreditar em si, em suas capacidades.

A pesquisadora, ao ocupar-se do trabalho com a autoestima dos participantes, permite que eles experimentem mais lembranças do que esquecimentos, seja a partir da construção de imagens mentais (estratégias mnemônicas), seja na construção de textos, resgate da autobiografia, trabalho com as diversas linguagens artísticas. A ideia do déficit cognitivo dá lugar à crença no desenvolvimento e aprendizagem que ocorre ao longo de toda a vida. A idade cronológica não mais impõe limites, como discute Motta (2011) mas sugere possibilidades - *eu fui a única que me lembrei onde havíamos parado o carro no estacionamento* (C.).

Como aponta Vygotsky, o dizer dos outros transforma-se no dizer do sujeito sobre si e altera sua forma de agir, o que indica a importância do cuidador construir uma ideia positiva acerca da memória do idoso a fim de contribuir com uma atitude mais confiante deste frente a suas possibilidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

É necessário desmistificar a figura do idoso esquecido. As pessoas que o acompanham, dentre eles, o cuidador informal, precisam desconstruir o ideário de que o mais velho tem menos memória do que a criança, o jovem ou o adulto, serem tolerantes com seus descuidos e valorizarem o que ele tem de melhor – suas lembranças, o que certamente contribui para seu bom desempenho.

Esta desconstrução implica em compreender que a memória extrapola a dimensão cortical ou cognitiva e que não está condicionada à idade cronológica do sujeito. Requer a superação do paradigma organicista sobre envelhecimento e memória e a compreensão do tema a partir de um paradigma dialético cuja análise envolve processos biológicos, cognitivos, culturais, históricos e sociais.

Este trabalho, ao tematizar o olhar do outro sobre a memória do idoso, pretendeu trazer uma determinada visão sobre o tema e apontar possibilidades para aqueles que cuidam de idosos. No entanto, é um pequeno recorte no vasto campo de investigação sobre envelhecimento e memória.

Ampliar e aprofundar os estudos nesta área, principalmente no que diz respeito à preservação e manutenção das funções cognitivas ao longo de toda a vida, é necessário para garantir a qualidade de vida da população idosa e de seus cuidadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Alvarez, Ana (2009). *Deu branco*. Rio de Janeiro, São Paulo: Editora Record.
- Bakhtin, M. (2000). *Estética da criação verbal*. (3. ed). São Paulo: Martins Fontes.
- Camarano A.A. & El Gharoury S.K. (1999) Idosos brasileiros: que dependência é essa? In: AA Camarano (org.) *Muito além dos 60 - os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA.
- Campedelli M.C. et al (1993). Grupo de cuidadores de idosos: uma experiência multiprofissional. In: *Âmbito Hospitalar*; 46:46.
- Evans, J.G. (1984). Prevention age-associated loss of autonomy epidemiological approaches, 37(50). 353-361.
- Freitas, E. V. e PY, L.(Eds) (2011). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan

Foucault (1987) *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Gatz M., Bengston V.L. & Blum M.J. Caregiving families (1990). In: JE Birren & K Warner Schaie (eds.). *Handbook of psychology of aging*, (3 ed.). San Diego: Ca Academic Press.

Izquierdo, I (2002). *Memória*. Porto Alegre: Artmed.

Lemos e Medeiros (2011) *Suporte social ao idoso*. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan.

Motta, A.B. (2011). *Visão antropológica do envelhecimento*. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan.

Neri, A.L. (2011). *Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais*. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan.

Netto, M.P. (2011). *O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos*. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan.

Paschoal, S.M.P. (1996). Autonomia e independência (pp 26-43). In: Netto M.P. *Gerontologia*. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu.

Saad P.M. (1991). *Tendências e consequências do envelhecimento populacional no Brasil* (pp 5-9).. A população idosa e o apoio familiar informe demográfico. São Paulo Fundação SEAD.

Smolka, A.L. B. (2000) A memória em questão: uma perspectiva histórico-cultural, *Educação e Sociedade*, n.71, 167-193.

Vygotsky, L.S. (1998). *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes.

Capacidade funcional de idosos do concelho de Baião

Cláudia Viana¹, Maria João Monteiro², Isabel Barroso³ & Conceição Rainho⁴

ACES Baixo Tâmega, celisabeteviana@gmail.com

2. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro - ESEnfVR/CIDESD, mjmonteiro@utad.pt

3. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro - ESEnfVR, imcbarroso@utad.pt

4. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro - ESEnfVR, crainho@utad.pt

Resumo

O envelhecimento crescente da população portuguesa é uma realidade que se tem vindo a acentuar nas últimas décadas. A capacidade de funcionar de modo independente diminui com a idade e este declínio é influenciado por um conjunto de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Deste modo, perante o envelhecimento populacional, a capacidade funcional assume uma importância fundamental na saúde do idoso. Neste estudo descritivo-correlacional e transversal, pretende-se determinar os valores do índice de independência de *Barthel* e a sua relação com variáveis sociodemográficas e internamentos hospitalares. Participaram 213 idosos, dos quais 124 (58,2%) eram do género feminino e 89 (41,8%) do masculino. Os resultados mostraram que o valor do índice de independência de *Barthel* aumenta significativamente com a idade, no género masculino, nos que referiram ter cuidador informal e nos idosos que não foram internados no hospital, durante o último ano.

Palavras-chave: idosos; índice de independência funcional; escala de *Barthel*

Resumen

El envejecimiento creciente de la población portuguesa es una realidad que ha ido aumentando en las últimas décadas. La capacidad de vivir de forma independiente disminuye con la edad y este descenso sufre la influencia de una serie de factores, biológicos, psicológicos y sociales. Por lo tanto, dado el envejecimiento de la población, la capacidad funcional aun es más relevante por las personas mayores. Este estudio descriptivo-correlacional y transversal, tiene como objetivos determinar los valores del índice de *Barthel* y su relación con variables sociodemográficas y los ingresos hospitalarios durante el año pasado. Participaron en el estudio 213 personas mayores, de los cuales 124 (58,2%) eran mujeres y 89 (41,8%) eran hombres. Los resultados mostraron que la puntuación del índice de independencia de *Barthel* aumenta significativamente con la edad, en los hombres, en los mayores que dijeron tener cuidador informal y en los que no fueron hospitalizados durante el año pasado.

Palabras clave: mayores, índice de independencia; escala de *Barthel*.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento enquanto processo multifatorial é universal e intimamente ligado ao processo de diferenciação e crescimento (Santos, Andrade, & Bueno 2009). Importa salientar, que embora sendo um processo universal não afeta todos os indivíduos da mesma maneira, observando-se diferenças entre as pessoas, sociedades e culturas, sendo que os fatores ambientais e individuais são relevantes no processo de envelhecimento. Em Portugal observou-se um aumento da proporção de idosos que em 2011 era de 19% e o mesmo ocorreu no concelho de Baião com um progressivo envelhecimento da população, que se pode constar pela evolução do índice de envelhecimento, 89,4, em 2001 aumentando para 108,7 % em 2010. Também o índice de longevidade indica o envelhecimento demográfico, que em 2001 era de 43.3%, aumentando para 51.3% em 2010 (INE, 2012).

Neste contexto de transição demográfica, a manutenção da capacidade funcional dos idosos é especialmente relevante. Matsudo (2000) define capacidade funcional como o potencial que os idosos apresentam para decidir e atuar de forma independente. O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida (Alves et al., 2007). Uma vez que a incapacidade funcional se relaciona com maior vulnerabilidade e dependência, é importante estudar a independência dos idosos para a realização das atividades básicas de vida diárias, no sentido de se intervir mais especificamente, para que se mantenham com um nível de independência elevado. Constituem objetivos deste estudo: i) determinar o valor do índice de independência de *Barthel*, dos idosos inscritos na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Centro de Saúde de Baião; ii) identificar variáveis sociodemográficas relacionadas com o índice de *Barthel*, bem como a sua relação com os internamentos hospitalares no último ano.

METODOLOGIA

É um estudo descritivo-correlacional e transversal no qual participaram 213 idosos.

O instrumento de recolha de dados foi um questionário, sendo que na primeira parte constam variáveis de caracterização sociodemográfica e de saúde e na segunda a escala de *Barthel*, validada para a população portuguesa por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007), que permite a determinação do índice de independência para a realização de dez atividades básicas de vida diárias (comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas). A pontuação da escala varia de 0-20, sendo que quanto maior for a pontuação, maior é a independência para todas as atividades de vida diárias. O Mini Exame do Estado Mental foi utilizado para excluir os participantes que apresentaram valores que indicassem alteração cognitiva. A aplicação do instrumento de recolha de dados ocorreu após autorização do ACES e o consentimento informado do idoso, que decorreu no período compreendido entre janeiro e março de 2013.

Neste estudo, a escala de *Barthel* mostrou que é efetivamente um instrumento com um nível de fidelidade elevado (*alfa de Cronbach*=0,905).

Dos participantes 124 (58,2%) eram do género feminino e 89 (41,8%) do masculino, com a média de 76,83 (d.p.=6,95 anos). A maioria era casada (60,1%) e apenas 16,4% referiu viver sozinho. Verificou-se que 47,4% tinham cuidador e a maioria referiu que os seus cuidadores eram os filhos (71%). No último ano, 9,9% dos idosos referiu internamentos hospitalares e praticamente na totalidade dos idosos (99,5%) verificou-se o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (quadro 1)

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica e de saúde do idoso

	N	%
Gênero		
Masculino	89	41,8
Feminino	124	58,2
Grupo etário		
65-74 anos	94	44,1
75-84 anos	84	39,4
Mais de 85 anos	35	16,4
Estado civil		
Solteiro	9	4,2
Casado	128	60,1
Viúvo	74	34,7
Divorciado	2	0,9
Coabitação		
Sozinho	35	16,4
Acompanhado	178	83,6
Ter cuidador		
Sim	101	47,4
Não	112	52,6
Internamento no último ano		
Com internamento	21	9,9
Sem internamento	192	90,1
Vacinação		
Sim	210	99,5
Não	1	0,5

Foram analisados dados parciais do estudo, aplicado o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, verificou-se que a variável índice de independência de *Barthel* não segue a distribuição normal ($KS_{Barthel}=0,319$; $p_{Barthel}\leq 0,001$), pelo que serão utilizados testes não paramétricos: teste qui-quadrado para a comparar variáveis nominais com duas ou mais categorias, o teste Mann-Whitney para variáveis ordinais entre dois grupos independentes e o coeficiente de correlação de *Spearman*. Para o tratamento estatístico dos dados, recorreremos ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0.

RESULTADOS

Da avaliação da independência funcional, valor obtido pelo índice de *Barthel*, como se pode constatar no histograma (fig.1), dos participantes, 63,4% revelaram total independência para a realização das atividades básicas de vida diárias.

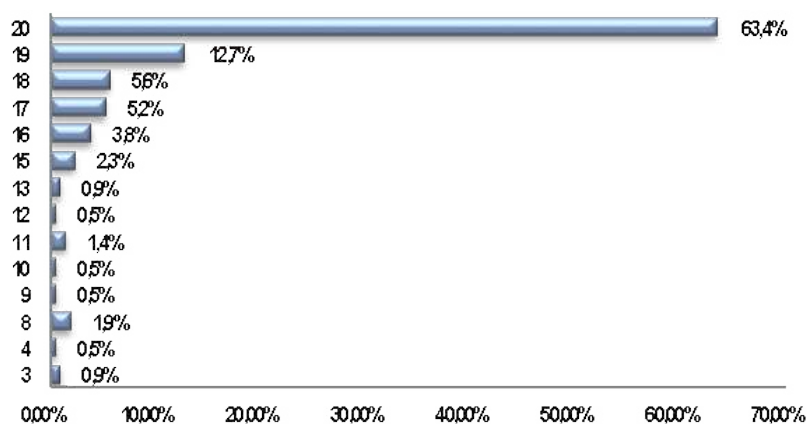


Figura 1. Distribuição da amostra em função dos valores obtidos no índice de *Barthel*

A correlação de Spearman entre a idade dos idosos e o índice de *Barthel* mostrou-se negativa, moderada e estatisticamente significativa ($\rho=-0,425$; $p<0,001$).

Da análise da relação entre o valor obtido no índice de independência de *Barthel*, e o gênero, coabitação, ter cuidador informal e internamento hospitalar durante o último ano, foi possível verificar diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros ($U=4744,0$; $W=12494,0$; $p=0,043$) com os idosos do gênero masculino a apresentarem uma média de ordens mais elevada (115,70 vs. 100,76), o que parece indicar maior independência para a realização das atividades de vida diárias. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os idosos que vivem sós e os que vivem acompanhados ($U=2558,5$; $W=18489,5$; $p=0,052$). No entanto, como se pode observar a diferença está no limiar de se tornar significativa verificando-se que os idosos que vivem sozinhos apresentam uma média de ordens mais elevada (122,90 vs. 103,87) apresentando assim maior independência.

Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas no valor obtido no índice de *Barthel*, entre os idosos que têm cuidador e os que não têm cuidador ($U=2704,5$; $W=7855,5$; $p<0,001$), sendo que os que não têm cuidador apresentaram uma média de ordens mais elevada (133,35 vs. 77,78) ou seja maior nível de independência para a realização das atividades de vida diárias.

Os idosos que referiram internamento hospitalar no último ano mostraram diferenças estatisticamente significativas, em relação aos que não referiram qualquer internamento ($U=1483,5$; $W=1714,5$; $p=0,020$). Estes últimos, apresentaram uma média de ordens mais elevada (109,77 vs. 81,64), indicando um maior nível de independência para a realização das atividades de vida diárias.

No quadro 2, podem ser consultados os resultados da análise da relação entre o valor obtido no índice de independência de *Barthel* e o gênero, coabitação, ter cuidador informal e internamento hospitalar durante o último ano.

Quadro 2 – Índice de *Barthel* em função do gênero, coabitação, cuidador informal e internamento hospitalar no último ano

Índice de <i>Barthel</i>	N	M ± dp	Média Ordens	N	M ± dp	Média Ordens	U	W	p
Gênero	Masculino			Feminino					
	89	18,74 ± 3,092	115,70	124	18,41 ± 3,082	100,76	4744,0	12494,0	0,043
Coabitação	Sozinho			Acompanhado					
	35	19,60 ± 0,847	122,90	178	18,34 ± 3,314	103,87	2558,5	18489,5	0,052
Cuidador informal	Tem cuidador			Não tem cuidador					
	101	17,17 ± 4,015	77,78	112	19,79 ± 0,572	133,35	2704,5	7855,5	<0,001
Internamento hospitalar	Com internamento			Sem internamento					
	21	16,38 ± 5,035	81,64	192	18,79 ± 2,706	109,77	1483,5	1714,5	0,020

DISCUSSÃO

Neste estudo os resultados mostraram que à medida que aumentava a idade, diminuía o valor do índice de *Barthel*, também constatado no estudo de Sousa, Galante e Figueiredo (2003) ao verificarem que os idosos na faixa etária mais baixa apresentavam maior autonomia em relação a faixas etárias superiores. Também Guccione (1993) e Giacomini, Peixoto, Uchoa & Lima-Costa, (2008) afirmam que a capacidade de funcionar de modo independente, diminui com a idade e este declínio é influenciado por um conjunto de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

A incapacidade funcional é um fenômeno que difere entre homens e mulheres, também neste estudo os idosos do gênero masculino apresentaram um índice de independência superior para a realização das atividades de vida diárias, o mesmo foi observado por outros autores (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003; Giacomini, Peixoto, Uchoa & Lima-Costa, 2008).

No presente estudo verificou-se associação significativa entre ter estado internado no ano anterior e menor capacidade funcional. Os estudos apontam no sentido do internamento ser preditor de uma diminuição da capacidade funcional dos idosos, pois aos efeitos do envelhecimento juntam-se as consequências do repouso no leito e do ambiente estranho e por vezes hostil (Almeida Abreu, & Mendes, 2010).

CONCLUSÃO

Neste estudo podemos concluir que o valor do índice de independência de *Barthel* aumentou significativamente com a idade, foi significativamente superior no gênero masculino, nos que referiram não ter cuidador informal e não terem sido internados no hospital durante o último ano. A escala de *Barthel* apresentou um nível de fidelidade elevado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, R. A. R., Abreu, C. C. F., & Mendes, A. M.O. C. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência* III, 2, 163-172.
- Alves, L. C. Leimann, B. C. Q., Vasconcelos, M.E.L., Carvalho, M. S., Vasconcelos, A. G. G., da Fonseca, T. C. O., Lebrão, M. L. & Laurenti, Ruy (2007). A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 23(8), 1924-1930.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira & A. Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.
- Guccione, A. A. (1993). *Fisioterapia geriátrica*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogon.
- Giacomin, K. C., Peixoto, S. V., Uchoa, E. & Lima-Costa, M. F.(2008) Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 24(6),1260-1270
- Matsudo, S.M. (2000). *Avaliação do idoso: física e funcional*. Londrina: Midiografedition.
- Santos F. H. dos, Andrade, V. M & Bueno O. F. A. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 14(1), 3-10.
- Sousa, L.; Galante, H. & Figueiredo, D. (2003) Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev. Saúde Pública*, 37(3), 364-371.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Conceição Rainho, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, crainho@utad.pt

Avaliação das necessidades das famílias com pessoas dependentes de uma aldeia da região de Basto

Joana Costa¹, Isabel Barroso², Conceição Rainho³ & Maria João Monteiro⁴

1. Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, EPE email: jfilipacosta@hotmail.com

2. Escola superior de Enfermagem de Vila Real-UTAD email: imbarroso@utad.pt

3. Escola superior de Enfermagem de Vila Real-UTAD email: crainho@utad.pt

4. Escola superior de Enfermagem de Vila Real-UTAD email: mjmonteiro@utad.pt

Resumo:

Realizou-se o diagnóstico de situação no que concerne à caracterização das famílias com pessoas dependentes de uma aldeia da região de Basto, procedendo à identificação e avaliação da dependência. Os objetivos consistiam em identificar as necessidades das famílias com pessoas dependentes e os familiares cuidadores e avaliar a sobrecarga dos cuidadores. Trata-se de um estudo descritivo e transversal numa população de 285 habitantes, que utilizou um formulário com uma parte destinada à caracterização e outra destinada a avaliar o nível de independência de Barthel e a sobrecarga do cuidador. Nos 93 agregados familiares foram identificadas 21 pessoas dependentes e 14 cuidadores informais e 7 não possuíam qualquer tipo de apoio. Dos 14 cuidadores inquiridos, maioritariamente do sexo feminino, apenas 2 não apresentaram qualquer tipo de sobrecarga, 2 sobrecarga ligeira e 10 cuidadores apresentaram sobrecarga intensa. Dos problemas evidenciados nesta população destacam-se pela sua relevância: a sobrecarga dos familiares cuidadores, défices de conhecimentos sobre posicionamentos; dificuldades nos cuidados de higiene e problemas na obtenção de apoios para a prestação de cuidados. Neste sentido será importante a conceção de um programa de intervenção por parte dos enfermeiros.

Palavras-chave: Pessoas dependentes; Cuidadores informais; Sobrecarga do cuidador

Resumen:

se realizó el diagnóstico de la situación para caracterizar las familias con personas dependientes de un pueblo en la región de Basto y se procedió a la identificación y valoración de la dependencia. El objetivo fue identificar las necesidades de las familias con personas dependientes y sus cuidadores familiares, así como evaluar la carga del cuidador. Se trata de un estudio descriptivo transversal en una población de 285 habitantes, en lo cual se utilizó un formulario, en dos partes, la primera por la caracterización y la segunda para evaluar el nivel de independencia de Barthel y la carga del cuidador. En 93 hogares se identificaron 21 dependientes. De los 14 cuidadores informales, 7 no tenían ningún tipo de apoyo. Los cuidadores de los 14 encuestados, en su mayoría mujeres, sólo 2 no tenían ningún tipo de sobrecarga, 2 presentarán baja sobrecarga y 10 cuidadores mostraron una intensa sobrecarga. Los problemas señalados en esta población se distinguen por su relevancia: la carga de los cuidadores familiares, los déficits en el conocimiento sobre el posicionamiento en el lecho, las dificultades en los cuidados de higiene y problemas en la obtención de apoyo para la prestación de la atención. En este sentido, es importante diseñar un programa de intervención de enfermería comunitaria dirigido a estos cuidadores informales.

Palabras clave: Personas dependientes; cuidadores; sobrecarga.

INTRODUÇÃO

Historicamente, em Portugal, os cuidados aos idosos e pessoas dependentes são suportados predominantemente pelas famílias. Os cuidadores informais assumem a responsabilidade de apoiar a realização de atividades básicas e instrumentais, e são normalmente um elemento da família/vizinho, amigo, voluntário. Trata-se de uma atividade não profissional e não remunerada por consequência de incapacidade física e/ou cognitiva, tendo em vista a satisfação das necessidades da pessoa dependente (Figueiredo, 2007; Gil, 2010; Pereira, 2008). Sequeira (2010) refere que as dimensões da prestação de cuidados podem ser: a orientação, a vigilância, a ajuda, o apoio e até a substituição, quando necessário. O cuidado pode ser sistematizado em três grandes áreas, em função da necessidade de cuidados da pessoa dependente: i) apoiar em termos de informação e orientação na obtenção de conhecimentos para facilitar a prestação de cuidados e a resolução de problemas ii) apoio emocional, que consiste em estar e relacionar-se com o outro, partilhar emoções, mantendo a autoestima da pessoa dependente; iii) apoio instrumental, que consiste na prestação de cuidados em situações problemáticas. A literatura relata que os fatores que predisõem para assumir o papel de cuidadores informais ou familiares cuidadores são habitualmente: o parentesco, os cônjuges são as pessoas que quando podem assumem os cuidados à pessoa idosa e /ou dependente; o género, com predominância das mulheres; a proximidade física, assegurando os cuidados as pessoas que vivem próximo ou na mesma casa e a proximidade afetiva, quando é possível os cuidadores serem os filhos, ou no caso dos dependentes não idosos os pais (Karsch, 2003).

No contexto atual assiste-se a uma alteração na estrutura familiar decorrente do aumento do divórcio, do crescimento das famílias monoparentais e recompostas, as uniões de facto, e pessoas a viverem sozinhas, e o aumento da esperança média de vida tem contribuído também para a existência de famílias constituídas somente por idosos (Chau; Soares; Fialho & Sacadura, 2012). Apesar de todas as alterações sociais e políticas a família continua a ser a principal cuidadora (Carvalho, 2010). O familiar que é responsável por prestar assistência à pessoa em situação de dependência é habitualmente designado de cuidador informal. Contudo, Rodrigues (2011) afirma que Familiar Cuidador (FC) é o termo mais adequado por transmitir maior afetividade sendo também melhor aceite pela família. Neste sentido, deve fazer-se referência à família cuidadora, sendo o familiar cuidador o elemento responsável pela articulação das informações entre a pessoa dependente, a família e os serviços de saúde (Rodrigues, 2011). A manutenção dos idosos no seu domicílio, em contexto familiar, através do cuidado informal assume uma relevância particular, seja pelo crescente aumento de pessoas idosas incapazes de viver autonomamente na comunidade, seja pela evidência de que as famílias assumem a maior parte dos cuidados referentes à pessoa cuidada (Lage, 2005), cabendo aos enfermeiros a prestação de cuidados de saúde e a promoção de ambientes facilitadores de autonomia e independência. Contudo, cuidar de pessoas dependentes pode acarretar para os cuidadores angústia, solidão, desespero, tensão, tristeza, alterações no bem-estar e na saúde, na vida social, na disponibilidade económica, na rotina familiar, nas relações interpessoais com a pessoa cuidada, no desempenho profissional, e conseqüentemente ao aparecimento de sobrecarga (Ricarte, 2009; Martins et al (2003). O apoio informal que é assegurado pela família assume um papel primordial em termos de gestão de recursos de saúde, sendo indispensável que os enfermeiros procedam à identificação e acompanhamento destas famílias. Neste contexto, considerou-se os seguintes objetivos: Caracterizar os familiares cuidadores e as pessoas dependentes; Identificar as necessidades dos familiares cuidadores e Avaliar a sobrecarga nos familiares cuidadores.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, que se desenvolveu numa comunidade pequena de 285 habitantes, no período de 7 de Maio a 13 de Julho de 2012. Foram inquiridos 93 agregados familiares correspondendo à totalidade de habitações da aldeia. Para a recolha de dados elaborou-se um formulário constituído por duas partes: a primeira integrava questões para identificação das pessoas dependentes e dos seus cuidadores (número de pessoas dependentes, género e idade dos elementos, e pessoas com dependência). A segunda parte do formulário permitia avaliar a independência para a realização das atividades básicas de vida diárias, através do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007), e para as atividades instrumentais, o Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007), e a sobrecarga do cuidador informal através da escala de Zarit (Zarit e Zarit, 1983) permitindo avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva. Para a realização do estudo foi efetuado o pedido de autorização ao Presidente do Concelho Clínico do Agrupamento dos Centros de Saúde do Baixo Tâmega.

ANÁLISE

Para a análise dos dados foi criada uma base de dados no SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), versão 19.0 para Windows Vista 2007, especificamente para o estudo. De forma a sintetizar a informação recolhida, utilizou-se a estatística descritiva, nomeadamente: frequências absolutas (n°) e relativas (%), bem como medidas de tendências centrais, como é o caso da média de idades. Não foram utilizados testes estatísticos pois a população em estudo é muito pequena, não permitindo obter relações estatísticas significativas.

RESULTADOS

Dos 285 participantes no estudo, 153 eram mulheres e verificou-se uma média de 3 pessoas por agregado familiar, sendo que o mínimo é de 1 pessoa e o máximo de 7 pessoas. As idades variaram de 3 meses a 92 anos de idade e 93 pessoas tinham entre 18 e 44 anos. Foram identificados 21 pessoas dependentes e 14 familiares cuidadores, o que permite constatar a existência de 7 pessoas com dependência sem qualquer tipo de apoio, maioritariamente do sexo feminino 13 (61,90%). No que concerne à atividade laboral, todas as pessoas dependentes estavam reformados. Quanto à causa da dependência, 18 (85,71%) referiram ter sido o aparecimento de doença súbita, sendo as mais referidas, os acidentes vasculares cerebrais, demências e problemas osteoarticulares. Referenciaram ainda que o tempo de dependência é prolongado, com 9 pessoas a referirem a situação de dependência há mais de 5 anos e outras 9 há mais de um ano. A avaliação da dependência foi feita mediante a capacidade de cada pessoa para cumprir as AVD: 5 (23,81%) pessoas eram totalmente dependentes, 1 (4,76%) apresentava uma dependência severa, 4 (19,05%), uma dependência moderada, 9 (42,86%) revelavam uma dependência ligeira, e apenas 2 (9,52%) pessoas eram totalmente independentes.

O elemento fundamental nos cuidados à pessoa com dependência é o familiar cuidador pelo que foi importante proceder à sua caracterização: dos 14 cuidadores verificou-se o predomínio do género feminino, 20 (92,86%), existindo apenas um cuidador masculino. A maioria tinha idades compreendidas entre os 22 e os 75 anos, correspondendo uma média de 53,79 anos. Quanto ao estado civil 10 cuidadores eram casados e todos os cuidadores mantinham uma atividade laboral, em 3 (21,43%) dos casos, ligada à agricultura, e 2 (14,29%) a atividades domésticas, no entanto a maioria estava reformado ou desempregado 9 (64,29%), e 12 (85,71%) dos cuidadores não alteraram a sua vida profissional anterior pelo facto de cuidarem de um familiar. A escolaridade dos familiares cuidadores é baixa, sendo que 4 (28,57%) não sabem ler e escrever e 6 (42,86%) cuidadores frequentaram a escola sem conclusão do 1º ciclo. É de sublinhar que 12 (90,48%) dos familiares cuidadores não receberam qualquer tipo de apoio na prestação de cuidados, no entanto apenas 4 (19,05%) referem ter dificuldades na prestação de cuidados, nomeadamente de higiene e posicionamentos. Da avaliação da sobrecarga a que estes cuidadores estão sujeitos, apenas 2 não apresentaram qualquer sobrecarga e 2 uma sobrecarga ligeira, no entanto, em 10 dos cuidadores verificou-se uma sobrecarga intensa. Assim das necessidades identificadas nesta população destacam-se pela sua relevância: a sobrecarga dos familiares cuidadores, o défice de conhecimentos sobre posicionamentos; dificuldades nos cuidados de higiene e na obtenção de apoios para a prestação de cuidados.

DISCUSSÃO

Decorrente da análise dos dados, constatamos que o aumento da população idosa gera situações de dependência (Sequeira, 2007) no domicílio. Verificamos que a pessoa que se encontra em situação de dependência tem em média 72 anos existindo no entanto estudos que apresentam médias mais elevadas (Araújo, Paul, Martins, 2011; Rocha & Pacheco, 2013). A causa da dependência decorreu de situações súbitas com relevância para os AVCs, constituindo esta a principal causa de dependência e de incapacidade (Sá, 2009). O tempo de dependência na maioria das pessoas do estudo era superior a cinco anos, mas a maioria era moderadamente dependente necessitando de supervisão e de apoio do familiar cuidador para o desempenho de algumas das atividades, ao contrário do estudo realizado por Araújo et al., (2011) em que a maioria das pessoas apresentava grau muito elevado de dependência. Sem surpresa constatamos a predominância dos cuidadores do sexo feminino corroborando a literatura (Martins et al., 2003; Rocha & Pacheco, 2013; Figueiredo 2007; Sequeira, 2007). Os familiares cuidadores, gradualmente, adaptam-se ao papel de cuidador apesar da pouca capacitação inicial;

residem com a pessoa dependente e a média de idade é superior a 50 anos, o que é comprovado noutros estudos (Rocha & Pacheco, 2013). No entanto, não é pouco frequente, neste estudo constatar-se pessoas idosas com idosos familiares ao seu cuidado e idosos a morarem sozinhos, com necessidade de cuidados de saúde. O baixo nível de escolaridade dos cuidadores levou-nos a inferir que pode condicionar o conhecimento, a procura de ajuda e de recursos sociais. Apuramos que a maioria dos cuidadores apresenta sobrecarga intensa resultante das inúmeras tarefas a que tem de responder diariamente e que advêm do cuidar (Imaginário, 2008).

CONCLUSÃO

Na população do estudo, predominantemente rural, as situações de dependência são maioritariamente assumidas pelas famílias. No entanto, são evidentes as dificuldades dos cuidadores familiares nos cuidados de higiene e posicionamentos e a falta de acessibilidades físicas da habitação, nomeadamente, a casa de banho desaproprada e existência de escadas. A sobrecarga, o cansaço e a impotência que os familiares cuidadores apresentaram são notórias, pelo que se justificará a necessidade de intervenção por parte dos enfermeiros, capacitando, apoiando e potenciando os familiares cuidadores, de modo a que às pessoas com dependência sejam disponibilizados os melhores cuidados no seu domicílio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, I., Paul, C., & Martins, M. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: Dependência no auto cuidado. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 45 (4), 869-875.
- Carvalho, M.I.L.B. (2010). *Os cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social no concelho de Cascais*. Tese de doutoramento não publicada, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.
- Chau, F., Soares, C., Fialho, J.A.S., & Sacadura, M.J. (2012). *O envelhecimento da população: Dependência, ativação e qualidade. Relatório Final*. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa, Faculdade de Ciências
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Gil, A. (2010). *Heróis do quotidiano. Dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.
- Karsch, U. (2003). Idosos dependentes: Famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 861-866.
- Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl & A.M. Fonseca (Orgs.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 203-229). Lisboa: Climepsi.
- Marques, S. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral*. Coimbra: Formasau.
- Martins, T., Ribeiro, J., & Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (1), 131-148.
- Pereira, A.S.C.A. (2008). *Cuidadores familiares e idosos dependentes: Perfil, motivos e satisfação com a vida*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Ricarte, L. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no concelho da Ribeira Grande*. Tese de mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Rocha, B., & Pacheco, J. (2013). Idoso em situação de dependência: Estresse e coping do cuidador informal. *Acta Paul Enferm.*, 26 (1), 50-56.

Rodrigues, M.P.G. (2011) *Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal: Versão reduzida*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto,

Sá, M.J. (2009). AVC: Primeira causa de morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, (6), 12-19.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: Diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Zarit, S.H., & Zarit, J.M. (1983). *The memory and behavior problems checklist the burden interview*. Technical Report, Pennsylvania State University.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Joana Costa, Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, EPE email: jfilipacosta@hotmail.com

Mudanças no desempenho funcional e composição corporal em idosos institucionalizados. Um estudo longitudinal

Leonel Preto^{1,2}, Eugénia Mendes¹, André Novo^{1,2} & Ana Santos³

1. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

2. Núcleo de Investigação e Intervenção no Idoso

3. Unidade Local de Saúde do Nordeste

Resumo:

Estudo longitudinal com o objetivo de avaliar alterações na aptidão física e composição corporal de idosos ao longo de dois anos. Utilizámos questionário clínico e sociodemográfico, o protocolo de aptidão física para idosos de Rikli e Jones, dinamómetros para avaliação da força e bioimpedância para determinar composição corporal. O declínio funcional foi visível entre avaliações para o teste sentar-levantar em 30 seg ($p < 0,05$); para o teste de flexão do antebraço com halteres ($p < 0,01$); para o sentado-alcançar ($p < 0,01$) e para o Up and Go ($p < 0,01$). Os resultados sugerem que alterações significativas decorreram no processo de envelhecimento, e no espaço temporal de dois anos, nas variáveis relacionadas com a força muscular e flexibilidade e não tanto no equilíbrio. Os resultados não traduziram significativas alterações na composição corporal entre avaliações, no entanto apontam para uma redução da massa óssea e da massa muscular total.

Resumen:

Estudio longitudinal con el fin de evaluar los cambios en la condición física y la composición corporal en personas mayores a lo largo de dos años. Se utilizó cuestionario clínico y socio demográfico, la batería de pruebas funcionales para la valoración de la condición física funcional en personas mayores propuesta por Rikli y Jones, dinamómetros para evaluar la fuerza y impedancia bioeléctrica para determinar la composición corporal. El deterioro funcional fue visible, entre los dos momentos, para el test sentarse y levantarse de una silla en 30 seg ($p < 0,05$) para la prueba flexiones completas de brazos con un peso ($p < 0,01$), para el test de sentado-alcanzar el pie extendido ($p < 0,01$) y el test de ida y vuelta ($p < 0,01$). Los resultados sugieren que cambios significativos tuvieron lugar en los dos años, sobre todo en las variables relacionadas con la fuerza muscular y flexibilidad y no tanto en el equilibrio. Los resultados traducen cambios significativos en la composición corporal entre las evaluaciones, sin embargo, apuntan a una reducción de la masa ósea y la masa muscular total.

Palavras-chave: Envelhecimento; Funcionalidade; Composição corporal

INTRODUÇÃO

O envelhecimento fisiológico caracteriza-se por um conjunto de alterações na funcionalidade orgânica e mental, que ocorrem devido aos efeitos do avançar da idade sobre o organismo, e repercute-se na capacidade do indivíduo para manter a homeostasia interna no continuum declínio das suas funções fisiológicas.

Foi nosso objetivo principal perceber as principais alterações decorrentes do normal processo de envelhecimento ao nível da flexibilidade articular, coordenação motora, força, agilidade e equilíbrio dinâmico. Tais variáveis revestem-se de um especial significado para a manutenção do bem-estar, são essenciais à execução de muitas atividades básicas e instrumentais de vida diária, à manutenção da independência e à melhoria da qualidade de vida. A flexibilidade, a título de exemplo, é fundamental para pentear o cabelo, calçar os sapatos, alcançar os armários, tomar banho, secar as costas. Baixos índices de flexibilidade parecem estar relacionados com o aparecimento de lesões na coluna vertebral, dificuldade na marcha e aumento do risco de quedas.

Vários estudos realizados na população idosa mostram que a diminuição da força muscular e aptidão física são importantes preditores de mortalidade (Samuel, Rowe, Hood, & Nicol, 2012). A força muscular declina com a idade, acompanhada de perda de massa óssea, massa muscular e aumento da gordura (Gale, Martyn, Cooper, & Sayer, 2007).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, de natureza quantitativa e de tipo longitudinal, alicerçado em dois momentos de avaliação: o primeiro levado a cabo nos meses de Abril e Maio de 2011 e o segundo realizado dois anos depois. Fomos guiados pela seguinte questão de investigação: “Como varia a aptidão física, a composição corporal e o medo de cair dos idosos ao longo do processo de envelhecimento?”.

O estudo realizou-se no Concelho de Bragança, mais especificamente, no Centro Social e Paroquial de Baçal, no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Bragança e no Centro Social de Rebordãos. Nas primeiras duas instituições os idosos vivem em regime de institucionalização completa; a terceira funciona como centro de dia.

Participaram na investigação todos os idosos que cumpriam os critérios de inclusão: independência para a marcha, inexistência de déficite cognitivo ou condição médica instável. Na segunda avaliação não foram estudados os que se encontravam acamados ou incapazes de realizar os testes de aptidão física, os que tinham sido transferidos para outra instituição; e, obviamente os que tinham falecido.

Relativamente aos instrumentos utilizámos questionário sociodemográfico e questionário clínico (contemplando antecedentes patológicos, medicação em uso, fatores de risco para a osteoporose e tensão arterial e frequência cardíaca). O medo de cair foi avaliado através da Versão Portuguesa da Falls Efficacy Scale (FES). A funcionalidade foi avaliada através do protocolo de aptidão física para idosos, de Rikli e Jones (1999), tendo em conta o Timed Up and Go, o teste levantar e sentar na cadeira em 30s, o teste alcançar atrás das costas, o teste sentado-alcançar, e a flexão do antebraço com alteres. Avaliámos força de preensão manual e digital (com dinamómetro Jamar e dinamómetro de pressão de ar). A composição corporal foi avaliada recorrendo a uma balança de bioimpedância, através da qual foi possível recolher dados relativamente a: peso, massa gorda, metabolismo energético, idade metabólica, gasto energético diário, água corporal, massa gorda visceral, massa óssea e massa muscular.

ANÁLISE

Para tratamento e análise da informação foi construída uma base de dados no programa estatístico para tratamento de dados em ciências sociais (SPSS, versão 20.0). Utilizámos também o software Microsoft Office Excel 2007 disponível para Windows Vista. Na apresentação e análise dos resultados recorreremos aos procedimentos clássicos da estatística descrita e inferencial.

RESULTADOS

Iniciamos o estudo com 51 idosos participantes. No espaço temporal de dois anos (que mediou entre os dois momentos de colheita de dados) 3 ficaram acamados ou incapazes de realizar marcha autonomamente, 2 foram transferidos para outras instituições, 8 e faleceram durante esses dois anos. Deste modo a amostra ficou constituída por 38 indivíduos, maioritariamente mulheres (60,5%), sendo viúvos/as 65,8% do total de idosos. Na primeira avaliação, a idade variou dos de um valor mínimo de 65 a um máximo de 97 anos ($82,47 \pm 7,39$ anos).

Aquando da primeira avaliação, e em termos médios, os idosos estavam institucionalizados ou frequentavam o centro de dia havia 42 meses ($42,45 \pm 47,46$ meses). Para a segunda avaliação, a estes valores acrescem os 24 meses do follow up.

Ao analisarmos as pontuações obtidas na Falls Efficacy Scale (FES) entre períodos, verificamos que no primeiro momento os idosos apresentavam maior confiança média para a realização das tarefas descritas ($86,63 \pm 19,17$) do que dois anos depois ($61,42 \pm 25,26$), sugerindo os dados que os participantes apresentavam maior medo de cair na última avaliação, com significado estatístico ($p=0,000 < 0,05$).

Verificou-se a existência de uma significativa correlação entre as pontuações obtidas no questionário medo de cair entre as duas avaliações, pelo teste de correlação não paramétrico de Spearman ($r=0,645$; $p=0,000$). Verificou-se que quanto mais aumentam os valores da idade pontuações mais baixas se obtiveram na Falls Efficacy Scale. Assim os dados sugerem que os idosos mais longevos apresentam menos confiança para a realização das tarefas (vestir e despir; preparar uma refeição ligeira; tomar banho ou duche; sentar/levantar da cadeira; deitar/levantar da cama; atender a porta ou o telefone; chegar aos armários; trabalho doméstico ligeiro e realizar pequenas compras).

Relativamente aos testes de aptidão física e funcionalidade dos idosos iniciamos por expor os resultados encontrados para o teste sit-to-stand (STS) em 30 segundos. Na primeira avaliação o resultado médio obtido no sit-to-stand em 30 segundos foi de $9,63 (\pm 4,27)$ repetições. Dois anos depois os idosos só conseguiram realizar $8,28 (\pm 3,73)$ repetições. Verificamos alterações com significado estatístico decorrentes do intervalo de dois anos entre avaliações ($z= 2,313$; $p=0,021$).

A força dos membros inferiores foi avaliada pelo teste de flexão do antebraço dominante com pesos de 2 kg (para as mulheres) e de 3kg (para os homens); cronometrando, em 30 segundos, o número de repetições, segundo protocolo (Rikli & Jones, 1999). Os resultados médios para o teste de flexão do antebraço com pesos em 30 segundos foram $15,5 (\pm 5,30)$ repetições na primeira avaliação, valores que decresceram para $11,5 (\pm 4,42)$ repetições dois anos passados. As diferenças observadas entre períodos são significativas sob o ponto de vista estatístico ($Z=-4,210$; $p=0,000$).

A análise comparativa do equilíbrio unipodal em 30 segundo com apoio plantar do membro dominante demonstrou que, em média, os idosos fizeram na primeira avaliação $1,56 (\pm 2,55)$ segundos; enquanto que, passados dois anos, o valor médio foi de $0,89 (\pm 1,72)$ segundos, sem diferenças significativas entre os dois momentos ($Z=-1,555$; $p=0,120$).

Relativamente ao teste “sentado, alcançar” verificámos que o valor mínimo obtido tando na primeira como na segunda avaliação foi de 0 cm, o que significa que houve idosos que conseguiram alcançar totalmente os dedos do membro inferior em extensão com ambos os membros superiores (conforme protocolo). Contudo, em média, na primeira avaliação o alcançar não foi atingido por $-8,20 (\pm 10,62)$ centímetros. Observando os resultados obtidos na segunda avaliação verifica-se que a média se situou nos $-15,86 (\pm 15,33)$ centímetros. Registaram-se assim diferenças significativas nas médias pelo teste de Wilcoxon ($Z=-3,246$; $p=0,001$).

O teste alcançar atrás das costas consiste em colocar a mão por cima do ombro tentando alcançar o mais possível a outra mão colocada por baixo atrás das costas. Resultados negativos traduzem distâncias (em centímetros) entre as extremidades dos dedos da mão. Quando os dedos se tocam o valor é zero, e quando se sobrepõem a medida é positiva. Observou-se que o teste foi negativo, em termos médios tanto na primeira avaliação ($-24,08 \pm 14,19$) como na segunda ($-30,90 \pm 13,10$); resultados com significância estatística ($Z=-4,399$; $p=0,000$).

No Up and Go os idosos realizaram tempos médios de 15,46 ($\pm 6,78$) segundos; e dois anos depois registaram-se tempos médios superiores; designadamente 19,5 ($\pm 8,79$) segundos. As diferenças observadas apresentam relevância estatística pelo teste de Wilcoxon ($Z=-4,431$; $p=0,000$).

Na população por nós estudada, verificámos não existirem diferenças significativas entre a força da mão direita e esquerda dos idosos, tanto na primeira avaliação ($p=0,259$) como na segunda ($p=0,672$). Comparando os resultados por momentos de avaliação, no nosso primeiro contacto com os participantes obtivemos valores médios de 18,16 ($\pm 8,42$) Kgf; decrescendo mais tarde para 16,17 ($\pm 7,93$) Kgf, com significância estatística ($p=0,019$). Resultados muito semelhantes foram obtidos para a mão esquerda ($p=0,008$), sugerindo um decréscimo significativo da força de preensão manual nos idosos ao longo dos dois anos do estudo. A função do membro superior, em especial a mão, desempenha um papel importante para as atividades normais da vida diária; e a diminuição da força de preensão é considerada a principal causa de comprometimento funcional em pessoas idosas (Kayoko, Sadako, Gyoku, & Mitsuhiro, 2011).

Quanto à pressão digital polegar/ indicador, comparando os valores nos dois momentos de avaliação, verificou-se que inicialmente os idosos apresentavam, em média, uma preensão bidigital direita de 6,13 ($\pm 2,33$ Kgf) observando-se uma tendência de diminuição da força aquando da segunda avaliação 5,34 ($\pm 2,29$ Kgf); com significado estatístico ($Z=-4,112$; $p=0,000$). A mesma tendência foi observada relativamente ao comportamento das médias obtidas para a preensão digital esquerda, igualmente com significado estatístico ($Z=-3,623$; $p=0,000$). As preensões digitais são habitualmente empregues em movimentos precisos e delicados (Serres & Fang, 2004), ou na manipulação de objetos que são pequenos demais para o exercício da preensão palmar. Alterações a este nível poderão comprometer a escrita, segurar talheres ou usar uma chave.

Embora a literatura saliente uma diminuição da altura e outras variáveis antropométricas durante o processo de envelhecimento (Dey, Rothenberg, Sundh, Bosaeus, & Steen, 1999), não foram por nós encontradas diferenças significativas nos dois momentos de avaliação relativamente às variáveis altura, peso e Índice de Massa Corporal.

Na composição corporal encontramos ligeiras diminuições relativamente à massa óssea na avaliação dois anos depois, sem significado estatístico. A massa muscular total que era na primeira avaliação de 43,565 ($\pm 8,401$ Kg) também desceu ligeiramente para 43,268 ($\pm 8,972$ Kg) na segunda avaliação. Relativamente à percentagem de gordura corporal total e por segmentos corporais; não encontramos diferenças dignas de registo entre avaliações.

CONCLUSÃO

A diminuição da força muscular, da flexibilidade e do equilíbrio são consideradas as principais causas de comprometimento funcional em pessoas idosas. No entanto, as mudanças relacionadas à idade não são claras. Os resultados deste trabalho sugerem que alterações significativas decorreram no espaço temporal de dois anos nas variáveis relacionadas com a força muscular e flexibilidade e não tanto no equilíbrio, já que o teste de equilíbrio unipodal cronometrado em 30 segundo com apoio plantar do membro dominante, não variou significativamente entre avaliações. Sugerimos em posteriores estudos sobre esta temática a utilização de plataformas computadorizadas para medição do equilíbrio estático. Os resultados não apresentaram significativas alterações na composição corporal entre avaliações, no entanto apontam para uma redução da massa óssea e da massa muscular livre de gordura.

Ao longo do follow up de dois anos, a amostra inicial perdeu 8 participantes por morte dos mesmos e outros 2 idosos encontravam-se acamados na segunda avaliação. Estes resultados enfatizam um perfil de fragilidade subjacente à institucionalização.

Estes achados têm implicações no que diz respeito ao planeamento de programas de atividade física e reabilitação para idosos com o objetivo de manter ou melhorar a mobilidade e a independência funcional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dey, D., Rothenberg, E., Sundh, V., Bosaeus, I., & Steen, B. (1999). Height and body weight in the elderly. I. A 25-year longitudinal study of a population aged 70 to 95 years. *European Journal of Clinical Nutrition*, *53*, 905-914.
- Gale, C., Martyn, C., Cooper, C., & Sayer, A. (2007). Grip strength, body composition, and mortality. *The International Journal of Epidemiology*, *36*(1), 228-35.
- Kayoko, W., Sadako, T., Gyoku, C., & Mitsuhiro, A. (2011). Differences in Parameters of the Explosive Grip Force Test Between Young and Older Women. *The Journals of Gerontology: Series A*, *66A*, 554-558.
- Rikli, R., & Jones, C. (1999). Developmental and validation of a functional fitness test for community-residing older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, *7*, 129-161.
- Samuel, D., Rowe, P., Hood, V., & Nicol, A. (2012). The relationships between muscle strength, biomechanical functional moments and health-related quality of life in non-elite older adults. *Age and Ageing*, *41*, 224-230.
- Serres, S., & Fang, N. (2004). The accuracy of perception of a pinch grip force in older adult. *Canadian Journal of Physiology Pharmacology*, *82*(8-9), 693-701.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Leonel São Romão Preto

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

leonelpreto@ipb.pt

O Impacto de um Programa de Equilíbrio na Diminuição do Número de Quedas em Adultos Sênior Saudáveis: uma Revisão Sistemática

Renato Andrade¹, Ana Silva¹

1. Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde

Resumo

Objetivos: Avaliar a eficácia do treino de equilíbrio no aumento da autonomia e redução do número de quedas em idosos saudáveis. **Métodos:** Revisão sistemática na base de dados B-on, com as palavras-chave *Balance Training, Elderly, Functional Performance, Healthy, Non-institutionalized*, e o operador de lógica (AND), de modo a encontrar estudos randomizados controlados. **Análise:** Foi avaliada a qualidade metodológica dos artigos através da escala de PEDro, dando uma média de $6,8 \pm 0,61$. **Resultados:** Esta revisão sistemática incluiu 6 estudos, envolvendo 700 idosos. Dos estudos supracitados 3 avaliaram o risco de queda, 1 teve em consideração a estabilidade, 1 avaliou a força e o tempo de reação e todos referiram a avaliação do equilíbrio. **Conclusão:** A evidência encontrada nesta revisão sistemática sugere que o treino de equilíbrio tem um papel fundamental na redução do número de quedas e do risco de queda, diminuindo o balanço corporal e aumentando o controlo da marcha.

Resumen

Objetivos: Evaluar la eficacia del entrenamiento de equilibrio en el incremento de la autonomía y reducción del número de caídas en personas mayores saludables. **Métodos:** Revisión sistemática en la base de datos B-on, con las palabras-clave *Balance Training, Elderly, Functional Performance, Healthy, Non-institutionalized*, y el operador de lógica (AND), con el fin de encontrar estudios randomizados controlados. **Análisis:** Fue evaluada la calidad metodológica de los artículos por medio de la escala de PEDro, obteniéndose un promedio de $6,8 \pm 0,61$. **Resultados:** Esta revisión sistemática incluye 6 estudios, envolviendo 700 personas mayores. De los estudios anteriormente referidos tres evaluaron el riesgo de caída, en uno de ellos se consideró la estabilidad, en otro se evaluó la fuerza y el tiempo de reacción y todos ellos refirieron la evaluación del equilibrio. **Conclusión:** Se encontró una evidencia que viene a sugerir que el entrenamiento de equilibrio tiene un papel fundamental tanto en la reducción del número de caídas como en el riesgo de caída, disminuyendo el balance corporal y aumentando el control de la marcha.

Palavras-Chave: Equilíbrio; Adultos Sênior; Risco de Queda; Estudos Randomizados Controlados.

Introdução

A perda de equilíbrio nos idosos, e as quedas desta decorrentes, são sérios problemas na população desta faixa etária (Barnett *et al.*, 2003), afetando 1 em cada 2 indivíduos (Bogaerst *et al.*, 2011). Esta tendência verifica-se, quer a nível mundial, quer a nível nacional; onde se encontra, respetivamente, uma prevalência de 46% e 50% de idosos com dificuldade em realizar atividades da vida diária onde o equilíbrio é essencial (Bogaerst *et al.*, 2011 ; Desai *et al.*, 2010). Este facto causa uma redução da autonomia funcional e social do indivíduo, trazendo sofrimento e incapacidade de integração, uma vez que os indivíduos optam muitas vezes por uma estratégia de imobilidade corporal ou de anteriorização da cabeça, o que lhes transmite uma maior sensação de equilíbrio momentâneo (Clemson *et al.*, 2012), mas traduz-se num aumento do número de etapas necessárias para recupera-lo após uma perturbação e num conseqüente aumento do número de quedas (Bogaerst *et al.*, 2011). Naturalmente a fisioterapia tem um papel preponderante na redução destes défices, na medida em que utiliza técnicas de fortalecimento muscular dos membros inferiores, em conjunto com exercícios de treino de equilíbrio e controlo postural em atividades da vida diária; o que permite a estes indivíduos a recuperação do equilíbrio perdido e o regresso à vida ativa.

Métodos

Foi realizada uma pesquisa através da base de dados B-On para identificar estudos randomizados controlados que avaliassem a eficácia do treino de equilíbrio na redução do número de quedas nos idosos, publicados entre 2003 e 2012. A pesquisa foi efetuada com as palavras chave: *Balance Training, Elderly, Functional Performance, Healthy, Non-institutionalized*, usando o operador de lógica (AND). Foram incluídos neste trabalho todos os artigos que utilizaram amostras de idades avançadas (65 ou mais anos) com medo de cair ou com experiências de queda nos últimos meses, aceitando apenas estudos randomizados controlados, aos quais se pode aceder completamente; e excluídos todos os artigos em que este desequilíbrio seja associado a patologias músculo-esqueléticas, cardiovasculares, respiratórias ou neurológicas que sejam capazes de interferir no equilíbrio funcional; bem como qualquer estudo que refira diminuição da acuidade visual ou auditiva dos seus participantes. Após a seleção dos estudos foi recolhida informação no que concerne a população (número e características demográficas), a intervenção e os resultados. Desta forma, as variáveis em análise foram: número amostral, características da amostra, duração, parâmetros de avaliação, protocolo de intervenção e resultados significativos.

Tabela 1 – Classificação segundo a escala PEDro

Estudos por Autor	Critérios Presentes	Total
Bogaerst <i>et al.</i> (2011)	2,3,4,8,9,10,11	7
Halvarsson <i>et al.</i> (2011)	2,3,4,7,8,9,10	7
Szturm <i>et al.</i> (2011)	2,3,4,7,8,9,10,11	8
Barnett <i>et al.</i> (2003)	2,3,4,8,9,10,11	7
Hass <i>et al.</i> (2004)	2,4,5,9,10	5
Clemson <i>et al.</i> (2012)	2,3,4,7,8, 9,10	7

Resultados

Esta revisão sistemática incluiu 6 artigos, envolvendo um total de 700 adultos sénior e uma qualidade metodológica com média aritmética de $6,83 \pm 0,6$ em 10 possíveis na escala de Physicaltherapy Evidence Database (PEDro), (tabela 1). Na generalidade, os estudos apresentam razoável qualidade metodológica, disponibilizando informação estatística que permite uma boa interpretação dos dados e apresenta validade interna razoável. Contudo, é precisamente na validade interna que os estudos apresentam mais limitações, uma vez que, na maioria dos estudos, é permitido aos pacientes e aos prestadores de cuidados distinguir as

várias formas de Fisioterapia aplicadas aos diferentes grupos; especialmente nos estudos que incluem medidas de resultados auto-reportados, nos quais só se considera o examinador “cego” quando o paciente também é “cego”. Dos artigos anteriormente referidos 3 avaliaram o risco de queda, 1 teve em consideração a estabilidade, 1 avaliou a força e o tempo de reação, e todos referenciaram avaliação do equilíbrio. As características da população, a duração do estudo, os parâmetros avaliados, o protocolo de intervenção e seus resultados estão explicitados abaixo (tabela 2).

Tabela 2- Estudo e características da população dos artigos selecionados para esta revisão sistemática

Estudo / Data	Características da população	Duração	Parâmetros Avaliados	Protocolo de intervenção	Resultados
Bogaerst <i>et al.</i> (2011)	N=113 (\pm 79,6 anos) Inclusão: sem medicação para aumento da densidade óssea, sem contra-indicações para uma intervenção de vibração e sem tratamento nos últimos 4 anos. Grupo Intervenção (56) e Grupo Controlo (57).	15 minutos, 3 vezes por semana, durante 24 semanas.	Efeito da terapia de vibração corporal com ou sem suplementação com vitamina D, no equilíbrio, funcionalidade e risco de queda.	Programa na plataforma vibratória com amplitude de vibração mínima. O protocolo incluiu 5 exercícios de resistência e fortalecimento dos membros inferiores.	Diminuição do balanço corporal ($p=0,025$), da força de extensão do joelho e da performance funcional ($p<0,001$).
Halvarsson <i>et al.</i> (2011)	N=59 (\pm 76 anos) Inclusão: pontuação mínima de 24 no Mini Mental State Exam. Grupo Intervenção (38) e Grupo Controlo (21).	45 minutos, 3 vezes por semana, durante 12 semanas.	Eficácia de um treino de equilíbrio no medo de cair e no controlo da marcha.	Programa começa com um aquecimento suave, seguido de exercícios focados apenas na manutenção do equilíbrio (nível 1-4) e na capacidade de manter o equilíbrio enquanto realiza outras atividades (nível 5).	Diminuição do medo de cair ($p=0,008$), aumento do equilíbrio funcional ($p=0,012$) e da velocidade ($p=0,004$) e cadência ($p=0,001$) da marcha.
Szturm <i>et al.</i> (2011)	N=30 (\pm 75 anos) Inclusão: idade entre 65-85 anos, pontuação mínima de 24 no Mini Mental State Exam. Grupo Intervenção (17) e Grupo Controlo (13).	45 minutos, 2 vezes por semana, durante 8 semanas.	Benefícios e praticabilidade da aplicação de um programa de equilíbrio funcional administra-do através de um jogo de vídeo.	O Grupo de Controlo foi sujeito ao treino standard para a perda de equilíbrio (força e equilíbrio) e o Grupo de Intervenção a 3 jogos de vídeo sob uma plataforma proprioceptiva.	O protocolo mostrou-se exequível com um aumento do equilíbrio ($p<0,001$) e do <i>Time Up and Go Test</i> ($p<0,01$).
Barnett <i>et al.</i> (2003)	N=163 (\pm 74,9 anos) Inclusão: idade superior a 65 com medo de cair. Grupo Intervenção (83) e Grupo Controlo (80).	1 hora, 37 vezes durante um período de 48 semanas.	Equilíbrio, Força, Tempo de Reação e Condição Física.	Começa com um aquecimento (5-10 min), seguido de 40 min de exercícios direcionados para o medo de cair. Acabando com 10 min de aquecimento.	Diminuição do balanço corporal ($p<0,01$), aumento da coordenação ($p<0,01$) e diminuição do número de quedas ($p=0,05$).
Hass <i>et al.</i> (2004)	N=28 (\pm 80 anos) Inclusão: experiência de queda no último ano. Grupo Tai-Chi (14) e grupo de educação para a saúde (14).	60 a 90 minutos, 2 vezes por semana, durante 48 semanas.	Melhorias no equilíbrio e estabilidade em 3 diferentes períodos.	Grupo Tai-Chi: movimentos lentos e ritmados com especial atenção para a rotação do tronco, transferências de peso, coordenação e base de suporte. Grupo de Educação para a Saúde: Conselhos sobre como evitar quedas, exercícios a desempenhar, manutenção do equilíbrio e nutrição adequada.	Aumento da habilidade dos participantes para movimentarem o seu centro de gravidade, e manterem a estabilidade mediolateral e anteroposterior quando confrontados com um obstáculo.
Clemson <i>et al.</i> (2012)	N=307 (\pm 83 anos) Inclusão: experiência de queda no último ano. Grupo Equilíbrio Funcional (107), Grupo Treino Estruturado (105) e Grupo Controlo (105).	24 semanas com 48 semanas de follow up.	Número de quedas.	Grupo Equilíbrio Funcional: Classes teóricas sobre o equilíbrio e força, integração de exercícios de equilíbrio na vida diária dos indivíduos. Grupo Treino Estruturado: Exercícios para fortalecimento dos membros inferiores. Grupo Controlo: Exercícios suaves para manutenção da condição física.	O Grupo Equilíbrio Funcional demonstra uma maior eficácia na diminuição do número de quedas ($p=0,05$), aumento da capacidade motora e da performance durante as atividades de vida diária.

Conclusão

A evidência encontrada nesta revisão sistemática sugere que um protocolo de treino de equilíbrio desempenha um papel fundamental na redução do número de quedas e no risco de queda, diminuindo o balanço corporal e aumentando o controlo da marcha.

Com os resultados destes estudos parece que se pode supor que uma modalidade de Fisioterapia não é melhor do que outra. De facto, o paciente deve ter um papel ativo para tornar a Fisioterapia mais efetiva colaborando com o fisioterapeuta durante as sessões de tratamento. Entretanto, é importante considerar que a motivação é a chave para o sucesso a qualquer tratamento.

Sugere-se a implementação de investigações nas diferentes modalidades da Fisioterapia com efeitos a longo prazo e, subsequentes programas de treino de equilíbrio, quer na presença do fisioterapeuta, quer programas que sejam exequíveis pelo paciente no seu domicílio, no sentido de diminuir as quedas e o medo de cair, proporcionando uma melhor qualidade de vida.

É de maior importância que novos estudos sejam desenvolvidos com a finalidade de comprovar cada vez mais e com melhor qualidade a efetividade da Fisioterapia na prevenção de quedas nos adultos seniores, contribuindo para a sistematização do conhecimentos desta temática de modo a promover uma prática clínica baseada na evidência científica.

Referências Bibliográficas

- Barnett, A., Smith, B., Lord, S. R., Williams, M., & Baumand, A. (2003). Community-based group exercise improves balance and reduces falls in at-risk older people: a randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 407-414.
- Bogaerts, A., Delecluse, C., Claessens, A. L., Milisen, K., & Verschueren, S. M. (Março de 2011). Changes in Balance, Functional Performance and fall risk following whole body vibration training and vitamin D supplementation in institutionalized elderly women: A 6 month randomized controlled trial. *Gait & Posture*, 466-472.
- Clemson, L., Singh, M. A., Bundy, A., Cumming, R. G., Manollaras, K., O'Loughlin, P., & Black, D. (Agosto de 2012). Integration of balance and strength training into daily life activity to reduce rate of falls in older people (the LiFE study): randomised parallel trial. *British Medical Journal*, 1-15.
- Desai, A., Goodman, V., Kapadia, N., Shay, B. L., & Szturm, T. (Março de 2010). Relationship between dynamic balance measures and functional performance in community-dwelling elderly people. *Physical Therapy*, 748-760.
- Halvarsson, A., Olsson, E., Farén, E., Pettersson, A., & Ståhle, A. (Novembro de 2011). Effects of new, individually adjusted, progressive balance group training for elderly people with fear of falling and tend to fall: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 1021-1031.
- Hass, C. J., Gregor, R. J., Waddell, D. E., Oliver, A., Smith, D. W., Fleming, R. P., & Wolf, S. L. (Outubro de 2004). The influence of Tai Chi training on the center of pressure trajectory during gait initiation in older adults. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1593-1598.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2011). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Maciel, A. C., & Guerra, R. O. (2005). Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 37-44.
- Ruwer, S. L., Rossi, A. G., & Simon, L. F. (maio/junho de 2005). Equilíbrio no Idoso. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 298-303.
- Szturm, T., Betker, A. L., Moussavi, Z., Desai, A., & Goodman, V. (Outubro de 2011). Effects of an interactive computer game exercise regimen on balance impairment in frail community-dwelling older adults: a randomized controlled trial. *Physical Therapy*, 1449-1462.

Correspondência

Renato da Costa Andrade

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde

Email: 23781@ufp.edu.pt

Cuidador Informal: limites e possibilidades no processo de envelhecimento

Viviane Benes¹; Josiara Reis²; Mirlene Caldas³; Yoshiko Sasski²

1. Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos – SEMASDH;
2. Universidade Federal do Amazonas – UFAM;
3. Secretariado Municipal de Saúde – SEMSA.

Resumo:

O presente artigo reflete acerca dos limites e possibilidades do cuidador de idosos informal no âmbito da cidade de Manaus/AM. Para tanto, aborda-se sobre o conceito de envelhecimento situando no cenário brasileiro, bem como o papel da família enquanto cuidador informal. Este esboço é produto de pesquisa bibliográfica e de campo realizada por meio de entrevista semi-estruturada e observação ordinária. Os resultados apontam a necessidade de preparo das famílias nos cuidados aos idosos e ausência de políticas públicas que assegurem bem estar diante da complexidade das limitações biológicas e outras dadas pelas relações sociais tecidas na dinâmica do rel, codicionadas pela lógica do capital.

Palavras-chave: Cuidador; Envelhecimento; Família.

Resumen:

En este artículo se reflexiona sobre los límites y posibilidades de los cuidadores informales de personas mayores en la ciudad de Manaus/ AM. Por lo tanto, se acerca al concepto de la colocación de envejecimiento en la sociedad brasileña, y el papel de la familia como cuidadores informales. Este dibujo es la documentación del producto y de campo realizado a través de entrevistas semi-estructuradas y observación ordinaria. Los resultados indican la necesidad de preparar a las familias para cuidar a los ancianos y la ausencia de políticas públicas que garanticen el bienestar debido a la complejidad de las limitaciones biológicas y otras tejidas a mano por las relaciones sociales en la dinámica de rel codicionadas por la lógica del capital.

Palabras clave: Cuidador; Aging; Familia.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tornou-se uma realidade ascendente em diversos países. Na sociedade brasileira este aspecto vem ganhando expressivas modificações no decorrer dos anos. A Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD, 2011), aponta que a população idosa já corresponde a 12,1% da população. Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, em 2020 o Brasil ocupará a sexta posição mundial no que se refere a este seguimento populacional.

Em decorrência do envelhecimento e do panorama da saúde no Brasil, na qual seus idosos passam a ser acometidos por doenças crônicas degenerativas, identifica-se um momento de limitações e perdas das atividades da vida diária. Diante disso, a figura do cuidador entra em destaque, principalmente o cuidador familiar ao qual são postos desafios no cotidiano do cuidado, considerando que o contexto sócio-histórico vigente caminha na contramão de direitos e inclusão das pessoas idosas, haja vista que o interesse pela acumulação despreza os considerados improdutivos e que pouco ou nada contribuem para amenizar as problemáticas geradas e/ou intensificadas quando eram produtivos e contribuía diretamente para a manutenção da acumulação capitalista, destaca-se que as poucas iniciativas ficam a cargo da solidariedade e bem-estar, ações as quais visamunicamente autopromoção e legitimação.

Nestas feições, este artigo possui relevância social e científica haja vista evidenciar a necessidade de políticas públicas que correspondam à realidade dos cuidados aos idosos, em destaque para o âmbito familiar. A prática do cuidado qualificado e a saúde do cuidador é indissociável para uma qualidade de vida para ambos.

METODOLOGIA

Descreve-se a seguir os procedimentos metodológicos adotados no processo de pesquisa, cabe ressaltar que as etapas da pesquisa se relacionam entre si e complementam.

A pesquisa adotou uma abordagem de natureza quantitativa - qualitativa, no que concerne ao nível de aprofundamento, esta pesquisa classifica-se como explicativa. O *Lócus* da pesquisa centralizou-se nos bairros do Parque Dez e Flores, ambos localizados na Zona Centro-Sul de Manaus junto ao Programa Estratégia da Família.

Desse universo foram selecionados 10 cuidadores familiares e 10 idosos doentes, 5 cuidadores familiares e 5 idosos doentes no Bairro de Flores (03 cuidadores pertencentes as famílias intergeracionais, envolvendo as três gerações avó/avô, netos e filhos e 02 cuidadores pertencentes as famílias de casal, constituídos pelo marido e mulher) e os outros 5 cuidadores familiares e 5 idosos doentes no bairro do Parque Dez repetindo o mesmo quantitativo e a distribuição do primeiro. O que resultou em um número de 20 sujeitos envolvidos.

Aplicou-se a coleta de dados por meio de entrevista semi-estruturada, guiada por roteiro de entrevista com a utilização de caderno de campo em que foram registradas as observações relevantes junto os sujeitos da pesquisa.

Os dados e informações coletadas na pesquisa de campo foram organizadas, tabuladas e na sequência foi realizada a análise dos dados, respeitando as seguintes etapas: a) ordenação dos dados: em que foi efetuado o mapeamento de todos os dados coletados; b) classificação dos dados: diante da leitura das informações coletadas selecionou-se os dados relevantes, classificando-os conforme características comuns. c) análise dos dados: foram estabelecidas articulações entre os dados e o referencial teórico da pesquisa, consolidando a relação entre teoria e prática.

A pesquisa de campo foi aplicada em consonância com os preceitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde- CNS nº. 196/1996 que dispõe sobre a ética na pesquisa com seres humanos, as entrevistas foram realizadas mediante a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE, sendo assegurando aos sujeitos da pesquisa o sigilo e preservação da identidade.

ANÁLISE

No decorrer deste, optou-se em realizar uma breve discussão em torno dos aspectos conceituais sobre o envelhecimento e as configurações históricas desse processo no contexto brasileiro, situando a família no processo de envelhecimento. Segundo Neri (2005), o envelhecimento em termos biológicos, representa uma série de transformações que ocorrem após a maturação sexual, decorrendo da probabilidade de queda da sobrevivência. Dessa forma, todos os seres humanos estão sujeitos ao processo de envelhecimento, tornando-se uma preocupação no período de vida considerado velhice.

Diante disso, é oportuno ressaltar que os termos utilizados para designar essa fase da vida, tais como velhice, terceira-idade, são impregnadas de tabus e estigmas produzidos pela sociedade; envolvendo uma variedade de concepções teóricas. No que concerne o aspecto jurídico-legal, no Brasil o Estatuto do Idoso Lei nº 10.741/2008 estabelece idoso a pessoas a partir de 60 anos.

A maioria dos conceitos acerca do termo “idoso” tem por base o limite etário, sendo correspondente àquele que tem muita idade, indicando ainda e simultaneamente um conjunto de pessoas com determinadas características sociais e biológicas. Entretanto, esse critério é vago e não contempla a complexidade do processo de envelhecimento. Corroborando com o disposto Camarano (2004) argumenta que “assumir que a idade cronológica é o critério universal de classificação para a categoria idoso é correr o risco de afirmar que indivíduos de diferentes épocas são homogêneos.” (p. 05)

Conforme Alves & Veras (1995), o índice de envelhecimento no Brasil, leva em conta a transição de fatores demográficos e epidemiológicos pelo qual o país passou. Assim como a diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade, resultante dos avanços tecnológicos na área médica que proporcionaram a redução do número de óbitos por doenças infecto-contagiosas, apesar de haver aumento da mortalidade por doenças crônicas degenerativas.

Há, ainda, que se considerar o processo de industrialização na década de 30, acarretando inúmeras mudanças na dinâmica estrutural da sociedade e nas relações sociais, sendo que a esfera familiar foi um expressivo campo de mudanças (Torres et al., 2006)

Assim, esses fatores apontados formam um conjunto, que influenciaram significativamente no processo de envelhecimento da sociedade brasileira, configurando uma trajetória para um país com uma população idosa cada vez maior, conforme as estimativas dos estudos demográficos.

A família há tempos vem sofrendo influências nos aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos e isso se intensifica com o envelhecimento populacional, que se apresenta em dimensão mundial. Questões evidenciadas na trajetória histórica, pelos impactos da longevidade no seio familiar, pela interdependência das gerações, tendo a família como suporte de solidariedade.

O fenômeno da revolução industrial provocou inúmeras mudanças na dinâmica das sociedades. Sendo a instituição família assinalada por profundas modificações, a saída da mulher para o mercado de trabalho, comprometeu as relações de poder do sistema patriarcal, causando diversos conflitos para a estrutura familiar; em relação à velhice os idosos vão perdendo o espaço social, visto que são estereotipados como improdutivos para as relações capitalistas.

Na sociedade contemporânea, percebe-se, conforme Rodrigues & Rauth (2002) que os diversos estilos de vida, proporcionam mudanças radicais nos laços de parentesco, o que configura novas representações das famílias. E o impacto da longevidade provoca novas inquietações.

Nesta direção, Aquino & Cabral (2002) apontam que, simultaneamente, ao passo que há a possibilidade de uma convivência familiar e intergeracional mais prolongada, a longevidade faz emergir questões específicas, antes inexistentes ou despercebidas, tais como as relativas à questão financeira para a manutenção do idoso.

Nesse aspecto da prevalência de idosos no contexto das famílias brasileiras e da sua heterogeneidade, apresenta-se expressiva interdependência de gerações. Diante das condições socioeconômicas das famílias pobres Saad apud Rodrigues & Rauth (2002, p.1.058) comenta que:

(...) no Brasil o intercâmbio de ajuda entre pais e filhos tende a se estender ao longo de todo o ciclo de vida familiar, como se existisse uma espécie de contrato intergeracional, estipulando o papel dos diferentes membros da família em cada fase do ciclo.

Considerando que é no convívio das relações familiares que os idosos permanecem mais tempo, este espaço culturalmente é caracterizado pela ajuda nas atividades diárias e pelo suporte emocional do idoso, assim como uma exigência legal, a Constituição Brasileira de 1988, estabelece em seu artigo 229º que é atributo dos pais

assistir, criar e educar os filhos menores e, os filhos maiores, de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade, firmando entre si uma rede de solidariedade fortalecida por laços de consangüinidade ou não.

Assim, a família apresenta um espaço que permeado pelas constantes transformações renova seus valores, adaptando-se às novas realidades, sendo o envelhecimento populacional um demandante dessas mudanças, exigindo da família, sociedade e Estado políticas de proteção e cidadania.

RESULTADOS

Diante das situações vulneráveis às enfermidades, associadas a diversos fatores da vida, a maioria dos idosos sujeitos deste estudo apresenta algum grau de dependência, uns parciais e outros totalmente.

Diante disso, 80% dos idosos entrevistados vão pelo menos uma vez ao mês em uma unidade de saúde, 20% só sai de casa em caso de urgência, neste caso a médica da PSF vai até a residência fazer as consultas. A pessoa que leva o idoso aos serviços de saúde é predominantemente o cuidador principal, podendo contar em alguns casos com outras pessoas da família. Diante da prescrição médica 90% dos cuidadores alegam não sentir dificuldade e 10% diz ter alguma dificuldade de administrar a medicação do idoso.

Assim, os cuidados, descritos, prestados aos idosos são geralmente: AVDS, curativos e ainda quanto ao suporte emocional. Os idosos alegam precisar de ajuda, principalmente, quanto a sair de casa, 100% precisa de um acompanhante, e para administrar a medicação, sendo 90%.

Assim sendo cabe ao cuidador dar suporte aos idosos frente aos desafios cotidianos devido as vulnerabilidades e limitações. Conforme Néri (2005, p.43):

As tarefas do cuidar envolvem classes de ações concernentes a auxiliar diretamente um idoso física e mentalmente incapacitado para desempenhar tarefas práticas ou instrumentos de vida diária (AIVDs) e tarefas básicas de autocuidado (AVDs).

Alguns estudos, segundo Néri (2005), conceituam os cuidadores familiares em três perspectivas: o “cuidador familiar primário” seria o familiar que lida diretamente com o idoso, sendo, as mulheres as principais cuidadoras, e, os cuidadores familiares secundários e terciários, aqueles que prestariam cuidados esporádicos.

Buscando identificar os cuidadores familiares nos bairros selecionados, a predominância quanto ao gênero foi do sexo feminino com 80% e 20% do sexo masculino. A faixa etária representa jovens, adultos e idosos entre 28 a 39, 39 a 48 e 51 a 60 anos, sendo; comumente a presença feminina nos lares como cuidador principal de idosos é mais freqüente; nessa atividade a pesquisa destacou que 60% eram filhas e 20% esposas; em seguida 10% filho e 10% genro. 30% solteiro, 60% casado e 10% separado; 60% tinham filhos, quanto a escolaridade 20% possuíam o ensino fundamental incompleto, 20%o ensino fundamental completo, 30% ensino médio completo, 10% ensino médio incompleto, 10% superior incompleto e 10% superior completo, quanto a renda própria 10% tinha menos de 1salario mínimo, 20% mais de 1salario mínimo, 60% não tinha renda;

Bruns (2007, p.151), expõe que a responsabilidade de cuidar do idoso, na maioria das vezes é das mulheres-filhas e mais velhas que desempenham atividades no lar ou vivem próximo ao idoso. Percebemos que os cuidadores são inseridos por situações adversas, por solidariedade ou por obrigação a necessidade de receberem o devido suporte para lidar com o idoso é um alerta.

Mas, para Santos (2003) apud Neri (2005, p.43-44),

(...) essa classificação pode cumprir objetivos didáticos, mas não corresponde ao dia-a-dia das famílias cuidadoras, que arranjam formas alternativas de lidar com o cuidado. A autora fala em “dança do cuidado” para referir-se à alternância e a complementaridade de papéis, principalmentenum contexto de escassos apoios profissionais (...)

Considerando que, quando o cuidador familiar, não recebe apoio familiar e das políticas públicas, o mesmo acarreta sobrecarga emocional, assim como ônus físico e financeiro. Os entrevistados relatam o pouco acesso às políticas de saúde e políticas assistências.

Quanto ao apoio das instituições públicas do bairro para a realização do cuidado com o idoso, especificamente da ESF (casinha), no bairro do Parque Dez- Comunidade União -30%dos entrevistados responderam que tem o apoio, 20% dizem que falta.

CUIDADOR G: do médico né, que ele precisa, ele tem um monte de problema...

CUIDADOR I: é positivo, só não fica positivo, quando às vezes, por exemplo, a médica quando tá ausente a gente vai lá as meninas vem, mas elas não podem fazer o atendimento assim como a doutora, e não fica outra pessoa no lugar.

No bairro de Flores- Comunidade Santa Cruz- acompanha o mesmo quantitativo,30% dos entrevistados responderam que tem o apoio, 20% dizem que falta.

CUIDADOR A: “ esse apoio é importante demais das meninas da casinha, é como eu digo, muita gente reclama da casinha, das comodidades, mas aqui a gente não tem do que reclamar elas tratam a gente muito bem, o que agente precisa, quando elas estão aí , em casa elas sempre vieram pra ver ele, ele nunca foi lá depois que adoeceu, toda vida elas vem aqui dá injeção, fazer curativo, que esse dedo dele não sarava, agora não, sarou graças as Deus... mas só que ele incha

CUIDADOR D: ... porque se agente tivesse esses cuidados, de a casinha ta aqui, como é que tá teu pai, como é que ele ta progredindo, como e que ele ta melhorando, num tem esse apoio não, só quando eu marco consulta pra ele, ai a gente aguarda mais ou menos uma semana, ou duas semanas ate eles lá marcarem, porque agora é marcado tudo por lá os exames, ai que eles vem avisar, olha tua consulta é amanhã, eles vem avisar, eles tem essa obrigação de avisar... mais assim de eles estarem aqui perguntando como é que ta meu pai, não, esse apoio assim a gente não tem não...

Quanto a participação em grupo de idoso e associação de bairro, 90% não participam. No bairro de Parque Dez, há um CRAS-Centro de Referência da Assistência Social, onde há grupo de idoso, apenas 01 idoso participa. Já em Flores não há nenhum grupo de Idoso. Em termos comparativos o bairro do Parque Dez apresenta mais opções como: CSU- Centro Social Urbano e Parque do Idoso, que fica nas redondezas,porém os idosos e nem cuidadores freqüentam esses espaços.

De acordo com Karsh (2003) é um erro considerar, que por estarem nas casas de suas famílias e terem uma pessoa cuidando deles, os idosos frágeis e dependentes não estaria necessitado de apoio, esclarecimentos, demonstrações de cuidados físicos e visitas de profissionais da saúde e de amparo social.

Dessa forma, há o comprometimento da autonomia e dependência da população idosa. O Ministério da Saúde caracteriza que uma pessoa está envelhecendo mal, quando ela não consegue mais sozinha: fazer compras, pegar transporte, pagar contas em banco, tomar medicamentos, ter controle urinário e esfinteriano, o que afeta a sua autonomia, entendida aqui como a “ noção do auto governo”; e ainda, quando não consegue andar, vestir-se, tomar banho, alimentar-se, cuidar da aparência, ir ao banheiro, sair da cama e outros, envolvendo a sua independência, “o que significa não poder sobreviver sem ajuda para as atividades instrumentais de vida diária e de auto cuidado” (NERI, 2005, p.23).

Todas essas implicações na vida do idoso, provoca em seus familiares uma mudança na dinâmica diária. “As rotinas domésticas terão que ser definidas com base nas necessidades do idoso, pois ele passa a ser foco de atenção da família. A relação de dependência entre o idoso e o cuidador familiar introduz, sem dúvida, uma nova percepção de si e do outro” (TORRES, SÉ, QUEROZ, 2006, p.99).

CONCLUSÃO

O estudo em questão permitiu evidenciar os limites e possibilidades do cuidador de idosos informal no âmbito da cidade de Manaus/AM.

Nesta direção aponta-se que as vulnerabilidades Conciliar as atividades do lare os cuidados com a pessoa idosa;Falta da divisão de tarefas do cuidado com o idoso com outros familiaresraramente possui atividade de

lazer fora de casa; da amostra de 10 de cuidadores nenhum participou de palestra ou curso de capacitação para os cuidados de saúde da pessoa idosa.

Verificou-se enquanto possibilidades no apoio emocional, nos procedimentos adotados no cuidado com o idoso, foram se aperfeiçoando no cotidiano, visto que os mesmos alegam nunca terem participado de curso de capacitação.

Destaca-se que esforços devem ser emitidos no sentido de dar suporte na qualidade do cuidado com o idoso, sendo ímpar ações que orientem e capacitem os integrantes familiares quanto ao cuidados e que sejam implementadas políticas públicas que dêem respostas às limitações biológicas que estão associadas as relações sociais contraditórias, devido as condições estruturais do sistema socioeconômico desigual vigente no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, M. I. C., & VERAS, R. P. A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. IN: Márcia Cecília Minayo. (1995) *Os Muitos Brasis: Saúde e população na década de 80* (pp. 320-37). Rio de Janeiro: Pelume Dumare.
- Aquino, F. T. M. & Cabral, B. E. S. O Idoso e a família. In: Freitas, E. V. (2002). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Brasil, (2003) *Lei 10.741: Estatuto do Idoso e normas correlatas*. In: Brasília (2008).
- Bruns, M. A. T., Del, M. & Soares, M. C. (2007). *Envelhecimento Humano: Diferentes Perspectivas*. Campinas: SP. Ed. Alínea.
- CAMARANO, A. M. (2004). Os novos Idosos Brasileiros: Muito além dos 60?. Rio de Janeiro: IPEA.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000), *CENSO 2000* Recuperado a 10 de Março, 2013, de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>
- IBGE (2007). *CENSO 2007*.
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. (2001) Promulgada a 5 de Outubro, 1988. Atualizada até a Emenda Constitucional No. 31 de 14 de Dezembro, 2000. (27 ed). Editora Saraiva
- Karsch, U. M. (2003) Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública*, 19(3), 861-866. ISSN 0102-311X.
- Cuidadores Familiares de idosos: parceiros da equipe de saúde. (2003) In: *Serviço Social & Sociedade*, 24(75)
- Ministério da Saúde (BR). (1996). *Conselho Nacional de Saúde: Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos*.(196). Brasília: CNS.
- Neri, A. L. (2005). **Palavras-Chaves em gerontologia**. 2 ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2005. (Coleção Velhice e Sociedade)
- Rodrigues, N. C. & Rauth, J. (2002). Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: Freitas, E. V. . **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Secretaria de Estado de Planejamento e Desenvolvimento Econômico – SEPLAN. *Atlas do Desenvolvimento Humano em Manaus: Censo de 1991 e 2000*.
- Torres, S. V. S.; Sé, E. V. G. & QUEIROS, N. C. (2006). Fragilidade Dependência e Cuidado: Desafios ao Bem-estar dos idosos e suas Famílias. IN: Diogo, M. J. D’E., Neri, A. L. & Cachioni, M. *Saúde E Qualidade de Vida na Velhice*(2 ed.) Campinas, SP: Editora Alínea.

Dependência no autocuidado de idosos institucionalizados em lares e centros de dia

Cristina Imaginário (1), Paulo Machado (2), Cristina Antunes (3), Teresa Martins (4)

1. Doutoranda em Ciências de Enfermagem no ICBAS, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real - UTAD, cimaginario@hotmail.com
2. Professor Adjunto na Escola Superior do Porto, paulom@esenf.pt
3. Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real - UTAD, mantunes@utad.pt
4. Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto, teresam@esenf.pt

Resumo:

O autocuidado é o cuidado desenvolvido pelo indivíduo em prol de si, através de ações para satisfazer as próprias necessidades do quotidiano e é a chave para a saúde e doença, sobretudo na pessoa idosa. Apresenta-se um estudo quantitativo, exploratório, descritivo e transversal com o objetivo de traçar o perfil de autocuidado no idoso institucionalizado. Participaram 82 idosos institucionalizados em lar e centro de dia. A maioria é idosa do sexo feminino, com idade máxima de 96 anos. A maioria são viúvos e vivem ou viviam sós e não apresentam qualquer escolarização, sendo analfabetos. Quanto ao nível de dependência no (s) autocuidado (s) 17,1% no “tomar banho”, 15,9% no “vestir-se/despír-se” e 16,1% no “arranjar” são totalmente dependentes. No “tomar banho” 42,7% necessitam de ajuda de pessoa. Nos autocuidado (s) em que os idosos são completamente independentes 84,1% no “virar-se”, 68,3% no “transferir-se” e 58% no “uso de sanitário”. Um percentual muito elevado necessita de ajuda de pessoa ou equipamento nos autocuidado (s) “alimentar-se”, “vestir-se/despír-se”, “arranjar-se” e “andar”.

Palavras-Chave: Autocuidado; Idosos Institucionalizados; Lares e Centros de Dia

Resumen:

El autocuidado es el cuidado desarrollado por el individuo en nombre de sí mismo, a través de acciones para satisfacer sus propias necesidades y todos los días es la clave para la salud y la enfermedad, especialmente en los ancianos. Presenta un análisis cuantitativo, exploratorio, descriptivo y transversal con el objetivo de trazar el perfil del autocuidado en personas mayores institucionalizada. Participó en 82 ancianos institucionalizado en el hogar y el centro de día. La mayoría son mujeres de edad avanzada con edad máxima de 96 años. La mayoría son viudas y viven o vivían solos y no tienen ninguna escolaridad, ser analfabeto. En cuanto al nivel de dependencia (s) autocuidado (s) del 17,1% en el “baño”, el 15,9% en el “vestir-se/despír-se” y el 16,1% en el “arreglar” son completamente dependientes. En el “baño” 42,7% de las personas necesitan ayuda. En el autocuidado (s) en que las personas mayores son completamente independientes del 84,1% en el “dar la vuelta”, el 68,3% de la “transferencia” y el 58% en el “uso de la salud”. Un porcentaje muy alto de personas que necesitan ayuda en el cuidado personal o equipo (s) para “alimentar”, “vestir-se/despír-se”, “levantarse” y “andar”.

Palabras clave: autocuidado; ancianos institucionalizados; hogares de ancianos; centros de día

Introdução

Em Portugal, a população idosa tem aumentado em número absoluto e em proporção face à população total, o que representa um desafio a nível dos cuidados de saúde e a nível social. De acordo com as projeções demográficas, elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística, estima-se que esta proporção duplique nos próximos 50 anos, representando em 2050, 32% do total da população (Carrilho & Gonçalves, 2004). Pimentel (2001) advoga que na inexistência ou insuficiência de redes de solidariedade primária, o Estado assumiu-se como o grande promotor do bem-estar social, perspetivando melhorar as condições de vida das pessoas idosas. Surgiram então um conjunto de serviços e equipamentos de forma a responder a diferentes níveis de necessidades; os equipamentos de maior implementação foram os Lares de idosos. Atualmente, existe uma forte tendência para educar as pessoas no sentido de serem coparticipantes nas questões de promoção da saúde, devendo estas receber orientações para se transformarem em agentes de autocuidado (Orem, 1995). Considera-se que o autocuidado é uma necessidade de toda a pessoa humana. É o cuidado desenvolvido pelo indivíduo, em benefício próprio, por meio de atividades ou ações, capazes de satisfazer as necessidades do próprio ser, a partir de determinados requisitos ou condições, sejam fisiológicas, de desenvolvimento ou comportamentais. De acordo com Zelzenik (2007), autocuidado é o cuidado pessoal que os indivíduos necessitam diariamente para manter o seu próprio funcionamento e desenvolvimento. Pressupõe-se que o autocuidado pode ser a chave para a saúde e doença, contribuindo para manter a saúde e a qualidade de vida mesmo em presença da doença. A teoria do autocuidado preconiza que os indivíduos apreendam e deliberadamente realizem por si mesmos, ou mandem executar de forma contínua, as ações necessárias para proteger a integridade da pessoa humana, o funcionamento físico e mental, e o desenvolvimento essencial para a promoção da vida, da saúde e do bem-estar. A cultura detém um papel importante no comportamento humano e por sua vez vai influenciar a forma como as pessoas adotam o autocuidado. De acordo com Petronilho, Magalhães, Machado e Vieira (2010) “...a capacidade para o desempenho do autocuidado está estritamente relacionada com diferentes fatores, nomeadamente fatores intrínsecos ao sujeito (...) a idade, o sexo, a orientação sociocultural, a satisfação com a vida, a autoestima, a perceção de autoeficácia, a capacidade funcional e a capacidade cognitiva e fatores extrínsecos ao sujeito, tais como, os recursos familiares e da comunidade disponíveis, o ambiente, as pessoas significativas e as terapêuticas (...)” (p. 42). Para Orem (1995) autocuidado é a prática de atividades que o indivíduo inicia e realiza em prol de si próprio para manter a vida, a saúde e o bem-estar. A autora preconiza ainda a autonomia do indivíduo e defende que as capacidades de autocuidado não são inatas, elas devem ser apreendidas, dependendo dos costumes e práticas habituais do grupo social a que o indivíduo pertence. Deste modo, alguns requisitos para o autocuidado são património cultural de alguns indivíduos, famílias ou grupos, que os adquiriram devido à sua experiência. De acordo com o Conselho Internacional de Enfermagem (como citado em Petronilho et al., 2010) o autocuidado consiste numa atividade executada pelo próprio com as seguintes características: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária. O autocuidado está relacionado com as circunstâncias ocorridas na vida quotidiana, como o espaço e o tempo onde o mesmo ocorre, onde estão envolvidos vários fatores que vão desde o biológico ao social e do psicológico ao cultural e ao político. Pereira, Roncom e Carvalho (2011) dizem que há “...diversos factores que podem determinar a dependência num idoso entre eles: factores físicos, factores psicológicos, e o próprio contexto em que o indivíduo está inserido. O contexto tem a ver com o ambiente físico do idoso mas também com as atitudes e comportamentos das pessoas que o rodeiam e que podem promover a autonomia ou, por outro lado, contribuir para o seu declínio aumentando a sua dependência” (p. 110).

Em função do que foi exposto, e tomando como princípio a importância da promoção e manutenção do autocuidado na pessoa idosa, este estudo objetivou analisar a dependência no autocuidado do idoso institucionalizado em lares e centros de dia do concelho de Chaves, com a finalidade de traçar um perfil que permita o desenvolvimento de ações de Enfermagem mais enquadradas e baseadas na evidência. Os objetivos deste estudo foram avaliar o nível de dependência no (s) autocuidado (s) dos idosos institucionalizados em lar e centro de dia; identificar os domínios do (s) autocuidado (s) em que as dependências são mais elevadas.

Método

O estudo realizado teve como base a questão de partida. **Qual o nível de dependência no (s) autocuidado (s) dos idosos institucionalizados em lares e centros de dia do concelho de Chaves?** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo.

Participantes

A amostragem foi não probabilística e acidental, tendo participado neste estudo 82 idosos do concelho de Chaves, utentes de centros de dia e lares, que aceitaram voluntariamente responder ao formulário da investigação. A maioria não possui qualquer escolarização sendo a idade de 81,8 anos em média, (a idade mínima de 45 anos e a máxima de 96 anos). Quanto ao sexo 28 (34,1%) são do sexo masculino e 54 (65,9%) do sexo feminino. No que se refere ao estado civil 18 (22,2%) são casados/ união de facto, 10 (12,3%) solteiros, 51 (63%) viúvos, 2 (2,5%) divorciados. Relativamente a com quem vivia ou vive 16 (20%) viviam com o cônjuge, 26 (32,5%) com os filhos, 6 (7,5%) com cônjuge/filhos/outros, 31 (38,8%) sozinho e 1 (1,3%) com a mãe. Face às razões de escolha da instituição 20 (25,6%) referiram proximidade do domicílio, 4 (5,1%) ser frequentada por outras pessoas amigas, 2 (2,6%) económicas e 52 (66,7%) outra. No que se circunscreve ao tempo de institucionalização a média é 21,44, o tempo mínimo de 1 mês e o máximo de 54 meses Quanto à variedade de fármacos que toma diariamente a média é 5,24, o mínimo de 0 e o máximo de 12.

Material

Foi utilizado um formulário que engloba as questões relativas à caracterização sociodemográfica e o instrumento de avaliação do nível de dependência no(s) autocuidado(s) desenvolvida na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e validado por Duque (2009). Este instrumento foi criado tendo por base a Classificação dos Resultados de Enfermagem/Nursing Outcomes Classification – NOC (Moorhead, Johnson & Maas, 2008). No que se refere à consistência interna do instrumento, no estudo do seu autor, revelou valores de *Alfa de Cronbach* na ordem de 0.9, valor que foi corroborado no estudo realizado por Martins (2011). Esta escala encontra-se estruturada em dez domínios de autocuidado “Tomar banho”, “Vestir-se ou despir-se”, “Alimentar-se”, “Arranjar-se”, “Auto elevar-se”, “Usar o sanitário”, “Transferir-se” “Virar-se” “Usar a cadeira de rodas” “Andar”. Cada uma destas dimensões é avaliada através de indicadores mais específicos, classificados numa escala de Likert, e é mensurada em quatro pontos de dependência progressiva: “Totalmente dependente” (score 1), “Necessita de ajuda de pessoa” (score2), “Necessita de equipamento” (score3) e “Completamente independente” (score 4).

Resultados

A análise dos dados dos participantes foi feita através da estatística descritiva Pelos resultados apresentados na tabela1 no que se refere aos níveis de dependência globais, dos participantes, em cada tipo de autocuidado verifica-se que a dependência total é percentualmente mais significativa no “tomar banho”, “vestir-se/despir-se” e “arranjar-se” e percentualmente mais baixa no “alimentar-se” e “usar cadeira de rodas”. Quanto à necessidade de ajuda de pessoa é percentualmente alto no “tomar banho” seguido do “transferir-se” nos outros tipos de autocuidados é baixo. No que se refere à necessidade de equipamento observa-se que é no “elevar-se” nos outros é percentualmente baixo. Relativamente a ser completamente independente nota-se que é percentualmente elevada no “virar-se”, “Transferir-se” e “elevar-se”, significativamente baixa no “alimentar-se. A leitura da tabela também mostra que há um percentual muito elevado de participantes que poderão necessitar de ajuda de pessoa ou de equipamento nos domínios do “alimentar-se”, “vestir-se/despir-se”, “arranjar” e “andar” e um percentual menor no “tomar banho” e “uso de sanitário”.

Tabela1

Níveis de dependência globais dos participantes em cada domínio dos autocuidados

Tipo de Autocuidado	Totalmente dependente (score 1)	Necessita de ajuda de pessoa (score 2)	Necessita de Equipamento (score 3)	Necessita de ajuda de pessoa ou equipamento	Completamente Independente (score 4)
Tomar banho	14 (17,1%)	35 (42,7%)	-	11 (13,4%)	22 (26,8%)
Vestir-se / Despir-se	13 (15,9%)	1 (1,2%)	-	68 (82,2%)	-
Arranjar-se	13 (16,1%)	5 (6,2%)	1 (1,2%)	48 (59,2%)	14 (17,3%)
Alimentar-se	7 (8,5%)	-	-	74 (90,2%)	1 (1,2%)
Uso de sanitário	11 (13,6%)	7 (8,6%)	2 (2,5%)	14 (17,2%)	47 (58%)
Elevar-se	10 (12,2%)	7 (8,5%)	13 (15,9%)	-	52 (63,4%)
Virar-se	10 (12,2%)	2 (2,4%)	1 (1,2%)	-	69 (84,1%)
Transferir-se	10 (12,2%)	14 (17,1%)	2 (2,4%)	-	56 (68,3%)
Usar cadeira de rodas	6 (7,3%)	1 (1,2%)	-	2 (2,4%)	2 (2,4%)
Andar	10 (12,2%)	3 (3,7%)	2 (2,4%)	44 (53,6%)	23 (28%)

Conclusão

Os resultados deste estudo mostram que é nos autocuidados “tomar banho”, “vestir-se/despir-se” e “arranjar-se” em que há mais idosos totalmente dependentes, sendo também no autocuidado “tomar banho” que mais idosos necessitam de ajuda. Parece-nos que esta dependência pode ser minimizada pela ajuda dos prestadores de cuidados. Esta dependência total e ajuda poderia ser evitada, porque muitos idosos possuem capacidades para a execução total ou parcial dos referidos autocuidados. No entanto, o que acontece por vezes é que os prestadores de cuidados não estão preparados nem possuem conhecimentos dos benefícios de estimular o autocuidado no idoso naquilo que é capaz de realizar. Poderão ainda existir outros motivos por parte dos cuidadores, tais como; não estar motivado, não estar predisposto para deixar o idoso concretizar as ações, e, também por questões de tempo, dado que os movimentos dos idosos, por vezes, estão lenificados. Muitos dos participantes referiram, durante a colheita de dados, que poderiam autocuidar-se, de forma total ou parcial, mas que os cuidadores não lhes permitiam. Os resultados também demonstram que uma percentagem muito elevada de participantes poderão necessitar de ajuda de pessoa ou equipamento para realizar o autocuidado, o que pode dever-se a problemas efetivos de saúde e limitações físicas do idoso.

Tendo em conta os resultados do estudo consideramos que a avaliação do nível de dependência no(s) autocuidado(s) é de extrema importância para o planeamento dos cuidados aos idosos institucionalizados. O conhecimento do nível de dependência em cada tipo de autocuidado(s), mais concretamente em cada indicador, irá permitir planear cuidados individualizados e por sua vez avaliar a capacidade do idoso se autocuidar. Parece-nos que os resultados do estudo revelam que os participantes têm necessidades de cuidados de enfermagem no domínio da promoção do autocuidado, da autonomia e da independência.

No que concerne às limitações deste estudo consideramos, que o facto de ser uma amostra não probabilística e, um estudo exploratório/descritivo condiciona a generalização dos resultados obtidos. Tendo por base o referido anteriormente, sugerimos que este estudo deveria ser realizado noutras regiões a participantes com características sociodemográficas diferentes.

Referências bibliográficas

- Carrilho, M.J., & Gonçalves, C. (2004). *Dinâmicas territoriais do envelhecimento: Análise exploratória dos resultados dos censos 91 e 2001*. Lisboa: INE.
- Duque, H.J.L.T. (2009). *O doente dependente no autocuidado: Estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Martins, R.A.L.T. (2011). *A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho de Lisboa: Abordagem exploratória à dimensão do fenómeno*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Moorhead, S., Johnson, M., & Mass, M. (2008). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)* (3.ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Orem, D.S. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5ª ed.). St Louis: Mosby.
- Pereira, N. G., Roncom, J., & Carvalho, H. (2011). Aspectos psicológicos e familiares do envelhecimento. In Z. Azaredo, & Colaboradores, *O idoso como um todo* (pp.101-130). Viseu: Psico & Soma.
- Petronilho, F.A.S., Magalhães, M.M.A., Machado, M.M.P., & Vieira, M.N.M. (2010). Caracterização do doente após evento crítico. *Sinais vitais*, (88), 41-47.
- Pimentel, L.M.G. (2001). *O lugar do idoso na família: Contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.
- Zelzenik, D. (2007). *Self-care of the home-dwelling elderly people living in Slovénia*. Dissertation, Faculty of Medicine of the University of Oulu, Oulu, Eslovénia.

Participação do idoso no mercado de trabalho: independência e/ou dependência?

Mohring, Giorgia Gomes¹, Iurino, Kethilin Schwingel², Malucelli, Andressa Pacenko³, Oliveira, Maria Iolanda de⁴, Banhos, Fernanda Gomes⁵ & Seremeta, Édina Cláudia de Lima Fernandes.⁶

Resumo:

O presente estudo busca discutir a questão da dependência do idoso, ou seja, sua capacidade de gerar renda e de realizar as atividades da vida cotidiana. É perceptível o envelhecimento da população brasileira, de acordo com o último censo do IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O aumento da expectativa de vida da população acarreta inúmeras consequências sociais, dentre elas a maior participação da população idosa no mercado de trabalho. O tema proposto é desenvolvido abordando as mais recentes pesquisas relativas ao objeto de investigação deste estudo, apontando as motivações que levam a população idosa a prolongar sua estadia na vida profissional, e demonstrando que há uma ligação direta entre o trabalho do idoso e a situação financeira vivida por ele e seus familiares.

Resumen:

Este estudio tiene como objetivo discutir el tema de la dependencia en las personas mayores, es decir, su capacidad para generar ingresos y llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Es notable envejecimiento de la población brasileña, según el último censo del IBGE, el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística. El aumento de la esperanza de vida de la población es portadora de muchas consecuencias sociales, entre ellos la mayor parte de la población de edad avanzada en el mercado laboral. Se desarrolla el tema que abarca las últimas investigaciones sobre el tema de investigación de este estudio, señalando las motivaciones que llevan los ancianos a prolongar su estancia en la vida laboral, y la demostración de que existe una relación directa entre el trabajo y la situación financiera de los ancianos vivían por él y su familia.

Palavras-chave: envelhecimento; idoso; mercado de trabalho; independência; dependência.

1 Acadêmica do 2º ano do Curso de Bacharelado em Direito da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), estado do Paraná-Brasil e estagiária do projeto de extensão Núcleo de Assistência Social, Jurídica e de Estudos sobre a Pessoa Idosa. E-mail: gimohring@hotmail.com.

2 Acadêmica do 2º ano do Curso de Bacharelado em Direito da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), estado do Paraná- Brasil e estagiária do projeto de extensão Núcleo de Assistência Social, Jurídica e de Estudos sobre a Pessoa Idosa. E-mail: kethilin@hotmail.com.

3 Advogada, Mestra e Professora do Setor de Ciências Jurídicas da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG); estado do Paraná-Brasil. Supervisora do Núcleo de Assistência Social, Jurídica e de Estudos sobre a Pessoa Idosa. E-mail: andressapacenko@hotmail.com.

4 Assistente Social, Mestra e Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG); estado do Paraná- Brasil. Coordenadora do Núcleo de Assistência Social, Jurídica e de Estudos sobre a Pessoa Idosa. E-mail: maria2672@uol.com.br.

5 Assistente social do Núcleo de Assistência Social, Jurídica e de Estudos sobre a Pessoa Idosa. E-mail: fernanda_banhos@hotmail.com.

6 Assistente social do projeto de extensão Núcleo de Assistência Social, Jurídica e de Estudos sobre a Pessoa Idosa. E-mail: c_seremeta@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O Brasil está envelhecendo. É o que afirma o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (“Primeiros resultados”, 2011).

De acordo com a última divulgação dos resultados do censo realizado em 2010 (cujos resultados foram apresentados em 2011), a população de jovens no Brasil vem diminuindo paulatinamente, ao passo que a população idosa, considerados como tais os que contam com idade igual ou superior a 65 anos, vem aumentando em ritmo acelerado. Esclareça-se que o estudo elaborado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – considerou pessoas com 65 anos de idade ou mais. Todavia, de acordo com o Estatuto do Idoso – lei 10.741/2003, no Brasil são considerados idosos os indivíduos que contam com 60 anos de idade ou mais.

Em 1991 os idosos correspondiam a apenas 4,8% da população. Já no ano 2000 haviam alcançado a marca de 5,9% dos brasileiros. Os recentes dados apontam para uma participação de 7,4% na população, ou seja, de cerca de 190.732.694 de brasileiros, 14.114.219 são idosos (“Primeiros resultados”, 2011).

Segundo Sonia de Amorim Mascaro (2004, p. 67-68), o aumento da longevidade acarreta transformações profundas na sociedade, colocando em evidência o envelhecimento como uma questão multifacetada e uma problemática social.

De um lado, o declínio da população jovem é visto por alguns como fator preocupante, pois implicaria, a médio e longo prazo, numa redução de pessoas em idade produtiva. Mas seria tal pensamento inabalável, inafastável?

Por outro lado, o envelhecimento é comumente associado a ideia de dependência. Dita dependência é concebida como perda da capacidade de gerar renda e de realizar as atividades da vida cotidiana. Diante de tal colocação, questiona-se: os idosos com quem convivemos são realmente dependentes?

Uma das transformações na estrutura social percebida nos últimos anos é o crescente aumento da população idosa no mercado de trabalho, tema que será abordado no presente trabalho buscando refletir sobre as condições objetivas em que ocorre a permanência das pessoas idosas no processo produtivo.

METODOLOGIA

Emprega-se no presente trabalho o método dedutivo, partindo-se das premissas gerais aceitas acerca da temática abordada para apresentação de suas características especiais. Para tanto, os procedimentos metodológicos adotados foram de: pesquisa bibliográfica (livros, artigos e estudos sobre o tema); pesquisa documental (leis e resoluções); coleta de dados estatísticos e interpretação qualitativa.

RESULTADOS

A Resolução nº 46, de 16/12/1991 da Organização das Nações Unidas – ONU, aprovada por sua Assembleia Geral, preceitua como princípio básico à comunidade internacional em relação ao idoso a oportunidade de trabalhar e o direito de determinar o momento em que deve afastar-se do mercado de trabalho.

O direito de acesso ao trabalho é instituído como princípio fundamental da República Democrática do Brasil – art. 1º, IV da Constituição Federal de 1988. Logo, ao idoso, como a qualquer outro cidadão, deve ser garantido o livre exercício de atividade profissional. Neste diapasão, o Estatuto do Idoso estabelece em seu Capítulo VI os direitos a profissionalização e ao trabalho aos idosos. Aliás, a tutela diferenciada conferida ao idoso no que tange ao direito ao trabalho, de acordo com os ensinamentos de Norberto Bobbio (1992, p. 62), expressa uma tendência mundial de especificação dos direitos fundamentais.

Solange Maria Teixeira explica que em relação à profissionalização e ao trabalho, a lei inova: “em vez de apostar na empregabilidade das pessoas de mais idade, ela reforça os mecanismos que impedem a discriminação no mercado de trabalho pela idade, inclusive, prevendo penalidades aos discriminadores...” (2008, p. 292).

Mesmo que se verifique toda esta tutela jurídica, o acesso do idoso ao mercado de trabalho não raras vezes encontra barreiras sociais. Seja por preconceito, seja por limitações naturalmente decorrentes do envelhecimento, ainda constata-se certa dificuldade em tal acesso.

Todavia, a realidade brasileira vem apontando para positivas mudanças. Roberto Mendes de Freitas Júnior apresenta dados do IBGE, os quais comprovam que ao final da década de 90, 9% (nove por cento) da população economicamente ativa era composta por idosos, sendo que a perspectiva para o ano de 2020 de que esse número alcance a margem de 13% (treze por cento). Ademais, o trabalho “mantém a atividade cerebral do idoso em constante funcionamento, auxilia na manutenção de sua higidez física e mental, estimula sua autoestima e retarda o processo de envelhecimento” (Freitas, 2011, p. 103).

Idade avançada, por conseguinte, não é sinônimo de incapacidade, tampouco impede o cidadão de exercer atividade remunerada, de forma profissional e competente.

Frank Schirmacher, citado por Naide Maria Pinheiro (2012, p. 244), sustenta que “eventual lentidão ou diminuição do vigor das pessoas idosas em relação ao trabalho são compensadas com a sua maior experiência, confiança e estabilidade emocional”.

Anita Liberalesso Neri (2001, p. 23-24) relata que o Seattle Longitudinal Study (Schaie 1996) desenvolveu um estudo entre os anos de 1956 e 1991, no qual avaliou a capacidade intelectual geral e capacidades específicas de grupos de pessoas nascidas entre 1882 e 1934. Tal análise foi procedida de sete em sete anos. A cada sete anos os grupos testados eram reavaliados, e testava-se novos grupos concomitantemente. Comparou-se cada grupo consigo próprio e com outros grupos. O resultado obtido indicou que o desempenho intelectual geral e as capacidades específicas das pessoas eram mantidos até depois dos 70 anos, o que para eles traduziu que a inteligência é estável (é claro, se não houver doença incidente). E mais, os últimos grupos incluídos no estudo demonstraram maior desempenho intelectual, o que confirma o senso comum de que as crianças de hoje são mais inteligentes.

A Síntese dos Indicadores Sociais apresentada pelo IBGE, referentes ao período de 1996 a 2006, indica que em 2007 cerca de 30,9% (trinta vírgula nove por cento) das pessoas com mais de 60 anos de idade trabalhavam, o que corresponde a 5,9 milhões de pessoas. Relevante registrar que deste índice 3,6 milhões estavam aposentados e mesmo assim trabalhavam. Dentre as atividades por eles desenvolvidas, destacava-se principalmente aquelas realizadas por conta própria (40%), seguida das atividades para subsistência (21,5%), sendo apenas 7% dos idosos enquadrados como empregadores (“IBGE divulga indicadores sociais”, 2007).

Os principais motivos para um percentual tão relevante referente a idosos que mesmo aposentados ainda trabalham foram apontados em reportagem do *site* G1 (“Cerca de 20% dos idosos trabalham”, 2007), destacando-se o baixo valor das aposentadorias e pensões recebidas, além de boas condições de saúde, que possibilitam uma vida profissional mais duradoura.

Tudo isto revela que a população idosa esta cada vez mais independente. Sobre a temática, o Ministério da Saúde divulgou que no Brasil 80% dos idosos não dependem de qualquer tipo de acompanhamento para realizar as atividades da vida cotidiana. Tal independência é mais um fator que colabora para a participação cada vez mais ativa de idosos no mercado de trabalho (“No Brasil, 80% deles são independentes”, 2012).

Em decorrência das informações acima apresentadas, é possível verificar que é equivocada a associação irrefletida entre idoso e improdutividade ou dependência. Muito embora, o fato é que a maioria dos idosos aposentados permanecem trabalhando dada a concentração de renda desigual que os força a reiniciar o ciclo de vida de trabalhador.

Considerando a maior participação desta faixa da população no mercado de trabalho, outra questão surge a discussão. Trata-se da relação de dependência econômica de familiares para com os idosos.

Em entrevista ao jornal Carta Forense, a consultora em políticas públicas voltadas para o envelhecimento Pérola Melissa Vianna Braga diz que: “O idoso brasileiro ajuda e sustenta mais a sua família que o contrário. Muitas vezes a aposentadoria ou pensão do idoso é a única fonte de renda não só dele como também de toda sua família” (“Entrevista: Direito dos Idosos”, 2011).

Desta forma, se por um lado o idoso revela-se independente, consoante acima exposto, por outro ele se torna a figura de dependência de seus familiares, pois acaba por vezes assumindo o papel de principal provedor da casa. Isto, segundo Solange Maria Teixeira, “significa que a grande maioria deles ocupa um papel de destaque no modelo de organização familiar brasileira, não ocorrendo a perda de papéis sociais (nem produtivo, nem familiar)” (2008, p. 141). A autora ainda completa: “Embora 44,5% dos idosos responsáveis pelo domicílio tenham renda de apenas um salário mínimo, percentual que cresce para 65%, entre os idosos da área rural” (2008, p. 141).

Vê-se, assim, que ao invés de idosos dependentes, esta parcela da população demonstra cada vez mais independência, com participação expressiva no mercado de trabalho. Seja por escassez de recursos financeiros (aposentadorias e pensões insuficientes), seja por boas condições de saúde, fato é que os idosos estão tendo participação ativa no mercado. Tal situação, ao que parece, acaba por corroborar que os laços de dependência de seus familiares por eles não se rompa. Trata-se, indubitavelmente, de quebra de paradigmas.

CONCLUSÃO

Do acima exposto, resta evidente que a ideia de um idoso dependente e inativo não mais se aplica hodiernamente. Ao longo do trabalho apresentaram-se estatísticas do IBGE e opiniões de doutrinadores a cerca do tema abordado: envelhecimento e dependência, com enfoque especificamente no idoso e na sua participação no mercado de trabalho.

Por meio dessas informações percebe-se que é cada vez mais expressiva a participação do idoso entre a população economicamente ativa, e essa expansão se deve a fatores sociais diretamente relacionados à situação econômica e familiar vivida pelo idoso. O fator benéfico nisto tudo consiste no fato de que o trabalho, por vezes, pode retardar o processo de envelhecimento, mantendo a saúde física e mental do idoso.

Há, entretanto, a contrapartida de se manter o vínculo de dependência de familiares para com os idosos, que acabam não raramente sendo os principais provedores de suas famílias.

A permanência no mercado de trabalho, porém, marcada pelas motivações destacadas, revela também as características específicas de um envelhecimento determinado, para uma maioria de pessoas idosas, pelas desigualdades sociais.

BIBLIOGRAFIA

Blog da Saúde. *Idosos: No Brasil, 80% deles são independentes*. Recuperado a 01 de junho, 2013, de: <http://www.blog.saude.gov.br/idosos-no-brasil-80-deles-sao-independentes/>.

Bobbio, N. (1992). *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus.

Constituição da República Federativa do Brasil (1998).. Subchefia para Assuntos Jurídicos, Casa Civil, Presidência da República..

Junior, F. & Mendes, R. (2011). *Direitos e Garantias do Idoso: Doutrina, Jurisprudência e Legislação* (2 ed). São Paulo: Atlas.

Globo.com (2007). *Cerca de 20% dos idosos trabalham, aponta IBGE*. Recuperado em 04 de junho ,2013, de: <http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,AA1643231-5598,00.html>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2011). *Primeiros resultados definitivos do Censo 2010: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas* Recuperado em 02 de Abril,2013, de < <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=1866>>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2007). *IBGE divulga indicadores sociais dos últimos dez anos*. Recuperado em 05 de junho,2013de <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=987>.

Jornal Carta Forense (2011). *Entrevista: Direito dos Idosos por Pérola Melissa Vianna Braga*. Recuperado em 05 de Junho, 2013 de <http://www.cartaforense.com.br/conteudo/entrevistas/direito-dos-idosos/8005>.

Lei nº 10.741/2003, de 1 de Outubro. Presidência da República, Nº 182 da Independência e Nº 115 da República . - - Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos.

MASCARO, S.A.(2004) *O que é velhice?* (1 ed.). São Paulo: Brasiliense.

Neri, A. L. (2001). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (3 ed). Campinas: Papirus.

Pinheiro, N. M. (2012). *Estatuto do Idoso Comentado*. Campinas: Servanda.

Resolução n.º 46/1991 de 16 de Dezembro. Organização das Nações Unidas: Assembleia Geral. Recuperado em 05 de julho, 2013, de <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r091.htm>.

Teixeira, S. M. (2008). *Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil*. São Paulo: Cortez.

Instrumentos para avaliação da dor crónica no idoso

Sérgio Santos¹

Doutorando em Enfermagem Avançada, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa
sergiomiguelsantosenf@gmail.com

RESUMO

A dor foi definida como 5º sinal vital pela Direção Geral de Saúde em 2003, desde então cabe a todos os profissionais de saúde a sua avaliação. Sendo uma experiência subjetiva, não existem instrumentos objectivos para mensurar correta e adequadamente a sua intensidade. A intensidade da dor deve ser avaliada e medida pelo que o doente exprime.

Em Portugal estima-se que cerca de 30% da população tem dor crónica, com maior incidência nos idosos, sendo a dor osteoarticular aquela com maior representatividade. Assim, procuramos analisar alguns dos instrumentos utilizados na avaliação da dor de uma forma simples, e que poderão ser utilizados pelos cuidadores dos idosos na avaliação da dor crónica do idoso.

Realizou-se uma revisão sistematizada da literatura, com o objectivo de identificar os instrumentos unidimensionais e multidimensionais que melhor possam contribuir para uma correta avaliação da dor.

Apesar de existirem diversos instrumentos, poucos são os que se adequam a todos os indivíduos. Deste modo, entendemos que o ideal será utilizar o instrumento que melhor se adequa a cada indivíduo. Sousa *et al.* (2010) elaborou e validou uma escala multidimensional de avaliação da dor (EMADOR) tentando colmatar as falhas existentes e procurado analisar as dimensões a sensitiva, afectiva e cognitiva.

RESUMEN

El dolor se define como el quinto signo vital de la Dirección General de la Salud en 2003, desde entonces le corresponde a todos los profesionales de la salud para su evaluación. Al ser una experiencia subjetiva, no hay instrumentos objetivos para medir correctamente y apropiadamente su intensidad. La intensidad del dolor debe ser evaluado y medido por el paciente expresa.

En Portugal se estima que aproximadamente el 30% de la población tiene dolor crónico, con una mayor incidencia en los ancianos, y dolor osteoarticular que más representativo. Así que tratamos de analizar algunos de los instrumentos utilizados en la evaluación del dolor de una manera simple, y que pueden ser utilizados por los cuidadores de las personas mayores en la evaluación del dolor crónico en las personas mayores.

Se realizó una revisión sistemática de la literatura, con el objetivo de identificar los instrumentos unidimensionales y multidimensionales que mejor pueden contribuir a una correcta evaluación del dolor.

Aunque existen muchos instrumentos, son pocos los que se adapten a cada individuo. Por lo tanto, entendemos que lo ideal es utilizar la herramienta que mejor se adapte a cada persona. Sousa *et al.* (2010), desarrollado y validado una escala multidimensional para la evaluación del dolor (EMADOR) tratando de superar las brechas existentes y ha tratado de analizar las dimensiones de lo sensorial, afectivo y cognitivo.

PALAVRAS CHAVE: Avaliação; Dor; Idoso.

TEMA: DOR

INTRODUÇÃO

A dor é definida pela IASP (Internacional Association for Study of Pain), como uma “experiência subjetiva desagradável, sensitiva e emocional, associada com lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos dessa lesão”, sendo vivenciada por quase todos os indivíduos, e conseqüentemente um dos motivos que os leva a procurar os cuidados de saúde (Carvalho, 1999).

Para Sousa e Silva (2005) a dor é um fenómeno complexo psicofisiológico, contrariando a teoria que fundamentava que a dor se tratava de um simples sinal neurofisiológico. Estes autores defendem que a dor está relacionada com sintomas fisiológicos específicos combinados com variáveis psicológicas. Neste contexto, a dor deve ser vista como um fenómeno multidimensional que envolve para além das razões fisiológicas, as psicológicas, das quais podemos destacar as razões de personalidade, cognitivas, comportamentais, sensoriais, afetivas, emocionais, socioculturais e vivências individuais. A avaliação da dor deve considerar todos estes fenómenos, exigindo para tal a utilização de um instrumento adequado.

Existem instrumentos unidimensionais e multidimensionais, sendo estes últimos os mais adequados uma vez que, fornecem uma avaliação mais abrangente e que melhor representa a realidade da dor.

Os profissionais de saúde são confrontados, diariamente, com a necessidade de avaliar a dor no doente. Para isso, recorrem a instrumentos já validados e instituídos nos Serviços de Saúde como sendo os mais adequados, nomeadamente a Escala Visual Analógica (VAS – Visual Analogue Scale) que se trata de um instrumento unidimensional, que avalia basicamente a intensidade da dor.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a revisão sistematizada da literatura, recorrendo a bibliografia na área da dor, sendo considerados autores consagrados. Foi efectuada pesquisa em bases de dados (RIMAS; B-ON; SCIELO), portais de organizações (APED; APCP; DGS) e utilizada a palavra-chave de “Escala de Avaliação da Dor”. Uma vez reunidos diversos instrumentos de avaliação da dor, procuramos distinguir e agrupar os instrumentos em unidimensionais e multidimensionais.

Foram encontrados inúmeros artigos, dissertações e outras referências bibliográficas, onde os autores faziam estudos comparativos entre instrumentos, mas optamos por sintetizar as razões em que cada um se foca para melhor condensar a informação.

Consideram-se como critérios de exclusão todos os instrumentos de avaliação da dor pediátrica, uma vez que a avaliação da dor em pediatria obedece a critérios específicos. Assim, procurámos identificar os instrumentos para avaliar a dor do idoso, sendo considerado como critérios de inclusão todos os instrumentos que tenham sido avaliados e comprovados e que demonstraram fidedignidade e validade.

INSTRUMENTOS DA AVALIAÇÃO DA DOR

Como foi referido anteriormente os instrumentos de avaliação da dor podem dividir-se em unidimensionais, sendo nestes apenas avaliada a intensidade da dor, e multidimensionais, que serão aqueles que abordam aspectos fisiológicos, emocionais, comportamentais, culturais, afectivos, sensoriais entre outros.

Instrumentos Unidimensionais

1. Escala da Avaliação Numérica (EAN)(Numeric Rating Scale – NRS)

Esta escala caracteriza-se por ser uma escala numérica de 0 a 10, onde o 0 representa “nenhuma dor” ou “sem dor” e o 10 representa “a pior dor imaginável” ou “dor máxima”. A sua utilização pode ser feita verbalmente (Escala Numérica Verbal) ou poderá ser mostrada ao indivíduo (Escala Numérica Visual).

Para Sousa e Silva (2005) este instrumento serve para avaliação da intensidade da dor, na consulta inicial e/ou durante todo o processo de tratamento. Por ser um instrumento unidimensional, restringe-se à avaliação da intensidade descurando os aspectos psicométricos.

2. Escala Visual Analógica(EVA) (Visual Analogue Scale – VAS)

É um dos instrumentos mais utilizado para avaliação da dor. Caracteriza-se por apresentar uma linha de 10 cm, com âncoras nas extremidades, sendo escrito numa extremidade “nenhuma dor” ou “sem dor” e na outra “a pior dor possível” ou “dor insuportável”.

Sugere-se ao indivíduo que quantifique a magnitude da sua dor na linha da régua de 0 a 10cm.

Sousa e Silva (2005) citando (Huskisson) descrevem esta escala como sensível, simples, reproduzível e universal. Ou seja, poderá ser uma vantagem em situações de diferenças de linguagem entre o indivíduo e o avaliador.

Os mesmo autores descrevem com desvantagem a posição (horizontal ou vertical) da linha da escala, isto é, alguns indivíduos (com dor lombar) têm interpretado a linha vertical como sendo a sua coluna, e desta forma colocam a marca na linha para descrever a localização da dor em vez de indicarem a intensidade da dor. Pese embora estas condicionantes e sendo devidamente explicado o objectivo deste instrumento, estes autores referem que existe uma crescente evidência da fidedignidade e validade do mesmo.

3. Escala Facial da Dor (EFD) (Face Pain Scale - FPS)

Este instrumento foi baseado na Escala de Faces de Wong Baker para crianças e após adaptação para indivíduos adultos, mostra um conjunto de faces que tem como objectivo representar vários níveis de angústia, sugerindo ao indivíduo que escolha a que melhor exprime a sua dor.

Esta escala foi considerada por diversos autores como sendo uma alternativa fidedigna para avaliar a intensidade da dor em indivíduos com baixo nível educacional, sem alterações cognitivas ou com leves alterações cognitivas.

4. Escala de Descritores Verbais (EDV) (Verbal Descriptor Scale – VDS)

Nesta escala os indivíduos referem a intensidade da sua dor utilizando descritores verbais. Usualmente são usados quatro (4) ou seis (6) descritores ou adjetivos que pretendem indicar diferentes estadios da intensidade da dor.

Versão “4 point VDS”: 0 = nenhuma; 1 = leve; 2 = moderada; 3 = severa; Versão “6 point VDS”: 0 = nenhuma; 1 = muito leve; 2 = leve; 3 = moderada; 4 = severa; 5 = muito severa/intensa;

Esta escala é normalmente usada como auxilio das escalas anteriormente referidas.

Instrumentos Multidimensionais

1. Questionário McGill da Dor (McGuill Questionnaire – MPQ)

Este instrumento pretende avaliar a experiência dolorosa nas dimensões: afectiva, avaliativa e sensorial, onde o indivíduo seleciona palavras que melhor descrevem a sua dor. Inclui um diagrama corporal para localização da dor, uma escala de intensidade e 78 descritores agrupados em 4 grandes grupos e 20 subgrupos.

Sousa e Silva (2005) descrevem alguns estudos onde se prova que as três dimensões enunciadas operam isoladamente. No que diz respeito à dimensão sensorial (intensidade da dor) do MPQ estes autores provam que existem uma correlação com os scores da EVA.

No entanto, Sousa e Silva (2005) chamam a atenção para o facto deste questionário possuir algumas limitações, entre elas a complexidade das palavras, a quantidade de descritores dentro de cada dimensão e o facto de não fornecer dados quantitativos

Estes autores citando (Mellzack e Katz, 1992) demonstram que a fidedignidade e validade foram avaliadas e comprovadas, considerando que o instrumento é uma boa opção para a avaliação da severidade da dor.

2. Inventário Multidimensional de Dor (Multidimensional Pain Inventory – MPI)

Este instrumento é caracterizado por englobar dimensões sobre a condição física, comportamental e psicossocial dos indivíduos com dor crónica. Este inventário é constituído por três partes: Na primeira constam 28 itens que são distribuídos em 5 escalas numéricas de 7 pontos; a segunda contém 14 itens em três níveis de uma escala numérica de 6 pontos; a terceira parte diz respeito às AVD's desempenhadas pelo indivíduo, sendo composta por 19 itens distribuídos em quatro escalas numéricas de 6 pontos.

Sousa e Silva (2005) referem a realização de uma análise fatorial confirmatória dos itens da primeira parte e uma análise fatorial exploratória das partes 2 e 3, confirmando assim uma relação importante com a estrutura da versão original (americana), podendo ser utilizada em diferentes culturas.

3. Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR)

Este instrumento é composto por três partes, na primeira o indivíduo preenche uma escala numérica onde caracteriza a intensidade da sua dor, expressa em valores de 0 a 10. Na segunda parte, tem como objetivo caracterizar a dor em aguda ou crónica, consoante os descritores e respetivas definições. Na terceira parte o profissional de saúde solicita ao indivíduo a localização da dor e o preenchimento do gráfico. Neste, deve ser registado o valor atribuído à intensidade da dor de acordo com o horário. (Sousa *et al*, 2010)

4. Questionário de Dor no Idoso (Geriatric Pain Measure – GPM)

Este instrumento multidimensional foi desenvolvido com o objectivo de facilitar a compreensão e a sua aplicabilidade, mais especificamente na população idosa. Este questionário está organizado de forma a mensurar a avaliação da dor, e do seu impacto nas AVD's, no humor e na qualidade de vida do indivíduo com dor.

Gambaro *et al* (2007) descrevem o GPM como o instrumento que permite avaliar o impacto da dor na funcionalidade e na qualidade de vida em idosos. Considerando também que não sendo complexo, deverá ser visto com uma opção válida para a correta avaliação da dor do idoso.

5. Escala Doloplus – Avaliação Comportamental da Dor na Pessoa Idosa

Este instrumento multidimensional tem como objectivo avaliar a dor em três repercussões: somática, psicomotora e psico-social. A primeira é composta por 5 itens, a repercussão psicomotora é composta por 2 itens e a repercussão psico-social por 3 itens. A pontuação é a soma da pontuação de todos os itens e varia entre 0 (sem dor) e 30 (dor máxima). Este instrumento foi construído e validado por Guarda (2006).

ANÁLISE/RESULTADOS

Ao analisar os resultados obtidos podemos constatar que existem instrumentos unidimensionais, onde o único fator avaliado é a intensidade da dor. Embora possuam diferentes apresentações, convergindo todos no mesmo sentido, sendo por isso redutores e limitados.

Quanto aos instrumentos multidimensionais encontrados, são mais abrangentes e indicados para utilização em populações mais idosas, uma vez que são mais específicos e dirigidos à multiplicidade de fatores presente neste tipo de indivíduos.

CONCLUSÃO

Podemos verificar que os instrumentos utilizados atualmente para a avaliação da dor não permitem uma avaliação abrangente da mesma. Embora alguns instrumentos utilizados tenham essa pretensão, recorrendo a diversas dimensões, não são suficientemente unânimes na sua aplicabilidade.

Sousa e Silva citando Gracely e Dudner (2005), sugerem que um instrumento ideal para avaliar a dor deverá apresentar os seguintes parâmetros: ser simples de utilizar em indivíduos com dor e sem dor; quer em contextos clínicos, quer em contextos de pesquisa; ser sensível às mudanças na intensidade da dor; ser capaz de avaliar separadamente as diferentes dimensões da dor; ter propriedade na escala da razão; fornecer informação imediata e fidedigna sobre a avaliação do desempenho dos indivíduos; ser imune a desvios; demonstrar utilidade e permitir comparações fiáveis entre ambos os tipos de dor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, F.A.; Pereira, L.V. & Sousa, F.A.E.F.; (2006) Mensuração da dor no idoso: uma revisão; Rev Latino-am Enfermagem. 14(2):271-6; Recuperado a 8 de Janeiro, 2012 de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a18.pdf>

Carvalho, M.M.J. (1999) Dor: *Um estudo multidisciplinar*. (pp.31-46). São Paulo: Summus.

Ciena, A.P.; Gatto, R.; Pacini, V.C.; Picanço, V.V.; Magno, I.M.N.; Loth, E.A.; (2008) Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idoso e a adultos jovens; *Semina: Ciência Biológicas e da Saúde*, Londrina, 29(2). Recuperado a 9 de Janeiro, 2012, de <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3467/2822>

DGS – Direção Geral da Saúde (2003); *A dor como 5ª sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*;

Circular Normativa nº 09/DGCG de 14 de Junho, 2003. Recuperado a 8 de Janeiro de 2012, de <http://www.aped-dor.org/index.php?lop=conteudo&op=182be0c5cdcd5072bb1864cdee4d3d6e&id=e2ef524fbf3d9fe611d5a8e90fefdc9c>

Gambaro, R.C.; Santos, F.C.; Thé, K.B.; Castro, L.A.; Cendoroglo, M.S. (2007) *Avaliação de dor no idoso: proposta de adaptação do Geriatric Pain Measure para a língua portuguesa*. Recuperado a 9 de Janeiro, 2012 de http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=3992&fase=imprime

Guarda, H. (2006) Escala *Doloplus* – Avaliação comportamental da dor na pessoa idosa; Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Recuperado a 8 de Janeiro, 2012 de http://www.apcp.com.pt/uploads/doloplus_versao_portuguesa.pdf

Melzack, R. (2005) The McGill Pain Questionnaire – From Description to Measurement, *Anesthesiology*; 103.199-202. Recuperado a 8 de Janeiro, 2012, de <http://www.uofapain.med.ualberta.ca/ReadingDocuments/McGillPainQuestRevisited2005.pdf>

Pimenta, C.A.M. & Teixeira, M.J. (2006) Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev. Esc. Enf. USP*, 30(3) Recuperado a 8 de Janeiro, 2012 de <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/361.pdf>

Sousa, F.F. & Silva, J.A. (2005) A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. *Revista DOR*, 6(1). 469-513.

Sousa, F.F.; Pereira, L.V.; Cardoso, R. & Hortense, P; (2010) Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR), *Rev Latino-am Enfermagem*. 18 (1), Recuperado a 9 de Janeiro, 2012, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_02.pdf

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Sérgio Miguel Pereira Santos, Doutorando em Enfermagem Avançada, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa; sergiomiguelsantosenf@gmail.com

Caso clínico de síndrome de saco de urina púrpura em mulher idosa institucionalizada

Inês Mendes¹

1. UCSP Cascais

Resumo:

O “síndrome do saco de urina púrpura” (PUBS) constitui um episódio infrequente mas cujo achado se acredita ter intrigado desde os tempos mais remotos do século XIX. A sua prevalência é muito variável, no entanto, é unânime que afecta acima de tudo mulheres idosas, ou não estivesse na base da sua fisiopatologia factores de risco como obstipação, algaliação, situação de acamado e institucionalizado.

Somam-se comorbilidades várias e um deficit cognitivo que igualmente se concretizam no presente caso clínico. A sua etiologia é discutível e poderá dever-se a curiosos mecanismos que justificam os factores de risco, e que se descrevem ao longo do artigo. Porém, importa destacar neste caso certo tipo de agente de infecções urinárias que assim destacam, mesmo nos locais de precários cuidados, uma infecção urinária, cuja sintomatologia pode nestas idades e contextos ser muito bem mascarada. O seu achado pode ser muitas vezes alarmante para o doente ou seus cuidadores, no entanto, importa incorrer nas suas causas e desmistificar um episódio frequentemente benigno, bem como saber evitá-lo com os apropriados cuidados.

El “síndrome de saco de orina púrpura” (PUBS) constituye un episodio poco frecuente pero cuyo descubrimiento levantado mucho interés desde tiempos remotos del siglo XIX. Su prevalencia varía ampliamente, aunque se acepta unánimemente que afecta principalmente a mujeres ancianas o no fuera su fisiopatología relacionada con determinados factores de riesgo como estreñimiento, catéteres permanentes, permanecer mucho tiempo en cama y en residencias de ancianos.

Se suman múltiples comorbilidades y un déficit cognitivo que al mismo tiempo aparecen en el presente caso clínico. Su etiología es discutible y puede deberse a curiosos mecanismos que se describen a lo largo del artículo. Sin embargo, es importante destacar, en este caso, cierto tipo de agente de infección urinaria, que así destaca, mismo en lugares con cuidados de apoyo asistencial precarios, una infección urinaria cuya sintomatología puede, en estas edades y contextos, ser fácilmente encubierta. Su hallazgo, a menudo, puede ser alarmante para el paciente o sus cuidadores, sin embargo, es crucial la comprensión de sus causas para desmitificar un episodio en general benigno, así como aprender a evitarlo con el cuidado adecuado.

Palavras-chave: Síndrome do saco de urina púrpura; infecção urinária, triptofano

INTRODUÇÃO

A síndrome do saco de urina púrpura refere-se a um episódio raro, normalmente associado a uma algaliação prolongada, especialmente em doentes acamados. Nestes, a sua frequência pode mesmo atingir uma prevalência de 8.3% a 16.7%.¹

Apesar de descrita primeiramente em 1978, a sua história remonta ao século XIX, concretamente com registos médicos em 1812, sobre o Rei Jorge III do Reino Unido, sobre a curiosa cor púrpura da urina no seu sistema de algaliação. De ressaltar os seus antecedentes de porfiria, obstipação e demência grave, nos últimos anos de vida.²

A explicação etiológica prende-se principalmente com a infecção do aparelho urinário, especialmente com agentes bacterianos metabolizadores do triptofano. Este aminoácido essencial, apesar de existente nos lacticínios, carne e peixe, é relativamente pouco absorvido na alimentação pela competitividade de outros aminoácidos, perdendo-se até dessa forma um efeito no Sistema Nervoso Central, enquanto activador da produção de serotonina. Não obstante, a sua permanência ao nível do intestino (favorecido por dietas ricas em triptofano), associado a estados de menor motilidade intestinal (como é a obstipação) e concomitante incremento do crescimento bacteriano, leva a que os seus metabolitos sejam absorvidos, posteriormente metabolizados a nível hepático (indoxil sulfato) e excretados pelo rim sob a forma de dois pigmentos: indigo (de cor azul) e indirrubina (de cor vermelha).

A capacidade de conversão completa do triptofano, mediada pela enzima triptofanase, é, no entanto, característica de apenas algumas bactérias Gram negativas, especialmente do grupo das *Enterobacteriaceae*, como sejam *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Providencia stuartii*, *Klebsiella pneumoniae*, todas elas produtoras de sulfatase e/ou fosfatase. Esta específica capacidade de hidrolisação do triptofano em indol, serve portanto como um marcador bioquímico, utilizado em Microbiologia para detectar certos microrganismos, com a denominada prova do indol, que deixa um anel avermelhado na superfície do meio de cultura.

Diversas outras comorbilidades estão relacionadas com este achado, o que, entendendo a sua fisiopatologia, são facilmente deduzíveis e justificam a sua epidemiologia: períodos de algaliação prolongada, paraplegia, obstipação e demência (que em geral são factores de risco para as infecções urinárias). A azotemia, a insuficiência renal crónica e a desidratação são factores de risco associados.³ Uma maior alcalinidade da urina potencia igualmente a ocorrência da síndrome do saco de urina púrpura, apesar de existirem relatos sem essa associação, o mesmo ocorrendo com os cateteres de PVC (polivinilclorido), com os quais parece haver uma maior concomitância.⁴

Existem casos reportados de evolução deste achado para o Síndrome de Fournier, cuja mortalidade acresce nesta população para 25-52%, especialmente se o tratamento for tardio.⁴

CASO CLÍNICO

Frequentemente associado a mulheres idosas institucionalizadas, soma-se a infecção urinária já por si mais frequente nesta população. A sintomatologia é, portanto, muitas vezes mascarada não surgindo a polaquiúria e disúria como queixas habituais, deixando arrastar o diagnóstico até ao achado particular de uma urina púrpura em caso de certos agentes bacterianos.

O presente caso clínico refere-se a uma mulher de 96 anos, residente num lar de idosos, tendo sido referenciada ao serviço de urgência hospitalar por quadro de anemia normocítica normocrómica (Hemoglobina de 8.2 g/dL) e agudização da insuficiência renal crónica (ureia: 190 mg/dL; creatinina: 4.10 mg/dL), detectadas num contexto de agravamento do estado geral com adinamia, astenia, anorexia/recusa alimentar. Em meio hospitalar opta-se pelo internamento para observação e exploração do quadro clínico, durante o qual se denota no saco colector de urina uma coloração púrpura do conteúdo, conforme se observa na figura 1.



Figura 1: Coloração púrpura da urina em mulher de 96 anos observada em contexto de urgência

Análises pedidas durante a observação confirmaram uma infecção urinária (urina II com leucócitos acima de 500) sendo isolado em urocultura a bactéria *Escherichia coli*. Tendo sido medicada com a associação de amoxicilina e ácido clavulânico e corrigidas as supra citadas comorbidades, teve alta com melhoria do estado geral.

CONCLUSÃO

Apesar de se tratar de uma entidade benigna e na maioria dos casos assintomática, a síndrome do saco de urina púrpura pode revelar-se um fenómeno alarmante para o doente ou para os seus cuidadores. No entanto, é importante a sua abordagem nos casos sintomáticos através da urocultura e subsequente antibioterapia adequada. Nos casos assintomáticos preconizam-se medidas de higiene adequadas e a substituição frequente dos cateteres e sacos colectores.

No entanto, é importante incorrer em maior número de estudos desta entidade para melhor elucidar sobre dados patogénicos e suas morbilidades.

O achado tão visivelmente marcante do saco colector de urina desempenha, deste modo, um importante sinal de uma infecção urinária, em cujas idades geriátricas pode ter uma sintomatologia tão inespecífica como prostração ou anorexia, alertando desta forma também os cuidadores de idosos para as patologias subjacentes a um achado só por si invulgar mas benigno.

CONFLITO DE INTERESSES

A autora revela não ter quaisquer conflitos de interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barlow, G. B. & Dickson, J. A. S (1978), "Purple urine bags," *The Lancet*, 28, 220–221,

Bin Chiu, M.D., Shiu-Dong Chung, M.D.& Hsiao-Chun Chang, M.D. (2010), "Purple Urine Bag Syndrome in na Elderly Woman", *Incont Pelvic Floor Dysfunct*; 4(4), 121.

Khan, F., Chaudhry, M.A., Qureshi, N. & Cowley, B. (2011) "Purple Urine Bag Syndrome: na Alarming Hue? A brief Review of the Literature, *Internacional Journal of Nephrology*, , ID 419213

Harun, N.S. & et al.; (2007)"Purple Urine Bag Syndrome: A Rare and Interesting Phenomenon", *South Med Journal*. ;100(10), 1048-1050.

Shiao, C.C., Weng, C.Y., Chuang, J.C., Huang, M.S. & Chen, Z.Y., (2008) "Purple urine bag syndrome: a community-based study and literature review", *Nephrology (Carlton)*13(7), 554-9.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

A correspondência deve ser enviada para: ines.mendes@gmail.com

Odontogeriatría: o Cuidador e a QDV!

Luís Silva Castro¹, Filipa Aroso Oliveira²

1.UFP – Universidade Fernando Pessoa

2.UCL-Eastman Dental Institute

Resumo:

O envelhecimento é um facto incontornável! A esperança média de vida nos países desenvolvidos tem vindo a aumentar devido aos avanços da Ciência, da Tecnologia e da Medicina, que cooperam no sentido de proporcionar uma melhor Qualidade de Vida (QDV). Uma maior Longevidade acarreta situações positivas mas também, negativas, como as mudanças orgânicas, comportamentais, físicas, sociais, alimentares, entre muitas outras, que podem ser os verdadeiros condicionantes para o idoso. Alterações físicas e comportamentais contemplam na maioria dos casos uma Exclusão familiar e social. O “elemento” ora “pouco produtivo”, acaba por estar “diferente” e conseqüentemente, deixa de ser tido em consideração. Diferenças comportamentais ora visíveis, ficam anotadas nomeadamente pela negligência em algumas das tarefas básicas respeitantes à sua Higiene. Dentro desta, essencial para uma melhor Qualidade de Vida, constata-se um completo desinteresse pela Higiene Oral, pois entendem que “já não vale a pena”, “sempre viveram sem dentes” ou simplesmente “aquela mancha sempre esteve presente”.

O Cuidador, nomeadamente, o cuidador informal é assim, de enorme importância, assistindo o elemento fragilizado, nos cuidados pessoais, fundamentais para um significativo aumento na autoestima. Destes, fazem parte uma profícua Higiene Oral, que poderá ser o instrumento de excelência para diminuir os casos de patologias orais relevantes e de particular interesse.

Este artigo tem como objetivo, abordar as alterações da cavidade oral do Idoso, sob o ponto de vista fisiológico e anatómico, a relação desta com o restante Corpo Humano e tentar enquadrar todas as eventuais patologias nos intervenientes extrínsecos e intrínsecos ao elemento em estudo.

Resumen:

El envejecimiento es un hecho ineludible. La esperanza de vida en los países desarrollados ha aumentado debido a los avances de las ciencias, de la tecnología y de la medicina, que interactúan para proporcionar una mejor calidad de vida (QDV). Una mayor longevidad acarrea situaciones positivas, pero también algunas negativas, como cambios en el organismo, en el comportamiento, físicos, sociales, nutricionales, entre otros, que pueden acarrear limitaciones para el adulto mayor. Las alteraciones físicas y del comportamiento incluyen, en la mayoría de los casos, exclusión familiar y social. El “individuo” algunas veces “poco productivo”, acaba por ser “diferente” y conseqüentemente, deja de ser considerado. Diferencias en el comportamiento, ahora ya más visibles, se notan, específicamente por la descuido de algunas acciones básicas en relación a la higiene. Dentro de estas, esencial para una mejor calidad de vida, se ve un completo desinterés por la higiene bucal, pues considera que “ya no vale la pena”, “siempre vivieron sin dientes” o simplemente “aquella mancha siempre estuvo presente”.

Quien da cuidados, específicamente, el cuidador informal, es de gran importancia, pues es quien asiste al individuo frágil, en los cuidados personales, fundamentales para un aumento en la autoestimas. El cuidador informal es parte fundamental para una higiene bucal adecuada, la cual es instrumental de excelencia para disminuir las patologías bucales relevantes y de particular interés.

Este artículo tiene como objetivo, abordar las alteraciones de la cavidad bucal del adulto mayor, bajo el punto de vistas fisiológico y anatómico en su relación con el resto del cuerpo y tratar de encuadrar los factores intrínsecos y extrínsecos al tema en estudio.

Palavras-chave: Gerontology, Oral Diseases in the Elderly, Periodontal Tissues

INTRODUÇÃO:

Embora o envelhecimento humano seja inevitável, nem todas as pessoas envelhecem da mesma forma. Fatores biológicos ou genéticos, alimentares ou geográficos, ausência ou não de atividade física, hábitos de higiene saudáveis e indicados, fatores ambientais, sociológicos, geográficos, entre muitos outros, acabam por determinar de que forma será o percurso realizado pelo indivíduo até e depois da dita idade sénior.

A informação disponibilizada pelos meios de comunicação social, pelos profissionais de saúde e pela própria população, em torno de temas como a saúde, economia na saúde, direitos e deveres na saúde, hábitos saudáveis e Qualidade de Vida, tem vindo a constituir um instrumento muito válido para um crescendo de adeptos de um envelhecimento ativo, dinâmico e dignificante. No entanto, muitos são ainda os que se agrupam nos desinformados, simplesmente porque não têm acesso à referida informação (minoritariamente), ou apenas não entendem como necessário este conhecimento. As consequências desta conduta são muitas vezes desastrosas e irreversíveis, constatando-se com alguma frequência, que a degradação do estado de saúde é brutalmente fatal e que apenas foi consequência direta dum total desinteresse pela prevenção do mesmo.

No caso dos idosos, informados ou não, tal como expectável, constatam-se grandes debilidades físicas, funcionais, emocionais e/ou relacionais, marcantes e deteta-se um desinteresse de interagir com os demais, uma socialização que se torna quase inexistente, patologias osteomusculares, orais, visuais, sistémicas que surgem de forma abrupta e por vezes sem causas aparentes, comportamentos de auto-exclusão, uma não receptividade no processo de aceitação da doença, hábitos de higiene inapropriados e nesta que se torna uma panóplia de acontecimentos, cimenta-se a consciencialização da máxima do *“laissez faire et laissez passer”*, que terá de ser contrariada pelos cuidadores, independentemente das suas funções.

Dentro das patologias orais, pode-se referir que as mais relevantes são: a cárie dentária, a periodontite, a gengivite e cada vez mais, o cancro oral. Mas associadas a estas, deteta-se facilmente a reabsorção óssea, o prognatismo mandibular, a xerostomia (muitas vezes provocada pela polimedicação) e as alterações da ATM (articulação temporomandibular), muito provocadas pelo edentulismo.

O papel do cuidador informal é fundamental para travar a evolução destas mesmas patologias, pois a maioria é promovida por uma quase inexistente escovagem dentária correta. Pretende-se pois que este cuidador, ligado ou não de forma parental, comece a assumir com especial relevância os cuidados orais do idoso, contribuindo para a sua estabilidade emocional, para a sua autoestima, para a sua imagem e para a sua Qualidade de Vida.

METODOLOGIA

Consulta bibliográfica de artigos científicos, indexados na PubMed, com as palavras-chave Gerontology, Oral Diseases in the Elderly, Periodontal Tissues.

O IDOSO/ OS DIREITOS/ OS DEVERES/ OS DESAFIOS/ O CUIDADOR:

Os conceitos de idoso, de envelhecimento, de velho, são altamente discutíveis e normalmente não são de consenso generalizado. Estes conceitos são constantemente desafiados, pelo aumento da esperança de vida e pela maior participação dos velhos nas tomadas de decisão familiar, ao contrário do que acontecia até há bem pouco tempo, onde estes ocupavam apenas o papel do sujeito necessitado de cuidados. Mas, apesar desta atitude mais interventiva, a uma idade avançada está quase sempre associada, uma maior afluência no que concerne aos cuidados médicos, facto que acarreta preocupações constantes e acrescidas, fundamentalmente, pelos encargos económicos e sociais que lhe estão associados (Fernandes,1995).

Esta realidade é sentida quer nos países desenvolvidos quer nos países em vias de desenvolvimento. O grande interesse científico, advém da dificuldade em definir concretamente quando é que um ser humano começa a envelhecer e quando é que o envelhecimento marca uma etapa da vida (Morais *et al.*, 2008).

Por Idoso entende-se todo aquele elemento que pertence à terceira idade, isto é, que cronologicamente apresente uma idade superior ou igual a 65 anos idade, devidamente demarcada pela entrada na idade de reforma e pelo usufruto dos benefícios desta decorrente, cada vez menos presentes e socialmente contemplados.

Este mesmo conceito é completamente dispare quando comparado entre populações, etnias e culturas, levando-nos a ponderar da existência de atos eventualmente discriminatórios e de exclusão. Veja-se que nos países ditos desenvolvidos, os 60 anos marcam a etapa que delimita a transição da idade adulta para a idade idosa. Apesar de levantar grandes questões sociais e económicas, hoje, mesmo nesses países pondera-se a hipótese de prorrogar este limite para os 67 anos de idade. Tenta-se, portanto, tornar o idoso num elemento ativo e válido dentro da sociedade a que ele pertence (Brunetti & Montenegro, 2002).

Um dos aspetos que mais marca o processo de envelhecimento é o isolamento, a perda de autonomia e a autoexclusão. Destes, decorrem alterações patológicas graves nomeadamente, na Cavidade Oral. Tenta-se combater tal processo adaptativo e nefasto decorrente da idade, no entanto, poucos são os meios apropriados postos ao dispor para tal batalha. O condicionante emocional acaba por ter grande poder no Sistema Imunológico e consequentemente, em todo o organismo, o que por si só explica o aparecimento de patologias irreversíveis que orientam o idoso até à morte. O diagnóstico oportuno, o tratamento adequado e o acompanhamento regular do estado de saúde e especificamente das doenças orais/sistémicas são um pré-requisito para o envelhecimento saudável que deve ser tido sempre em consideração pelos cuidadores (Kishore M. *et al.*, 2013).

ALTERAÇÕES ORAIS MAIS MARCANTES:

As patologias orais mais comuns no idoso são aquelas que diretamente se relacionam com alterações das peças dentárias e tecidos de suporte, nomeadamente a cárie (sendo as mais comuns, as designadas classe V), o bruxismo, o edentulismo, a xerostomia (sobejamente conhecida por boca seca) ou hipossalivação (muito marcada pelo uso de próteses mal adaptadas e polimedicação). A saliva tem uma influência inegável na microflora oral. A sua ausência total ou mesmo parcial potencia o aumento da cárie dentária, e de doenças periodontais, (que surgem pelo aumento de elementos patogénicos oportunistas), a gengivite e a periodontite. Mais recentemente e atendendo ao aumento da prevalência do Cancro da Cavidade Oral, entendeu-se ser importante reconhecer este como um elemento a ter especial atenção, efetuando-se especificamente consultas de rastreio para despiste de tal ocorrência.

Os desencadeantes destas patologias são multifatoriais, mas segundo estudos já realizados, atribui-se grande parte destes à polimedicação, doenças sistémicas (como a diabetes), próteses mal adaptadas, ou mesmo a patologias do foro psíquico, que para além da excessiva (mas necessária medicação), despoletam dificuldades físicas, emocionais e alterações sistémicas significativas. Destas destacam-se a doença de Alzheimer, a Esquizofrenia, o Parkinson, entre outras.

A dificuldade física/motora associada, dificulta a realização de atos/tarefas até então realizadas sem qualquer dificuldade, nomeadamente, a realização da escovagem dentária. Este é sem qualquer dúvida o principal motivo para o aparecimento das alterações bucais anteriormente descritas e poderá ser também o elemento essencial para o agravamento de problemas digestivos, cardíacos, epiteliais, nutricionais, visuais, etc. Há muitas

doenças sistêmicas (algumas já referidas) que têm manifestações orais e vice-versa. É preciso estar atento a toda uma sintomatologia própria e a uma visualização/consciencialização do holístico. Existe e normalmente está presente uma dicotomia causa-efeito e esta, promove constantes e diferentes sinais e sintomas de alerta (Sfeatcu et al., 2011).

A visão do cuidador, neste intrincado e complexo processo de causa-efeito é fundamental. Muitos são os casos em que é o cuidador que alerta para a necessidade de intervir, pois depara-se com uma sintomatologia completamente desajustada ao quadro clínico (se existir) do idoso. É frequente detetar-se pessoas idosas, em particular aquelas que apresentam também doenças sistêmicas graves, com alta prevalência de co-morbilidade e com enormes dificuldades no acesso aos cuidados de Saúde Oral, o que acarreta mais problemas e maior desconforto para o elemento sofredor. A possibilidade de crescer nos sintomas e agravar o estado de saúde geral do idoso é enorme.

A título de exemplo, a não adaptação protética é um fator essencial a ter em atenção pelos cuidadores não só porque poderão originar alterações da mucosa, como também a degeneração tecidual e trazer consigo consequências graves, nomeadamente o tão temido Cancro Oral. Esta desadaptação poderá limitar todo o processo digestivo, pela inapropriada mastigação, pela ingestão descontrolada e não preparada e por uma digestão alimentar completamente descompensada. Não só o Aparelho Digestivo é afetado por toda esta desarmonia, como também o aparelho cardio-respiratório acaba por ter alterações significativas que facilmente se explicam pelo inapropriado uso da prótese. Adendando-se ao descrito constata-se um problema social que passa pelo processo de solidão e exclusão, uma vez que, o idoso/velho entende que a qualquer momento a sua prótese sairá do local apropriado e poderá desencadear uma situação embaraçosa (Turner et al., 2006). Outra situação que parece ter grande impacto junto desta população e que leva ao aparecimento de efeitos/sintomas/sinais marcantes na cavidade oral é a necessidade de polimedicação. De facto, havendo a toma de alguns elementos terapêuticos, poderá haver alterações na produção salivar. O indivíduo poderá passar a ser um xerostômico, implicando maior dificuldade na colocação da prótese, recusa e repugnância da mesma, o que faz com que não use este elemento de reabilitação fundamental para todo o processo de mastigação, tornando o cenário bem mais complicado. Muitos são ainda os casos em que para além deste quadro complexo, os idosos agregam hábitos culturais, crenças, rituais e hábitos sociais, como o consumo do tabaco e álcool, que passam a ser mais um motivo de preocupação para o cuidador, pois é sabido que existe uma forte correlação entre as doenças orais e os hábitos socioculturais do indivíduo (Sfeatcu *et al.*, 2011).

Importa realçar os cuidados que se pretendem durante uma boa higiene oral. Esta deverá passar por uma escovagem dentária e lingual efetiva, realizadas pelo menos duas vezes ao dia, pelo uso correto de utensílios apropriados, nomeadamente uma escova, elixir ou colutório, fio dentário, escovilhão, raspador de língua, e todos aqueles que possam contribuir positivamente para uma boa Saúde Oral. O facto de o idoso apresentar frequentemente limitações articulares e musculares, implica que o Cuidador deverá ter maior atenção e conhecimento para realizar de forma eficaz este processo que dignifica e proporciona Qualidade de Vida ao elemento ora limitado que depende inteiramente da atenção de quem o cuida. É importante que o cuidador opte, em casos possíveis, por uma posição de observador, dando a possibilidade do idoso realizar as suas tarefas normais. Esta atitude poderá ser bem aceite e normalmente culmina numa ligação de cumplicidade fortíssima, altamente positiva para o elemento dependente.

CONCLUSÃO

A estreita relação entre a Saúde Oral e a Saúde Geral é muito marcante, mas mais evidente na população idosa. As alterações da Cavidade Oral provocam sintomas relevantes e que facilmente progridem de forma irreversível para outros Sistemas Corporais. O mesmo se passa em sentido inverso. O impacto da medicação do idoso no estado da Saúde Oral é significativo e portanto carece de mais atenção por parte dos agentes cuidadores. A inexistência de acompanhamento qualificado no sentido de proporcionar melhor qualidade de vida ao idoso, nomeadamente, no que concerne à sua Saúde Oral é cada vez mais motivo de reflexão, alertando para a necessidade urgente de implementar programas de promoção, prevenção e esclarecimento junto das instituições que os acolhem e da família que normalmente os acompanha.

A ideia de que se deve recorrer ao Médico Dentista apenas quando existe odontalgia, está perfeitamente desajustada às necessidades existentes e aos cuidados pretendidos. Importa pois adquirir uma ação preventiva e não apenas curativa. Para que haja sincronia entre os intervenientes, enquanto cuidadores, é necessário um conhecimento profundo e holístico do Idoso, por parte de toda uma equipa multidisciplinar, que o acompanhará. Desta forma poder-se-á obter uma orientação personalizada, única, objetiva, técnica, metodologicamente indicada, que irá de encontro às necessidades do idoso. Os cuidadores são um excelente meio de comunicação e de apoio para esta função educativa. Apostar nos cuidados de Saúde Oral é contribuir para uma diminuição significativa dos gastos na Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brunetti, R. F. & Montenegro, O., (2002). *Odontogeriatrics: noções de interesse clínico*. São Paulo: Ed. Artes Médicas.

Cassolato, S.F. & Turnbull, R.S., (2003). Xerostomia: clinical aspects and treatment. *Gerodontology*, 20 (2); 64-77. Recuperado em Maio, 2013, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Cassolato+SF%2C+Turnbull+RS.+Comentando+sobre+a+xerostomia>

Direção Geral da Saúde, Programa nacional para a saúde das pessoas idosas: *saúde oral das pessoas idosas*. Recuperado em Junho, 2013, de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010168.pdf>

Fernandes, C. M. (1995). Using newly deceased patients in teaching procedures. *N Engl J Med*. 25(21); 1446-1455.

Huttner, E. A., Machado, D. C., De Oliveira, R. B., Antunes, A. G. F., & Hebling, E. (2009), Effects of human aging on periodontal tissues. *Special Care in Dentistry*, 29; 149–155. Recuperado em Maio, 2013, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Huttner+EA%2C+Machado+DC%2C+De+Oliveira+RB%2C+Antunes+AG>

Kishore M. & et al., (2013). Oral diagnostics: an integral component to geriatric health care. *The Aging Male*. 2013 Apr 25. Recuperado em Junho, 2013, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23617577>

Mckenna, G.; Burke, FM., (2010), Age-related oral changes. *Dent Update*. 37(8): 519-23. Recuperado em Junho, 2013, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21137843>

Morais, E. P; Rodrigues, R. A. P & Gerhardt, T. E. (2008). Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto e Contexto Enfermagem*, 17(2); 374-383. Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

Sfeatcu, R; Dumitrache, A; Dumitra cu, L; Lambescu, D; Funieru, C & Lupu oru M. (2011). Aspects of oral and general health among a community center for the underserved. *Journal of Medicine and Life*. 4 (2); 168-171.

Turner, *et al* (2006). Redox proteomic identification of oxidized cardiac proteins in adriamycin-treated mice. *Free Radic Biol Med*. 41(9); 1470-1480. Recuperado em Maio, 2013, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17023274>

Contacto para correspondência:

Luís Vasco de Oliveira da Silva de Loureiro e Castro

Médico Dentista. PhD Student.

Investigador Universidade. Fernando Pessoa - NISA

UFP – Universidade Fernando Pessoa

13416@ufp.edu.pt luis.s.castro@sapo.pt

Tlm. 936 170 366

“Percepción de Las Personas Mayores acerca de la Musicoterapia como Entrenamiento de La Neuroplasticidad Cognitiva”

Márcia Pinto¹, Natália Pereira², Augusta Veiga-Branco³, M. J. Arabolaza⁴

¹Escola Superior de Saúde de Bragança – IPB, marcia_pinto17@hotmail.com

²Escola Superior de Saúde de Bragança – IPB, nataliavieirapereira20@hotmail.com

³Escola Superior de Saúde – IPB; PAIDEIA, ee.paideia@gmail.com

⁴Escola Superior Agrária – IPB, arabolaz@ipb.pt

Resumo

Parte-se do conceito da Neuroplasticidade cognitiva como um meio de estimular, promover e desenvolver o raciocínio e a memória em idosos institucionalizados; para dar consecução aos seguintes objetivos: reconhecer a Musicoterapia como ferramenta de comunicação e, relacionamento entre os idosos e identificar as alterações de sentimentos e comportamentos interativos nos idosos, através da Musicoterapia. Para tanto, foi levada a cabo uma intervenção numa comunidade de idosos institucionalizados em que, após a atividade foi estudada uma amostra constituída por 17 idosos - 9 mulheres e 8 homens - com idade média de 84 anos, a viver no Norte de Portugal. A amostra foi submetida a observação – observação de atitudes e comportamentos, audição e replicação de sons e movimentos – com recolha de sinais e comportamentos exibidos. Depois de analisar os dados através dos formulários elaborados para o efeito, concluiu-se o seguinte: os idosos expressaram agradabilidade sentida durante a atividade, expressaram sentimentos positivos e comportamentos de interação no grupo. Em conclusão, os resultados comportamentais dos idosos indicam a musicoterapia como uma mais-valia, pelo que, se considera recomendável a sua replicação com frequência, em idosos institucionalizados.

Palavras-chave: Percepção; Idosos; Musicoterapia; Neuroplasticidade.

Resumen

Se parte del concepto de neuroplasticidad cognitiva como medio para estimular, promover y desarrollar el razonamiento y la memoria en los ancianos institucionalizados, para conseguir los siguientes objetivos: reconocer la musicoterapia como herramienta de comunicación y de relación entre las personas de edad e identificar los cambios de sentimientos y conductas interactivas, a través de la musicoterapia. Para ello, llevamos a cabo una intervención en una comunidad de ancianos institucionalizados en la que, después de la actividad propuesta se estudió la reacción de la muestra de 17 ancianos - 9 mujeres y 8 hombres - con una edad promedio de 84 años, en el norte de Portugal. La muestra se sometió a observación - observación de las actitudes y comportamientos, audición y repetición de sonidos y movimientos – y observación de los comportamientos exhibidos. Después de analizar los datos a través de los formularios preparados al efecto, se llegó a la conclusión de lo siguiente: los mayores expresaron sentimientos y comportamientos positivos de interacción grupal. En conclusión, los resultados indican a la musicoterapia como una plusvalía, y por lo tanto, se recomienda su aplicación a menudo, en personas mayores institucionalizadas.

Palabras Clave: Percepción; Personas Mayores; Música Terapia; Neuroplasticidad.

Introducción

Según la bibliografía más actual, los conceptos de musicoterapia y neuroplasticidad aparecen como un aporte para la promoción de la calidad de vida, sobretudo en personas mayores. En la bibliografía actual, los dos conceptos se potencializan: por un lado, se reconoce la neuroplasticidad como la capacidad de adaptación del Sistema Nervioso Central (SNC) para modificar su organización estructural y su funcionamiento (Relvas, 2007), y por otro, se define la musicoterapia como el uso de sonido - música o no - como un agente terapéutico (Padilha, 2008) en la recuperación psíquica y física de un individuo o una comunidad. Más específicamente, y según este autor, la musicoterapia tiene como objetivo principal - tal como la neuroplasticidad - promover la calidad de vida de los seres humanos y tratar muchos problemas de salud.

La interacción de estos dos temas, resulta así relevante, ya que la musicoterapia permite a las personas mayores expresarse a través de los sonidos, la música y los movimientos, lo que en repetición y bajo control, puede servir para la promoción de algunos cambios en su estructura funcional, y por lo tanto, de su plasticidad neural.

La neuroplasticidad se define como la capacidad del sistema nervioso para alterar su estructura y función de los patrones de experiencia. (Dennis, 2000). Según su propio concepto y el mismo autor, la neuroplasticidad puede ser diseñada y evaluada desde el punto de vista estructural (configuración sináptica) o funcional (modificación del comportamiento). Así, la recuperación y la consolidación de las características personales y sociales, pueden ayudar a desarrollar el envejecimiento saludable y calidad de vida (Benenzon, 2000).

Por todos estos argumentos, este estudio, puede resultar una contribución para el desarrollo de esta función de neuroplasticidad en séniores. Así, y en este presupuesto, hemos tratado de planear e implementar un plan de intervención en musicoterapia en las personas mayores, con el fin de analizar: “La percepción de las personas mayores acerca de una experiencia con Musicoterapia, como entrenamiento de la Neuroplasticidad Cognitiva”.

El estudio se basa en los siguientes objetivos: identificar si la musicoterapia promueve la comunicación y la relación entre las personas mayores; e, identificar si la musicoterapia produce un cambio de sensibilidad en las personas mayores, como contribución para el desarrollo del razonamiento y la memoria.

La musicoterapia es el uso de la música y / o de los instrumentos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) - gestionado por un músico terapeuta o por el cliente, o grupo - en un proceso estructurado (Backes et al., 2003). Este autor lo defiende para facilitar y promover la comunicación, las relaciones, y el aprendizaje. Pero, se recomienda también para la movilización, expresión y recuperación de funciones del individuo, para que pueda lograr una mejor integración de la relación intra e interpersonal, y consecuentemente, una mejor calidad de vida. Así, es importante tener en cuenta, que la musicoterapia no es sólo para curar; sino también para evitar la perturbación o interrupción de las funciones dichas como fisiológicas (Blasco et al., 2002) y tiene, por tanto, aplicación preventiva y promotora de la calidad de vida.

En este punto, se argumenta aquí, que con relación a la musicoterapia en personas mayores, permite, a través de la creatividad, la libertad de expresión y de comunicación, basada en el sonido, la música y el movimiento, para rescatar y fortalecer las características personales y sociales que le dan al sénior una mejor calidad de vida (Sacks, 2007). Con esta terapia, se pretende, como objetivo principal, mejorar la salud de las personas mayores, y mejorar alguna patología, a través de la comunicación, sobre todo verbal. El músico terapeuta ayuda a las personas mayores a cambiar su actitud pasiva por una actitud de activa.

Los seres humanos tienen gran capacidad de reserva que puede ser activada por las intervenciones. Se supone que los individuos utilizan diversos mecanismos para compensar o realizar contra el daño cerebral, utilizando estructuras o redes cerebrales no comprometidas cuando se lesiona el cerebro, desde la perspectiva del modelo de reserva cognitiva (Baltes y Willis, 1982).

A nivel cerebral, hay distintas formas de actuación: el hemisferio derecho es responsable de la percepción y de los aspectos relacionados con la melodía, la armonía y el ritmo, el hemisferio izquierdo está enfocado en la mayoría de los procesos de cambios rápidos en la frecuencia e intensidad, tanto en lo que respecta a la letra como a la música (Cromie, 2008).

La neuroplasticidad es una propiedad que permite el desarrollo adaptativo y creativo de nuevos acuerdos: puede alterar la estructura organizativa y el funcionamiento del sistema nervioso de acuerdo con las experiencias del individuo.

De forma práctica, se revela a través de cambios en conexiones sinápticas, proliferaciones dendríticas o axonales y modificaciones en las densidades o la dinámica de los canales iónicos (Klautau *et al*, 2009).

Partiendo de estos presupuestos, y colocando la musicoterapia, como práctica de la vida diaria en personas mayores, en intervenciones controladas bajo observación gerontológica, en una metodología progresiva, sería presumible observar algunos cambios de comportamiento que podrían sugerir, lo que Relvas (2007) postula para el desarrollo de plasticidad neural, o sea, “a través de nuevas conexiones neuronales se produce una redistribución de la red de transmisión sensorial y motora (...) estableciendo así una nueva vía de transmisión de la información sensorial, lo que puede influir en el resultado final de nuestra capacidad cognitiva.

Metodología

Tomando como punto este referencial teórico, hemos tratado de responder a la siguiente cuestión: “¿Cuál es la percepción de las personas mayores después de haber vivido una actividad de musicoterapia, como entrenamiento y promoción de su neuroplasticidad cognitiva?”. Así, se desarrolló un estudio cuantitativo, observacional y exploratorio descriptivo, a partir de un plan de intervención de musicoterapia, aplicado en una comunidad de señores institucionalizados en una institución para mayores en el norte de Portugal.

De una totalidad de 64 señores institucionalizados, se ha escogido una muestra de 17 ancianos, 9 mujeres y 8 varones, con 84 años de edad media y con los siguientes criterios de inclusión: edad mayor de 65 años, con domicilio en la institución, no tener impedimento físico y mental a fin de no poner en cuestión su capacidad de participar de una forma correcta y válida en el programa de intervención.

El conocimiento de la muestra ha tenido lugar durante cinco meses, una estancia en dicha institución, para observación y prestación de cuidados, por lo que los elementos de la muestra estaban reconocidos y previamente estudiados.

El instrumento para toma de datos es un formulario desarrollado para este estudio, a partir de los objetivos del plan de intervención.

Plan de intervención

La implantación del plan de intervención de musicoterapia fue el siguiente:

1. Colocar música en el ambiente para ser oída;
2. Una gerontóloga cantando un refrán para ser oído y repetido por los mayores;
3. Presentar una secuencia de símbolos y hacer con que los mayores identificasen éstos con los sonidos; en resumen, se pretendía asociar un sonido a un símbolo.

Por ejemplo, asociar: la reproducción de una expresión mímica (aplaudir) a un vocablo de la canción en imagen (triángulo) para acompañar un dado contenido del refrán (sonido). Esta actividad ha tenido como objetivo verificar si los ancianos consiguen, en simultáneo cantar, siguiendo las imágenes y la respectiva expresión mímica.

Análisis

La aplicación del formulario tuvo lugar después de la sesión de musicoterapia con la finalidad de analizar la contribución de la actividad, sea para evaluar la experiencia de musicoterapia, sea para analizar el contribución de esta experiencia para el desarrollo de la neuroplasticidad cognitiva, según la percepción de la muestra. Para análisis de datos, se ha recurrido a los procedimientos de estadística descriptiva, en programa EXCEL, donde se encontró el global de resultados adelante presentados.

Resultados

Relativamente a los resultados se encontró que a 100% de la muestra le gustó participar en la sesión de musicoterapia justificando que fue divertido (27%) y una experiencia nueva (18%). Después 100% contestó que la actividad fue interesante pues fue alegre (11%). 88% de la muestra logró acompañar la secuencia, una vez, que hizo asociación/memorización (23%). 100% afirmó que la actividad proporcionó una mejor interacción entre el grupo pues hubo cooperación (11%). 94% de la muestra refirió que la actividad proporcionó sentimientos, siendo la alegría (59%) el sentimiento más evidenciado. 94% dice que la musicoterapia le ayudó a recordar momentos del pasado, mayoritariamente los bailes y tiempos de mocedad (41%). 88% contestaron que durante la sesión hubo alteración del ambiente, pues el ambiente se volvió más alegre (17%). Por fin, 88% dice que le gustaría repetir la actividad siendo que el 100% consideran la actividad una plusvalía realizada pues transmite alegría (28%).

Conclusión

Después de este trabajo, alcanzamos los objetivos que nos habíamos fijado. La forma en que observamos la percepción de las personas mayores en la formación de la musicoterapia como era neuroplasticidad cognitiva a través de la aplicación de un plan de intervención. En esta intervención se ha encontrado que el pensamiento estimulado de la mayoría de los ancianos y de la memoria, se ejecuta de manera ordenada y organizada, lo que mejora su rendimiento a medida que repiten el ejercicio. La actividad promovió la comunicación y la relación entre las personas de edad, y durante la intervención algunos usuarios interactuaron y cooperaron. Durante la intervención se encontró que hubo un cambio de sentimientos por parte de algunos usuarios, mostrando un cambio de humor y los intereses de una manera positiva. Hemos encontrado que la terapia musical ayudó a estimular y desarrollar el sentido del orden y la armonía en algunos usuarios, ya que el ambiente se mantuvo sereno y sin confusión.

A lo largo del trabajo nos encontramos con algunas dificultades, especialmente el tiempo limitado o para la preparación del estudio, o para la aplicación de un mayor número de secciones. Otra dificultad observada fue que el tamaño de la muestra era pequeño, lo que limita una gama más amplia de resultados. La falta de material científico que se refiere a la terapia de la música con la neuroplasticidad era otro obstáculo para el desarrollo de la actividad.

En conclusión final, se encontró que el estudio era un activo para el desarrollo de las prácticas en gerontología, tanto a nivel personal para los mayores, como a nivel profesional para los gerontólogos, ya que puede servir como una práctica aplicable para el desarrollo de los conocimientos y prácticas en instituciones de mayores e mejor calidad de vida.

Referencias

- Backes, V. (2003). Educação continuada: algumas considerações na história da educação e os reflexos na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 12(1), 80-88.
- Baltes, P. B. & Willis, S. (1982). *Plasticity and enhancement of intellectual functioning in old age. Penn State's adult development and enrichment project (ADEPT)*. In Craik, F. I.M. & Treud, S. E., 353-389.
- Benezon, R. (2000). *Musicoterapia – De la Teoría a la práctica*. Barcelona: Paidós.
- Blasco, S., & et al. (2002). *Musicoterapia 2002: Jornadas de Formación de Mediadores en Musicoterapia y discapacidad*. Madrid: C. ASPACE, F.E.I.S.D., & C.A. España, Edits
- Cunha, R. (2003). *Musicoterapia Na Abordagem do Portador de Doença de Alzheimer*. Panamá.
- Dennis, M. (2000). Developmental plasticity in children: the role of biological risk, development, time, and reserve. *Journal of Communication Disorders*, 33, 321-332.

Klautau, P., Winograd, M. & Bezerra, B. (2009). *Normatividade e Plasticidade: algumas considerações sobre a clínica psicanalítica com pacientes neurológicos*. (pp.155-574). In: *Mal-Estar e Subjectividade*, 9(2). Brasil: Universidade de Fortaleza.

Mozer, N., Oliveira, S. & Portella, M. (2011). *Musicoterapia e Exercícios Terapêuticos na Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados*. Recuperado a 5 de Dezembro, 2012, de <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/14348/15441>.

Padilha, M.D. (2008). *A Musicoterapia no Tratamento de Crianças com Perturbações do Espectro Do Autismo*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Portugal.

Relvas, M. (2007). *Fundamentos Biológicos da Educação*. Rio de Janeiro: Wak.

Sacks, O. (2007). *Alucinações musicais relatos sobre a música e o cérebro*. São Paulo: Companhia das Letras.

Vance, D. & Crowe, M. (2006). *A Proposed Modelo of Neuroplasticity and Cognitive Reserve*. In *Older Adults, Activities, Adaptation & Aging*, 30:3, 61-79. Recuperado a 3 de Dezembro, 2012, de http://dx.doi.org/10.1300/J016v30n03_04.

Contacto Para Referência:

(Márcia Pinto, Escola Superior de Saúde - IPB, marcia_pinto17@hotmail.com Congr.CI.docx.)

Adaptação após AVC na perspectiva dos cuidadores informais e pessoas pós-AVC: uma metassíntese

Carla Pereira¹, Fiona Jones² & Portia Woodman²

1. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal

2. Faculty of Health Social Care and Education, St George's: University of London

A investigação qualitativa tem contribuído para compreender o modo como os cuidadores informais e os utentes lidam com os desafios após um AVC, contudo, o enfoque têm sido sobretudo na compreensão das suas perspectivas de forma isolada. Deste modo, foi desenvolvida uma metassíntese com o objectivo de identificar e sintetizar ambas as perspectivas. Vinte e dois estudos foram incluídos e os resultados sugerem uma mudança gradual na forma como ambos lidam com as dificuldades e desafios resultantes do AVC. Dos resultados emergiram cinco temas, nomeadamente: “Gerir a perda”; “Lidar com a incerteza após AVC”; “Assumir o controlo na recuperação”, “Re-avaliar perspectivas de vida” e “Adaptar através de (novos) objetivos de vida”. O suporte para encontrarem soluções em conjunto e o envolvimento ativo de ambos na reabilitação deve ser promovido pelos profissionais.

Palavras-chave: Coping; adaptação pós AVC; cuidadores informais; pessoas pós AVC; metassíntese

La investigación cualitativa ha contribuido a la comprensión de cómo los cuidadores informales y usuarios enfrentan a los desafíos ACV, sin embargo, el enfoque ha sido principalmente en la comprensión de sus puntos de vista en forma aislada. Por lo tanto, hemos desarrollado un meta-síntesis con el fin de identificar y sintetizar ambas perspectivas. Veintidós estudios fueron incluidos y los resultados sugieren un cambio gradual en cómo ambos tratan de las dificultades y los desafíos derivados de un ACV. Los resultados destacan cinco temas, a saber: “Gestión de la pérdida”, “Hacer frente a la inseguridad después del ACV”, “Toma el control de la recuperación”, “reevaluar las perspectivas de vida” y “Adaptación a la vida a través de (nuevos) objetivos”. El apoyo para encontrar soluciones en conjunto y la participación activa de ambos en la rehabilitación debe ser promovida por los profesionales.

Palabras clave: *Coping*, Adaptación después del ACV, los cuidadores informales, las personas después del ACV; meta-síntesis.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) tem sido reconhecido como um dos problemas de saúde mais importantes a nível mundial (World Health Organization, 2004) e nacional (Barros et al., 2011; OECD, 2010), destacando-se pelo seu carácter multidimensional, repercussões sociais, familiares e económicas. Traduz-se num evento crítico não apenas para os utentes como também para os seus familiares e rede social, tendo-se, nas últimas décadas, procurado compreender como ambos lidam com as suas consequências. Estudos têm demonstrado que o processo de *coping* é um determinante importante da qualidade de vida durante o primeiro ano após a alta para ambos (Darlington et al., 2007; Pakenham et al., 2007). Estudos qualitativos têm explorado os

mecanismos que os cuidadores e os utentes adoptam para lidar com as inúmeras circunstâncias após AVC (ex: Greenwood et al., 2009a; Pound et al., 1999; Rochette et al., 2006), sendo um contributo importante para a compreensão do processo de adaptação após AVC e durante a reabilitação, possibilitando aos profissionais de saúde compreender como podem colaborar para uma melhor adaptação (Carlsson et al., 2009; Pound et al., 1998). Os resultados dos estudos já desenvolvidos, quer se centrando na perspectiva do cuidador informal, quer na da pessoa após AVC, têm vindo a realçar a importância do seu suporte mútuo para encontrar soluções face às dificuldades diárias com que se deparam. Deste modo, pretendeu-se desenvolver uma metassíntese, incluindo a investigação qualitativa com a perspectiva dos cuidadores informais e pessoas após AVC sobre o processo de *coping* ao longo do primeiro ano. Procurou-se responder às seguintes questões: 1) Como lidam os cuidadores informais com a experiência de cuidar de alguém que sofreu um AVC?; 2) Como lidam as pessoas que sofreram um AVC com os desafios das respectivas consequências e com o processo de reabilitação?

METODOLOGIA

Foi realizada uma síntese interpretativa, incluindo uma análise temática da investigação qualitativa (Thomas & Harden, 2008). Foram adoptadas estratégias para uma pesquisa compreensiva e, simultaneamente, sensível ao tópico em estudo, tendo realizado a pesquisa em seis bases de dados: MEDLINE (período: 1946 – presente); MEDLINE ® In-Process & Other Non-Indexed Citations (período: 1946 – presente); EMBASE (período: 1980 – presente); CINAHL (período: 1937 – presente); PsychINFO (período: 1967 – presente); e AMED (período: 1995 – presente). A pesquisa foi efectuada em Março de 2012 e atualizada uma vez por semana até ao final de Setembro de 2012, através de alertas. Para além da pesquisa em bases de dados electrónicas foi, igualmente, realizada uma pesquisa na literatura cinzenta (*grey*): OpenGREY e ZETOC, bem como em revistas nacionais (formato electrónico), nomeadamente: Sinapse (período: 2001 – presente); Ifisionline (período: 2010 – presente); Re(habilitar) (período: 2004 – presente); Revista Portuguesa de Clínica Geral (período: 2011 – presente) e Análise Psicológica (período: 1997 – presente). Por último, foram consultadas as referências bibliográficas dos estudos incluídos, bem como de revisões sistemáticas na área em estudo (Donnellan et al., 2006) e contactados os autores dos estudos incluídos para obter recomendações sobre outros estudos a incluir.

A estratégia de pesquisa incluiu três grupos de termos, especificamente, 1) termos de pesquisa para o tópico de interesse (ex: *MH “Coping”; “Adaptation, psychological” [MeSH]; “Stress, psychological” [MeSH Heading]; Adjustment; Management*); 2) termos de pesquisa sobre a condição/ população (ex: *“cerebrovascular accidents” [Mesh]; Stroke [Mesh]; “Caregivers” [Mesh]; “Family” [Mesh]; MH “Caregivers”; “Patients” Mesh*); e 3) termos para pesquisa do tipo de estudos que melhor respondia às questões em estudo (ex: *“qualitative research” [Mesh]; MH “qualitative research”; Qualitative Research/*). Foram utilizados termos livres e vocabulário controlado associados ao operador OR, de modo a promover uma maior sensibilidade à pesquisa (Gorecki et al., 2010; Shaw et al., 2004). Entre os três grupos foi incluído o operador AND.

Os estudos de investigação primária foram incluídos se cumprissem os seguintes grupos de critérios: 1) tipo de estudo: estudos cujo desenho e métodos de recolha de dados explorassem as perspectivas dos participantes pelas suas palavras; estudos que apresentassem temas ou padrões reportados pelos participantes, e não apenas classificações ou contabilização de respostas (Sandelowski, 2004); estudos que apresentassem resultados de investigação primária; 2) população em estudo: estudos cujo enfoque fosse na perspectiva de adultos (18 anos ou mais), incluindo cuidadores informais e/ ou pessoas que tenham tido um AVC; 3) fenómeno de interesse: processo de *coping* após AVC e durante a reabilitação; 4) *outcome*: estudos centrados na perspectiva de cuidadores informais e/ ou pessoas após AVC durante o primeiro ano através de questões abertas; estudos reportados em língua inglesa ou portuguesa, publicados ou não publicados. Os estudos foram excluídos quando: os métodos de recolha e análise não eram reportados; o enfoque era o desenvolvimento ou validação de instrumentos; a amostra incluía participantes com outras condições neurológicas sem que os resultados fossem distinguidos; e resultados reportados em dissertações.

A seleção envolveu duas fases, sendo que numa primeira etapa foi realizada de forma inclusiva, de acordo com os títulos e resumos obtidos, com o objetivo de identificar potenciais estudos relevantes. Na segunda etapa foram aplicados os critérios de inclusão com base na leitura integral dos estudos. Este processo foi realizado de forma independente por 2 revisores e os resultados comparados de modo a garantir a fiabilidade do processo.

A avaliação da qualidade dos estudos incluídos foi realizada através de uma versão adaptada da matriz desenvolvida por investigadores do centro *Evidence for Policy and Practice Information* (EPPI). Deste modo, cada estudo foi avaliado de acordo com: 1) os métodos de amostragem, de recolha de dados e análise; 2) os resultados apresentados; 3) o uso de abordagens com privilégio à perspectiva dos participantes; 4) a fiabilidade e utilidade dos resultados para a metassíntese.

ANÁLISE

A análise foi realizada de acordo com três etapas, interrelacionadas entre si, definidas para uma síntese temática (Thomas & Harden, 2008). A codificação linha a linha correspondeu à primeira etapa e envolveu o desenvolvimento de códigos e temas ao longo dos resultados dos estudos incluídos. Deste modo, cada parágrafo foi lido e relido, e códigos foram criados indutivamente e reportados no software QSR's NVivo 7. Dois revisores sublinharam o texto de um estudo e codificaram-no de acordo com o seu significado de forma independente, seguindo-se a sua discussão antes de se iniciar o processo de translação para os estudos seguintes. Numa segunda etapa o objectivo foi analisar as similaridades entre os temas e sua articulação, com enfoque particular para as semelhanças entre as estratégias utilizadas quer na perspectiva dos cuidadores informais, quer das pessoas após AVC. Os temas, de natureza descritiva, foram posteriormente discutidos pelos revisores e equipa de investigação de forma a garantir a consistência da interpretação inicial de translação dos resultados. A terceira etapa traduziu-se no desenvolvimento de temas analíticos, com enfoque nas diferenças entre grupos, estratégias e razões para a adopção de diferentes estratégias, possibilitando novas conceptualizações e explicações.

RESULTADOS

Foram encontrados 1587 potenciais artigos relevantes, dos quais 922 eram referências duplicadas. Após seleção, de acordo com o fluxograma apresentado na fig. 1, foram incluídos 22 estudos (cf. Tabela 1), perfazendo um total de 596 participantes, dos quais 195 eram cuidadores informais (153 do sexo feminino, com uma média de idades de 54 anos; e DP de 12) e 401 eram pessoas após AVC (129 do sexo feminino, com uma média de idades de 68 anos; e DP de 7.8).

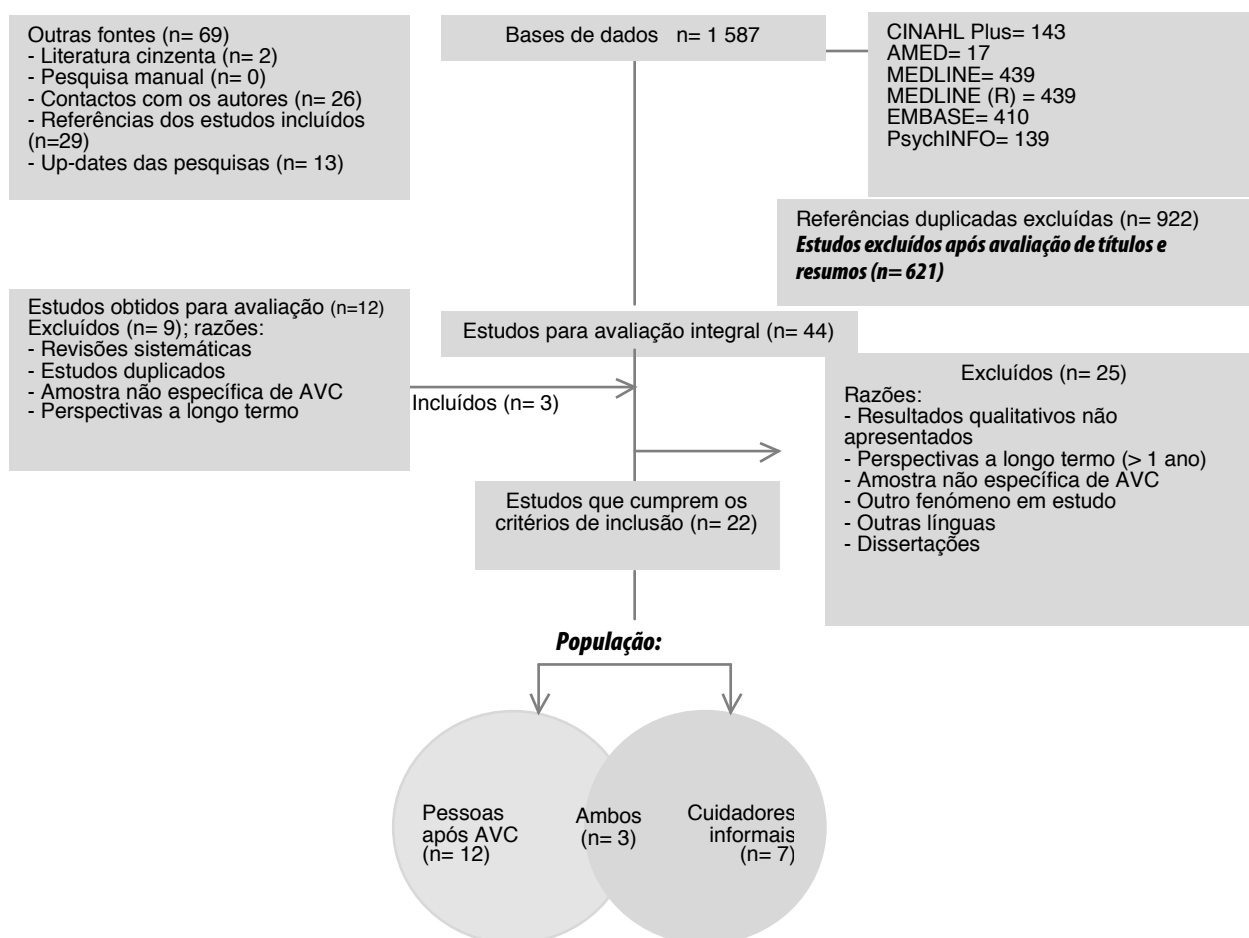


Fig. 1- Fluxograma do processo de pesquisa e seleção dos estudos a incluir na metassíntese

Tabela 1- Características dos estudos incluídos na metassíntese.

Autores (ano) País	Objetivo	Método	População em estudo	Amostra	Idade (média)	Género (feminino)	Tempo após AVC (meses)	Qualidade
Carlsson et al. (2009) Suécia	Investigar como as pessoas com um AVC moderado lidam com a sua nova situação de vida durante o primeiro ano	Desenho: estudo qualitativo, inspirado na <i>grounded theory</i> ; Recolha de dados: entrevistas com questões abertas; Análise: inspirado na <i>grounded theory</i>	Pessoas após AVC	18	52	7	12	Médio/ médio
Pound et al. (1999) UK	Explorar as estratégias práticas e sociais criadas por pessoas após AVC para lidarem com as suas consequências	Desenho: Estudo qualitativo Recolha de dados: entrevistas semi-estruturadas Análise: método de comparação constante	Pessoas após AVC	40	71	19	10	Médio/ médio
Rochette, et al. (2006) Canadá	Compreender o processo de adaptação	Desenho: Fenomenologia Recolha de dados: entrevistas Análise: de acordo com a orientação fenomenológica	Pessoas após AVC	10	74	5	T1- 3 semanas após AVC; T2- 3 meses depois T3- 6 meses depois	Baixo/ baixo
Close & Procter (1999) UK	Explorar a percepção de necessidades e progresso de utentes e cuidadores após AVC; e a percepção dos profissionais de saúde acerca dos seus contributos para identificar e colmatar as suas necessidades	Desenho: <i>Grounded theory</i> Recolha de dados: entrevistas não estruturadas Análise: método de comparação constante	Ambos	19 (12+7)	70	11	T1- hospital; T2- ao longo do tempo desde a alta	Baixo/ médio
Greenwood et al. (2009) UK	Investigar as experiências de cuidadores informais ao longo do tempo: próximo da alta, um mês e 3 meses após retorno a casa	Desenho: Etnografia Recolha de dados: entrevistas com questões abertas Análise: processo contínuo com constante leitura dos dados	Cuidadores informais	31		22	T1- durante o período de internamento; T2- 1 mês após alta; T3- 3 meses após alta	Alto/ alto
Robinson-Smith (2002) EUA	Determinar o uso da oração para lidar com os efeitos do AVC	Desenho: descritivo, estudo qualitativo Recolha de dados: entrevistas Análise: análise de conteúdo de acordo com 5 passos de McCracken	Pessoas após AVC	8		6	12	Médio/ médio
Perry & McLaren (2003) UK	Explorar a percepção e resposta das pessoas após AVC face às sequelas relacionadas com a alimentação	Desenho: estudo qualitativo Recolha de dados: entrevistas semi-estruturadas Análise: análise temática	Pessoas após AVC	136	68	66	6	Médio/ médio
Rittman et al. (2004) Suécia	Descrever dimensões da experiência do tempo durante a transição do hospital para casa durante o primeiro mês após alta	Desenho: estudo qualitativo Recolha de dados: entrevistas semi-estruturadas e profundas Análise: método de comparação constante	Ambos	102 (51+51)	65	0	1 mês após alta	Médio/ médio
Le Dorze et al. (2009) Não identificado	Explorar a experiência no processo de adaptação de uma filha em relação ao AVC e afasia do pai, ao longo do primeiro ano após AVC	Desenho: estudo de caso qualitativo longitudinal Recolha de dados: entrevistas semi-estruturadas e profundas Análise: análise de conteúdo indutiva	Cuidadores informais	1	31	1	T1- 4 meses após AVC T2- 7 meses após AVC T3- 11 meses após AVC	Baixo/ baixo
Pierce et al. (2004) EUA	Avaliar o impacto de um sistema de suporte informático (web-based) para cuidadores, e explorar os factores que afectam os cuidados da pessoa após AVC	Desenho: estudo qualitativo Recolha de dados: entrevistas semi-estruturadas e a partir da discussão em <i>Caretalk</i> Análise: rubrica preliminar de codificação	Cuidadores informais	9	61	4	3 meses após reabilitação	Médio/ baixo
Erikson et al. (2010) Não identificado	Investigar o significado da ação com outros em diferentes locais durante o primeiro ano de reabilitação após AVC	Desenho: estudo qualitativo Recolha de dados: <i>Grounded theory</i> Análise: <i>Grounded theory</i>	Pessoas após AVC	9	51	3	T1- 1 mês após AVC T2- 3 meses após T3- 6 meses após T4- 12 meses após	Médio/ médio
Fraser (1999) Não identificado	Descrever a experiência de transição de uma cuidadora (filha) após AVC	Desenho: estudo qualitativo Recolha de dados: entrevistas longitudinais Análise: versão modificada dos passos de Colaizzi	Cuidadores informais	1		1	Durante o período de internamento; quinzenalmente num total de 11 entrevistas (terminando 8 meses após AVC)	Low/ low
Hjelmblick & Holmstrom (2006) Suécia	Elucidar o uso do modelos de tempo em narrativas de pessoas após AVC sobre o medo de recorrência e morte	Desenho: teoria narrativa Recolha de dados: entrevistas Análise: análise narrativa descrita por Riessman	Pessoas após AVC	19	74	11	2 a 6 meses após AVC	Médio/ médio

Davis & Grant (1994) Não identificado	Explorar as estratégias usadas por cuidadores familiares para resolver problemas no domicílio	Desenho: teoria construtiva social Recolha de dados: entrevistas Análise: método de comparação constante	Cuidadores informais	8	50	7	1 a 4 meses após AVC	Médio/médio
Medin et al. (2010) Suécia	Explorar a experiência e modo de lidar com as situações relativas à alimentação em pessoas seis meses após o AVC	Desenho: princípios da <i>Grounded Theory</i> Recolha de dados: entrevistas semi-estruturadas com questões abertas Análise: método de comparação constante	Pessoas após AVC	13	75	7	6	Médio/médio
Burton (2000) UK	Identificar, na perspectiva do utente, a experiência vivida de recuperação de um AVC	Desenho: fenomenologia Recolha de dados: entrevistas não estruturadas Análise: método de comparação constante	Pessoas após AVC	6	67	4	Admissão inicial; mensalmente durante um ano	Médio/alto
Saban & Hogan (2012) EUA	Investigar os stressores psicológicos e a saúde de cuidadores do sexo feminino; compreender os problemas dos cuidadores para lidarem e se adaptarem às consequências do AVC e o tipo de recursos que podem considerar úteis para si	Desenho: método misto Recolha de dados: questionários escritos com questões abertas Análise: método de comparação constante	Cuidadores informais	46	56	46	3 a 12 meses após AVC	Médio/médio
Kirkevold (2002) Noruega	Compreender o processo de ajuste durante o primeiro ano após AVC	Desenho: estudo de caso Recolha de dados: entrevistas profundas Análise: princípios da análise hermenêutica	Pessoas após AVC	9	68	3	Cada participante foi entrevistado 5 a 10 vezes desde o internamento hospitalar e durante o primeiro ano após AVC	Médio/médio
Greenwood et al. (2009) UK	Explorar o impacto nos cuidadores informais de cuidar de pessoas após AVC, especificamente focando as mudanças na autonomia e controlo por parte do cuidador e nas estratégias desenvolvidas ao longo dos primeiros três meses para lidar com essas mudanças	Desenho: etnografia Recolha de dados: entrevistas Análise: processo contínuo com constante leitura dos dados	Cuidadores informais	31		22	T1- durante o internamento hospitalar; T2- 1 mês após alta; T3- 3 meses após alta	Médio/médio
Folden (1994) EUA	Explorar como os utentes lidam com as múltiplas sequelas após AVC	Desenho: <i>Grounded theory</i> Recolha de dados: entrevistas com questões abertas Análise: <i>Grounded theory</i>	Pessoas após AVC	20	74	Não identificado	T1= 2 semanas após AVC; T2= 3-4 semanas após alta da unidade de reabilitação	Baixo/baixo
White et al. (2012) Austrália	Explorar a experiência de fadiga após AVC durante o primeiro ano após AVC	Desenho: estudo qualitativo prospectivo Recolha de dados: entrevistas semi-estruturadas Análise: abordagem temática indutiva	Pessoas após AVC	31	72	14	T1- admissão hospitalar T2- 3 meses depois; T3- 6 meses depois; T4- 9 meses depois; T5- 12 meses depois	Alto/alto
Hjelmblick et al. (2009) Suécia	Explorar o significado da reabilitação em idosos suecos após AVC, desde a fase aguda até à finalização do processo de reabilitação	Desenho: <i>Grounded theory</i> Recolha de dados: entrevistas com questões abertas Análise: <i>Grounded theory</i>	Pessoas após AVC	19	75	9	T1- Após alta da unidade de AVC; T2- após reabilitação (cerca de 1 ano após AVC)	Médio/médio

A análise dos 22 estudos incluídos (tabela 2) resultou em cinco temas principais, nomeadamente:

Gerir a perda

Nos primeiros meses após o AVC e particularmente durante a transição para o domicílio, quer os cuidadores, quer as pessoas pós-AVC descreveram o impacto da discrepância sentida entre a sua vida atual e anterior. O AVC provocou uma mudança abrupta nas assunções e papéis, anteriormente assumidos como adquiridos, levando à necessidade de lidarem com novos papéis, a criarem novas realidades nas suas rotinas diárias e a mudarem as suas relações com os outros. Os cuidadores informais demonstraram sentir dificuldade em gerir o seu novo papel ao apoiar e cuidar do seu familiar, bem como a necessidade de estarem sempre presentes e simultaneamente assumirem as suas responsabilidades anteriores ou as do seu familiar. Para ambos, a capacidade para gerir a perda das suas assunções e papéis anteriores parece ser influenciada pela sua capacidade em compreender e aceitar as mudanças após AVC, pela sua percepção de união e suporte mútuo, bem como pela percepção do papel dos outros na sua vida. Dar informação com o objectivo de ajudar os outros a compreender a situação foi destacada por ambos como uma

estratégia facilitadora, contribuindo para se sentirem igualmente apoiados pelo contexto.

Lidar com a incerteza após AVC

Esta tema relacionou-se com a dificuldade sentida pelos participantes após AVC em lidar com um dia-a-dia incerto e a importância de aceitar a incerteza na sua vida. A percepção de imprevisibilidade relativa ao prognóstico, à possibilidade de recuperação e aos planos para o futuro foram factores comumente descritos como difíceis de gerir ao longo do primeiro ano. Porém, foi reportado simultaneamente por ambos como sendo uma fonte importante de optimismo e energia para lidarem com as dificuldades quotidianas. Saber e compreender a condição clínica foi reportada como uma estratégia importante para reduzir a incerteza e compreender a situação. A experiência anterior em cuidar ou de situações de saúde prévias e a criação de rotinas contribuíram para uma melhor capacidade em lidar com o desconhecido. Contudo, alguns reportaram a importância das experiências e a necessidade de tempo para conseguirem compreender o que aconteceu e o seu impacto.

Assumir o controlo na recuperação

Este tema emergiu da importância atribuída à recuperação e ao processo de reabilitação ao longo do primeiro ano, quer pelos cuidadores, quer pelas pessoas após AVC. Para ambos, o maior enfoque era a recuperação e o re-estabelecimento das rotinas anteriores. A compreensão das suas próprias capacidades e limites parece ter sido importante para ambos, ajudando-os a definirem objectivos concretizáveis, a adequarem o suporte necessário e a adaptarem as suas rotinas diárias. O envolvimento do cuidador informal na reabilitação da pessoa após AVC aparentou ser importante não apenas para o último, mas também para os cuidadores, sendo uma forma de ganharem forças através da coragem com que encarava as suas dificuldades e os desafios/exigências das atividades solicitadas, bem como pela percepção dos progressos obtidos.

Re-avaliar perspectivas de vida

De modo a lidar com as mudanças abruptas provocadas pelo AVC e a incerteza relativa ao futuro, os participantes enfatizaram a importância de refletir sobre a vida, a saúde, os seus valores e princípios. Re-estruturar prioridades na vida foi reportado como importante para ambos, tendo sido o envolvimento em atividades significativas uma estratégia que aparentou ter contribuído como guia para as decisões sobre o que e como fazer o que era importante para ambos.

Adaptar através de (novos) objetivos de vida

Para muitos participantes o primeiro ano após AVC representou uma paragem na sua vida, tendo sido interrompida com a expectativa de retorno. A capacidade em redefinir ou criar novos objectivos foi realçada sobretudo no final do primeiro ano após o AVC, apesar de muitos reconhecerem a dificuldade sentida em abandonar as suas ambições pré-AVC. Por vezes, o seu ajuste não representava uma aceitação do que aconteceu, não sendo redefinidos objectivos de vida, apenas o seu ajuste, por vezes associado a frustração. Porém, a reconstrução da sua biografia, em conjunto, foi enfatizada por alguns como importante para a sua reintegração na sociedade e para a capacidade para re-interpretar positivamente o modo como a situação é percebida, encontrando novos objectivos.

Tabela 2- O contributo de cada estudo para a metassíntese

	<i>Gerir a perda</i>	<i>Lidar com a incerteza após AVC</i>	<i>Assumir o controlo na recuperação</i>	<i>Re-avaliar perspectivas de vida</i>	<i>Adaptar através de (novos) objetivos de vida</i>
Carlsson et al. (2009)	✓	✓	✓	✓	✓
Pound et al. (1999)	✓	✓	✓	✓	
Rochette, et al. (2006)	✓	✓		✓	✓
Close & Procter (1999)		✓	✓		
Greenwood et al. (2009a)	✓	✓	✓	✓	

Robinson-Smith (2002)		✓			
Perry & McLaren (2003)	✓				✓
Rittman et al. (2004)	✓	✓	✓	✓	✓
Le Dorze et al. (2009)	✓	✓			
Pierce et al. (2004)	✓	✓			
Erikson et al. (2010)	✓		✓		✓
Fraser (1999)	✓	✓			
Hjelmblick & Holmstrom (2006)	✓	✓	✓	✓	✓
Davis & Grant (1994)	✓				
Medin et al. (2010)	✓			✓	✓
Burton (2000)		✓	✓		✓
Saban & Hogan (2012)	✓	✓	✓	✓	
Kirkevold (2002)	✓	✓	✓	✓	✓
Greenwood et al. (2009b)				✓	
Folden (1994)		✓	✓		
White et al. (2012)	✓	✓	✓		✓
Hjelmblick et al. (2009)	✓	✓	✓	✓	✓

CONCLUSÃO

A adaptação após AVC não é um processo isolado e individual, envolvendo todos os intervenientes. O seu suporte mútuo é realçado em ambas as perspectivas e a necessidade de compreensão e aceitação gradual do que aconteceu parece contribuir para que ambos consigam gerir as dificuldades diárias e encararem-nas como um desafio. Deste modo, os profissionais de saúde podem dar um contributo importante para o desenvolvimento da capacidade de auto-gerir o processo e gradualmente redefinirem prioridades e objectivos de vida.

Os cinco conceitos chave obtidos, interligados entre si, enfatizam a também interligação entre o processo de adaptação de ambos e reforçam a importância de um trabalho conjunto ao longo do processo de reabilitação, envolvendo igualmente o cuidador informal. Será, igualmente, importante compreender de que forma esse envolvimento poderá ser efetivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, P., Machado, S., & Simões, J. (2011). Portugal: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 13(4), 1–156.
- Burton, C. (2000). Living with stroke: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 301–309.
- Carlsson, G. E., Möller, A., & Blomstrand, C. (2009). Managing an everyday life of uncertainty—a qualitative study of coping in persons with mild stroke. *Disability and Rehabilitation*, 31(10), 773–82. doi:10.1080/09638280802638857
- Close, H., & Procter, S. (1999). Coping strategies used by hospitalized stroke patients: implications for continuity and management of care. *Journal of Advanced Nursing*, 29(1), 138–144. doi:10.1046/j.1365-2648.1999.00873.x

- Darlington, A., Dippel, D., Ribbers, G., Van Balen, R., Passchier, J., & Busschbach, J. (2007). Coping strategies as determinants of quality of life in stroke patients: a longitudinal study. *Cerebrovascular Diseases*, 23(5-6), 401–7.
- Davis, L., & Grant, J. (1994). Constructing the reality of recovery: family home care management strategies. *Advances in Nursing Science*, 17(2), 66–76.
- Donnellan, C., Hevey, D., Hickey, A., & O'Neill, D. (2006). Defining and quantifying coping strategies after stroke: a review. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 77(11), 1208–18. doi:10.1136/jnnp.2005.085670
- Erikson, A., Park, M., & Tham, K. (2010). Belonging: a qualitative, longitudinal study of what matters for persons after stroke during the one year of rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42(9), 831–8. doi:10.2340/16501977-0608
- Folden, S. (1994). Managing the effects of a stroke: the first months. *Rehabilitation Nursing Research*, (3), 79–85.
- Fraser, C. (1999). The experience of transition for a daughter caregiver. *Journal of Neuroscience Nursing*, 31(1), 9–16.
- Gorecki, C., Brown, J., Briggs, M., & Nixon, J. (2010). Evaluation of five search strategies in retrieving qualitative patient-reported electronic data on the impact of pressure ulcers on quality of life. *Journal of advanced nursing*, 66(3), 645–52.
- Greenwood, N., Mackenzie, A., Wilson, N., & Cloud, G. (2009a). Managing uncertainty in life after stroke: a qualitative study of the experiences of established and new informal carers in the first 3 months after discharge. *International journal of nursing studies*, 46(8), 1122–33. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.02.011
- Greenwood, N., Mackenzie, A., Cloud, G., & Wilson, N. (2009b). Loss of autonomy, control and independence when caring: A qualitative study of informal carers of stroke survivors in the first three months after discharge. *Disability & Rehabilitation*, 1–9. doi:10.1080/09638280903050069
- Hjelmblink F. Holmstrom, I. (2006). To cope with uncertainty: stroke patients' use of temporal models in narratives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(4), 367–374.
- Hjelmblink, F., Holmström, I., & Sanner, M. (2009). The meaning of rehabilitation for older people who have survived stroke. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 1(2), 186–195. doi:10.1111/j.1752-9824.2009.01020.x
- Kirkevold, M. (2002). The unfolding illness trajectory of stroke. *Disability & Rehabilitation*, 24(11), 887–898.
- Le Dorze G. Tremblay V. Croteau, C. (2009). A qualitative longitudinal case study of a daughter's adaptation process to her father's aphasia and stroke. *Aphasiology*, 23(4), 483–502.
- Medin, J., Larson, J., Von Arbin, M., Wredling, R., & Tham, K. (2010). Elderly persons' experience and management of eating situations 6 months after stroke. *Disability and rehabilitation*, 32(16), 1346–53. doi:10.3109/09638280903514747
- OECD. (2010). *Health at a Glance: Europe 2010*. OECD Publishing. doi:10.1787/health_glance-2010-en
- Pakenham, K. I., Chiu, J., Bursnall, S., & Cannon, T. (2007). Relations between social support, appraisal and coping and both positive and negative outcomes in young carers. *Journal of health psychology*, 12(1), 89–102.
- Perry, L., & McLaren, S. (2003). Coping and adaptation at six months after stroke: experiences with eating disabilities. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 185–195.
- Pierce, L. L., Steiner, V., Govoni, A. L., Hicks, B., Thompson, T. L. C., & Friedemann, M.-L. (2004). Caregivers dealing with stroke pull together and feel connected. *The Journal of neuroscience nursing: journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 36(1), 32–9.
- Pound, P, Gompertz, P., & Ebrahim S. (1999). Social and practical strategies described by people living at home with stroke. *Health & Social Care in the Community*, 7(2), 120–128.

Rittman, M., Faircloth, C., Boylstein, C., Gubrium, J., Williams, C., & Van Puymbroeck, M. (2004). The experience of time in the transition from hospital to home following stroke. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 41(3A), 259–268.

Robinson-Smith, G. (2002). Prayer after stroke: its relationship to quality of life. *Journal of Holistic Nursing*, 20(4), 352–366.

Rochette, A., Tribble, D., Desrosiers, J., Bravo, G., & Bourget, A. (2006). Adaptation and coping following a first stroke: a qualitative analysis of a phenomenological orientation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29(3), 247–9.

Saban, K. L., & Hogan, N. S. (2012). Female caregivers of stroke survivors: coping and adapting to a life that once was. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 44(1), 2–14. doi:10.1097/JNN.0b013e31823ae4f9

Sandelowski, M. (2004). Using qualitative research. *Qualitative Health Research*, 14(10), 1366–86.

Shaw, R. L., Booth, A., Sutton, A. J., Miller, T., Smith, J. a, Young, B., Jones, D. R., et al. (2004). Finding qualitative research: an evaluation of search strategies. *BMC medical research methodology*, 4, 5. doi:10.1186/1471-2288-4-5

Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC medical research methodology*, 8, 45. doi:10.1186/1471-2288-8-45

White, J., Gray, K., Magin, P., Attia, J., Sturm, J., Carter, G., & Pollack, M. (2012). Exploring the experience of post-stroke fatigue in community dwelling stroke survivors: prospective qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 34(16), 1376–84.

World Health Organization. (2004). *The global burden of disease: 2004 update. Update.*

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Carla Pereira, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, carla.pereira@ess.ips.pt

Estudo de adaptação da escala de ansiedade, depressão e stresse (EADS21) envolvendo idosos colostomizados

Francisco Reis¹, Amâncio Carvalho², Célia Santos³, & Vítor Rodrigues⁴

1. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro - ESEnfVR/CIDESD, firmioreis@hotmail.com

2. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro - ESEnfVR/CIEC, amancioc@utad.pt

3. Escola Superior de Enfermagem do Porto, celiasantos@esenf.pt

4. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro - ESEnfVR/CIDESD, vmcpr@utad.pt

Resumo

O presente estudo teve como objetivo analisar os resultados psicométricos da aplicação da escala de ansiedade, depressão e stresse (EADS-21) de 21 itens de Lovibond e Lovibond (1995), versão portuguesa, adaptada por Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, (2004) numa amostra de doentes colostomizados para a sua adaptação e validação. Tratou-se de um estudo de natureza quantitativa, transversal e correlacional. A escala foi aplicada a 204 doentes portadores de colostomia há mais de um ano e de ambos os sexos.

Depois de se proceder à análise de componentes principais através da análise fatorial com rotação Varimax, resultaram duas componentes *Stresse e reações de ansiedade* com agregação dos itens (1,2,3,4,5,6,7,8,11,13,14), e a componente *Ansiedade situacional e desânimo* com os itens (9,10,12,15,16,17,18,19,20,21). A solução fatorial assim obtida explica 60,432% da variância total apresentada. Da análise fatorial a duas dimensões verifica-se que as saturações apresentam valores bastante aceitáveis nas duas componentes com valores dos Eigenvalues de 12,691 para a componente do stresse e reações de ansiedade e 1,748 para a ansiedade situacional e desânimo.

Em conclusão a escala de ansiedade, depressão e stresse (EADS) -21, mostrou-se um instrumento fiável, válido e sensível para demonstrar os níveis de stresse e reações de ansiedade e ansiedade situacional e desânimo manifestados pelos doentes colostomizados.

Palavras-chave: doentes e idosos colostomizados; ansiedade: stresse

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo examinar los resultados de la aplicación de la escala psicométrica de la ansiedad, la depresión y el estrés (EADS-21) de 21 artículos Lovibond y Lovibond (1995), la versión en portugués, adaptada por Pais-Ribeiro, Honrado, y Leal, (2004) en una muestra de pacientes de colostomía para adaptarse y validación. Este fue un estudio de indicadores cuantitativos, transversal y correlacional. La escala se administró a los pacientes 204 pacientes de colostomía durante más de un año Y ambos sexos. Después de ser examinado por análisis de componentes principales con rotación Varimax resultado en dos componentes de estrés y reacciones de ansiedad con la agregación de elementos (1,2,3,4,5,6,7,8,11,13, 14), y el componente de ansiedad situacional y el desaliento con los artículos (9,10,12,15,16,17,18,19,20,21). La solución así obtenida factor que explica el 60,432% de la varianza total presentado. El análisis factorial de dos dimensiones se verifica que los valores de saturación tienen bastante aceptable con las cifras de los dos componentes de los valores propios

de 12.691 al estrés de los componentes y las reacciones de ansiedad y 1,748% para la ansiedad y la depresión. En conclusión, la magnitud de la ansiedad, la depresión y el estrés (EADS) -21, ha demostrado ser una herramienta fiable, válido y sensible para demostrar los niveles de estrés y reacciones de ansiedad y la ansiedad situacional y la consternación expresada por los pacientes de colostomía.

Palabras clave:

Enfermos y ancianos colostomizados; ansiedad; stresse.

INTRODUÇÃO

É indiscutível para as pessoas que têm de viver com uma colostomia sofrerem um grande impacto ao nível psicológico, emocional e social. Tudo isto está intimamente relacionado com sentimentos de alineação do seu corpo, acompanhados por reações de raiva choque, desgosto, pensamentos suicidas, insegurança e medo da rejeição conduzindo a elevados níveis de ansiedade, depressão e stresse (Persson & Hellstrow, 2002; Barbutti, Silva & Abreu,2008). A ansiedade depressão e stresse, acompanhadas muitas vezes de sintomas físicos de fadiga, perturbações do sono, sexuais e alimentares são as respostas emocionais mais comuns que agravam drasticamente o mau estar psicológico (Pereira e Lopes,2002). As relações entre as dimensões afetivas negativas, a ansiedade e a depressão têm merecido ao longo dos tempos grande importância tanto do ponto de vista teórico como no da saúde mental, constituindo por isso dimensões clássicas na psicologia e na psicopatologia (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal,2004).

As diferentes escalas de ansiedade e stresse (ADS), desenvolvidas e aplicadas em vários estudos, têm sido amplamente utilizadas na avaliação do impacto psicológico provocado pelo diagnóstico das doenças neoplásicas. Tendo em atenção as alterações emocionais e psicológicas, que advêm da realização de uma colostomia, é frequente a utilização das escalas (EDAS) com o objetivo de avaliar os elevados níveis de ansiedade e stresse manifestados pelos doentes colostomizados. Na opinião Pais-Ribeiro, Honrado & Leal,(2004), a escala (EADS21), demonstra que as perturbações psicológicas são dimensionais e não categoriais, isto é, assumem que as diferenças na depressão, ansiedade e stresse vivenciada por sujeitos normais e com perturbações são essencialmente diferentes de grau. Os autores da escala definem depressão como a perda de autoestima e de motivação, e está associada com a perceção de baixa probabilidade de alcançar objetivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa. A ansiedade salienta as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo. O stresse sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão. Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo principal analisar os resultados psicométricos da aplicação da escala de ansiedade, depressão e stresse (EADS-21) numa amostra que envolvesse doentes e idosos colostomizados para a sua adaptação e validação.

METODOLOGIA

A amostra foi constituída por 204 doentes colostomizados há mais de um ano de ambos os sexos, sendo que 54,9% eram do sexo masculino e 45,1% eram do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 30 e 69 anos sendo que, uma percentagem de 14,20% envolveu pessoas idosas. Uma parte significativa da amostra (43%) possuía o 1º ciclo do ensino básico. Na sua maioria, os doentes e idosos colostomizados, eram casados (73,5%) e 64,7% encontravam-se em situação de reforma.

Como instrumento de recolha de dados foi utilizado um formulário com informação sobre as variáveis sociodemográficas e a escala de ansiedade, depressão e stresse (EADS-21). A escala original de Lovibond e Lovibond (1995), versão portuguesa, adaptada por Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, (2004) organiza-se em três subescalas, com agregação dos itens: a ansiedade inclui os itens 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20; a depressão os itens 3, 5,10, 12, 16, 17, 21 e a dimensão stresse os itens 1, 6, 8, 11, 13, 14, 18). A forma de resposta encontra-se estruturada em formato tipo “*Likert*”, o indivíduo deve escolher aquela que melhor se adapta à forma como se tem sentido, de acordo com a seguinte classificação atribuída: 0- *não se aplicou nada a mim*; 1- *aplicou-se a mim algumas vezes*; 2 *aplicou-se a mim muitas vezes*; 3 *aplicou-se a mim a maior parte das vezes*.

Esta escala foi adaptada e validada para a população portuguesa num estudo realizado por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004) a uma população jovem sem doença onde participaram 200 sujeitos (162 do sexo feminino e 38 do sexo masculino) com idades ente os 18 e 23 anos. E num outro estudo realizado por Apóstolo;Mendes e Azeredo, (2006) a uma amostra de 101 indivíduos, adultos e idosos, que frequentavam a consulta externa de um hospital psiquiátrico de Coimbra.

Como a população que fará parte de um estudo que estamos a desenvolver é muito diferente daquela, que participou no estudo de adaptação e validação da escala, sendo uma população mais velha e portadora de doença oncológica, tomamos a decisão de proceder à adaptação e validação desta escala para esta população.

Para a recolha de dados foi solicitada a autorização dos autores para a utilização da escala original e das comissões de ética da Administração de Saúde Norte (ARSN), conforme referência do ofício CES/43/2010 e parecer emitido pelo Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD) em 11/05/2010.

Na sequência deste procedimento foi realizado o pré-teste a 20 doentes, verificando não se revelar dificuldade na compreensão dos conteúdos da respetiva escala.

Seguidamente, e de acordo com o dia e a hora da consulta dos doentes, foram solicitados aos mesmos a sua participação no estudo através do preenchimento individual do formulário num local com privacidade, sem a presença próxima dos seus familiares, no sentido de evitar influências no preenchimento, tendo sido garantido a total confidencialidade.

ANÁLISE

Para o tratamento estatístico dos dados, recorreremos ao *software* informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.0. Foi construída uma base de dados onde os mesmos foram inseridos. Procedemos à análise fatorial e à análise de consistência interna da escala através do Alfa de Cronbach.

RESULTADOS

Com o objetivo de analisarmos a estrutura da escala, foi realizada, a análise das componentes principais, permitindo-nos a confirmação dos fatores que o instrumento está avaliar e identificando os itens de cada componente. Prosseguimos os mesmos procedimentos dos autores da escala original (EADS). A solução fatorial obtida explica 60,432% da variância total apresentada. Da análise fatorial a duas dimensões verifica-se que as saturações apresentam valores bastante aceitáveis nas duas componentes com valores dos *Eigenvalues* de 12,691 para a componente do stresse e reações de ansiedade e 1,748% para a ansiedade situacional e desânimo. Da estrutura fatorial da escala após rotação Varimax com a totalidade dos itens da escala original, que compõem a escala de (EADS-21) e respetivas componentes resultaram as saturações que se apresentam na tabela 1. A consistência interna para as duas componentes, apresenta os seguintes valores: para o Stresse e reações de ansiedade - α 0,947, para a Ansiedade situacional e desânimo - α 0,947 e um α global de 0,967.

Tabela 1 - Análise fatorial e respetivas saturações em cada uma das componentes

Itens	Componentes	
	Stresse e reações de Ansiedade	Ansiedade situacional e desânimo
as 1 Tive dificuldade em me acalmar. (Dificuldade em relaxar)	0,824	0,229
as 2 Senti a minha boca seca. (Excitação do sistema nervoso autónomo)	0,797	0,131

as 3 Não consegui sentir nenhum sentimento positivo. (Anedonia)	0,708	0,393
as 4 Senti dificuldade em respirar. (Excitação do sistema autónomo)	0,815	0,219
as 5 Tive dificuldades em tomar iniciativas para fazer coisas. (Inércia)	0,636	0,526
as 6 Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações. (Irritável, reações exageradas)	0,681	0,470
as 7 Senti tremores (por ex ^o , nas mãos). (Efeitos musculo esquelético)	0,648	0,408
as 8 Senti que estava a utilizar muita energia nervosa. (Excitação nervosa)	0,745	0,360
as 11 Dei por mim a ficar agitado (Irritável reações exageradas)	0,678	0,431
as 13 Senti dificuldade em me relaxar. (Disforia)	0,737	0,388
as 14 Estive intolerante a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer. (Impaciência).	0,655	0,496
as 9 Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula. (Ansiedade situacional)	0,539	0,600
as10 Senti que não tinha nada a esperar do futuro. (Desanimo)	0,374	0,732
as 12 Senti-me desanimado e melancólico. (Dificuldade em relaxar)	0,432	0,749
as 15 Senti-me quase a entrar em pânico. (Experiências Subjetivas de ansiedade)	0,402	0,794
as 12 Senti-me desanimado e melancólico. (Dificuldade)	0,432	0,749
as 15 Senti-me quase a entrar em pânico. (Experiências Subjetivas de ansiedade)	0,402	0,794
as 16 Não fui capaz de ter entusiasmo para nada. (Falta de interesse envolvimento)	0,370	0,762
as 17 Senti que não tinha muito valor como pessoa. (Auto depreciação)	0,150	0,877
as 18 Senti que por vezes estava sensível. (Facilmente agitado/chateado)	0,391	0,634
as 19 Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico. (Excitação do sistema autónomo)	0,268	0,810
as 20 Senti-me assustado sem ter uma boa razão para isso. (Experiências subjetivas de ansiedade)	0,520	0,572

Eigenvalus.....12,691 1,748

Variância (total=60,43%)

Alpha de Cronabach (global= 0,967)..... .0,947 0,947

Depois de utilizar o método estatístico multivariado da análise fatorial procedemos à análise das componentes principais com Rotação Varimax a duas dimensões, resultando a estrutura final da escala em duas componentes *stresse e reações de ansiedade* com agregação dos itens (1,2,3,4,5,6,7,8,11,13,14), e a componente *ansiedade situacional e desânimo* com os itens (9,10,12,15,16,17,18,19,20,21) como se mostra na tabela 2.

Tabela 2 - Componentes e respectivos itens resultantes da análise fatorial

Componentes	Itens (1,2,3,4,5,6,7,8,11,13,14)
Stresse e reações de ansiedade	<p>1 Tive dificuldade em me acalmar. (Dificuldade em relaxar)</p> <p>2 Senti a minha boca seca. (Excitação do sistema nervoso autónomo)</p> <p>3 Não consegui sentir nenhum sentimento positivo. (Anedonia)</p> <p>4 Senti dificuldade em respirar. (Excitação do sistema autónomo)</p> <p>5 Tive dificuldades em tomar iniciativas para fazer coisas. (Inércia)</p> <p>6 Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações. (Irritável, reações exageradas)</p> <p>7 Senti tremores (por ex^o, nas mãos). (Efeitos musculo esquelético)</p> <p>8 Senti que estava a utilizar muita energia nervosa. (Excitação nervosa)</p> <p>11 Dei por mim a ficar agitado (Irritável reações exageradas)</p> <p>13 Senti dificuldade em me relaxar. (Disforia)</p> <p>14 Estive intolerante a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer. (Impaciência)</p>
Ansiedade situacional edesânimo	<p>Itens (9,10,12,15,16,17,18,19,20,21)</p> <p>9 Preocupeí-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula. (Ansiedade situacional)</p> <p>10 Senti que não tinha nada a esperar do futuro. (Desanimo)</p> <p>12 Senti-me desanimado e melancólico. (Dificuldade em relaxar)</p> <p>15 Senti-me quase a entrar em pânico. (Experiências Subjetivas de ansiedade)</p> <p>16 Não fui capaz de ter entusiasmo para nada. (Falta de interesse envolvimento)</p> <p>17 Senti que não tinha muito valor como pessoa. (Auto depreciação)</p> <p>18 Senti que por vezes estava sensível. (Facilmente agitado/chateado)</p> <p>19 Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico. (Excitação do sistema autónomo)</p> <p>20 Senti-me assustado sem ter uma boa razão para isso. (Experiências subjetivas de ansiedade)</p> <p>21 Senti que a vida não tinha sentido. (Desvalorização da vida)</p>

CONCLUSÃO

A adaptação da escala de ansiedade, depressão e stresse (ADS-21), envolvendo doente e idosos colostomizados, apresenta uma estrutura diferente da escala original, tendo apenas duas dimensões: *stresse e reações de ansiedade e ansiedade situacional e desânimo*. Os resultados psicométricos da escala são muito bons, sendo o alfa de Cronbach de 0,947. A escala ADS-21 mostrou-se, pois, ser um instrumento fiável e válido para a população estudada. Estes resultados indicam justificar a sua aplicação em populações de maior dimensão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Apóstolo, J.L.A, Mendes, A.C., & Azeredo, Z.A, (2006). Adaptação para a língua Portuguesa da Depression, Anxiety And Sress Scale (DASS). *Revista Latino-Americana*. 14(6), 863-871.

Barbutti, R.C.S.; Silva, M.C.P.M., & Abreu, M.A.L.(2008). Ostomia uma difícil adaptação. *Revista SBHP*, 11(2), 27-39.

Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and therapy*, 33(3),335-343

Pais-Ribeiro,J.,Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e Lovibond. *Psicologia Saúde e Doenças*, 5(2), 36, 229-239.

Persson, E.,& Hellstow,A,L.(2002). Experiences of Swedish men and woman 6 to 12 we after ostomy surgery. *Jour Wound Ostomy Continance Nursing*, 29(2), 103-108.

Pereira, M., & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Firmino Reis, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro - ESEnfVR/CIDESD, firmimoreis@hotmail.com

Novo olhar sobre nós e sobre as nossas diferenças – Uma iniciativa na e pela freguesia de Gonça – Guimarães

Cristina Alves¹

1. Nós Consigo – Associação para a Educação e Intervenção comunitária

Resumo: O projeto de intervenção “Novo olhar sobre nós e sobre as nossas diferenças”, integrado no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Educação, na área de especialização em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária, da Universidade do Minho (Braga, Portugal), incidiu na promoção do envelhecimento ativo junto dos idosos da freguesia de Gonça, apostando assim em práticas educativas e humanizadoras. Por forma a envolver a comunidade em todas as fases do projeto, privilegiámos uma metodologia de intervenção de cariz qualitativo sustentada no paradigma de investigação-ação participativa. Em sequência da análise de diagnóstico, dinamizámos um plano de intervenção, baseado em workshops temáticos e dinâmicas de grupo, com resultados positivos na vida dos idosos, nomeadamente, no *empowerment* da comunidade, na fluidez da escrita e no aumento da sua autoestima e do autoconceito.

Resumen: El proyecto “Nueva mirada sobre nosotros y nuestras diferencias” integrado en el plan de estudios del máster en Educación, en el área especialización en Educación de personas adultas y intervención en la comunidad, de la Universidad do Minho (Braga), incidió en la promoción del envejecimiento activo alrededor de la comunidad de Gonça, una parroquia del concejo de Guimarães para apostar en las prácticas educativas y de humanización. Con el fin de involucrar a la comunidad en todas las fases del proyecto, se buscó una metodología de intervención cualitativa sostenida en el paradigma de la investigación-acción participativa. Tras el análisis de diagnóstico, dinamizamos un plan de intervención, basado en talleres y dinámicas de grupos, con efectos positivos en la vida de los ancianos, sobre todo en el empoderamiento de la comunidad, en la fluidez de la escritura y en el aumento de su auto-estima y su auto-concepto.

Palavras-chave: Educação de adultos; envelhecimento ativo; investigação-ação participativa; empowerment; humanização.

INTRODUÇÃO

O projeto “Novo olhar sobre nós e sobre as nossas diferenças”, integrado no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Educação, na área de especialização em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária, da Universidade do Minho (Braga, Portugal), procurou responder às necessidades, problemas e prioridades da Freguesia de Gonça, intervindo sobretudo na promoção do envelhecimento ativo.

A freguesia de Gonça, uma aldeia rural situada no norte do país, pertencente ao concelho de Guimarães, apresenta uma demografia muito empobrecida devido ao êxodo rural (Censos de 2011). Num universo de sensivelmente 1000 habitantes, constatámos que apenas metade da população se mantém ativa profissionalmente. Associada à situação profissional, está também o baixo nível de escolaridade: 500 pessoas detêm a antiga 4.^a classe (ensino primário) e 181 pessoas são analfabetas. A freguesia carece, igualmente, de ofertas culturais/recreativas e de respostas de educação/formação. A principal atividade profissional situa-se na extração da pedra, setor primário, complementado em algumas famílias com a agricultura de subsistência (PDS 2007/2008).

O presente projeto de intervenção partiu da análise de necessidades da realidade, enumerando os principais problemas e traçando metas para intervir sobre as suas causas. De entre as técnicas de recolha de dados

adotadas, destacamos a pesquisa bibliográfica e análise documental aos documentos municipais oficiais (Plano de Desenvolvimento Municipal 2007/2008) e estatísticos (Censos de 2011), bem como os contatos e conversas informais com os técnicos das associações intervenientes na região de Gonça, dirigentes associativos e representantes autárquicos (Câmara Municipal de Guimarães, Serviço Local da Segurança Social de Guimarães, Associação para o Desenvolvimento das Comunidades Locais e Junta de Freguesia de Gonça). Posteriormente, identificámos os problemas transversais afetos à freguesia de Gonça - elevada taxa de desemprego, falta de respostas de ocupação cultural e social dos tempos livres para adultos/idosos, baixa autoestima e autoconceito presente nos habitantes em situação de desemprego de longa duração e nos cuidadores informais, inexistência de respostas de educação e formação adequadas às suas necessidades, elevado distanciamento do núcleo urbano - e, em resultado, traçámos um programa de intervenção com os seguintes objetivos:

1. Contribuir para o desenvolvimento integral dos participantes e consequente melhoria da sua qualidade de vida assente na promoção do envelhecimento ativo, na participação e na dimensão emancipatória;
2. Averiguar o impacto do projeto delineado na evolução dos níveis de autoestima, autoconfiança e destrezas manuais dos participantes antes e após intervenção;
3. Potenciar e/ou fortalecer os laços de vizinhança e de comunidade;
4. Investir na promoção de estilos saudáveis de vida através da realização de workshops temáticos numa lógica de educação não formal.

O programa de intervenção privilegiou intervenções semanais, com um total de nove horas semanais, integrando sessões de ginástica para fortalecer o aparelho esquelético e jogos tradicionais que reavivaram a memória dos formandos. Desenvolvemos, igualmente, workshops temáticos e dinâmicas de grupo visto que "(...) favorecem um nível base de estimulação capaz de ativar processos que permitam a tomada de consciência das dimensões intrapsíquicas e relacionais do funcionamento humano, e facilitam a aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros" (Manes, 1998:6). Neste âmbito, foram abordadas inúmeras temáticas ligadas, sobretudo, à vida quotidiana e à educação para a saúde. Envolvemos um grupo inicial de 15 adultos e idosos, sendo 9 os elementos que se mantiveram ativos durante os nove meses de vigência do projeto. Com idades compreendidas entre os 52 e os 73 anos, 13 elementos pertenciam ao género feminino e 2 elementos ao género masculino. Os 6 que não completaram este percurso foram integrados no mercado laboral local (5 elementos), tendo ocorrido também um falecimento.

METODOLOGIA

A nossa intervenção privilegiou uma abordagem qualitativa assente no paradigma construtivista, em especial no recurso à investigação-ação participativa. Recorremos a várias técnicas de investigação, procurando o contacto direto e a implicação ativa da comunidade em todas as fases do projeto.

A observação permitiu obter um "conhecimento direto dos fenómenos tal como eles acontecem num determinado contexto" (Máximo-Esteves, 2008: 87) e melhor compreender "os contextos, as pessoas que nele se movimentam e as suas interações" (*Ibidem*). A entrevista possibilitou "confrontar a sua perceção do 'significado' atribuído pelos sujeitos aos acontecimentos com aquela que os próprios sujeitos exprimem" (Lessard-Hébert, 1994: 160). O inquérito por questionário também foi utilizado permitindo, sem modificar a situação na qual atua, aceder à realidade de um amplo leque de pessoas. As notas de campo como registos "detalhados, descritivos e focalizados do contexto, das pessoas (...), suas ações e interações..." (Spradley, 1980 cit. in Máximo-Esteves, 2008: 88) foram igualmente úteis. Este quadro metodológico foi complementado com a análise documental e registos fotográficos, indispensáveis ao conhecimento da matriz histórica da comunidade e das próprias práticas por parte do investigador.

ANÁLISE

A avaliação é "(...) um instrumento fundamental de investigação-ação, de apoio à decisão, de comunicação, além de um instrumento pedagógico fundamental." (Guerra, 2002: 206), tornando-se indispensável o seu enquadramento nas diferentes fases do projeto sob pena de ser desvirtuada quando usada somente na etapa

final do projeto (Antunes, 2007). “Avaliar não é, porém, tarefa fácil. Inerente à avaliação podem estar noções de certificação, controlo, verificação ou acompanhamento” (*Ibidem*: 166).

O projeto principiou com a *avaliação diagnóstica ou inicial*, uma fase de estudo e de análise, a partir da qual brota um plano de ação e de intervenção. Nesta etapa, realizámos um levantamento dos interesses dos formandos, redirecionando recursos e práticas em favor do alcance dos objetivos propostos. Foi importante o recurso às conversas informais junto dos participantes que elencaram pistas de ação e o recurso ao preenchimento de grelhas de observação. No desenvolvimento do projeto atendemos à *avaliação on going* como instrumento de monitorização e regulação da ação que assumiu-se como uma mais-valia na “forma de concretização do projeto e dá elementos para o seu afinamento ou a sua correção” (Guerra, 2002: 175). Para tal, foram mantidas as conversas informais junto dos formandos e aplicados inquéritos por questionário no final de cada atelier, preencheram-se grelhas de observação e registaram-se outras informações relevantes em diário de bordo. No final do projeto, recorremos à *avaliação final ou ex-post* que “mede os resultados do projeto” (*Ibidem*: 195), permitindo o cruzamento das opiniões com os objetivos previamente definidos. Em traços gerais, a aferição final levada a efeito através de grelhas de observação, entrevistas informais, inquéritos por questionário, registos fotográficos e outros, permitiu-nos compreender o sucesso da nossa intervenção marcada pelo cariz humanizador do educador influenciado pela experiência riquíssima do legado de Paulo Freire no âmbito da educação de adultos. Em suma, “a avaliação de um projeto não pode limitar-se à utilização de um só critério. Ela é sempre multicriteriosa, respeitando assim a complexidade do projeto” (Boutinet, 1990: 267).

RESULTADOS

No decurso do projeto, os formandos foram evidenciando um enorme interesse e satisfação na participação das atividades. Embora os dados acedidos fossem de cariz qualitativo, a experiência desenvolvida permitiu aferir a progressiva facilidade com que os participantes passaram a transcrever aquilo que pensavam; a escrever uma lista de compras ou redigir um documento; conseguiram formar uma opinião crítica e construtiva acerca de diversos temas que lhes passavam despercebidos tais como as religiões, a eutanásia, a violência doméstica, o processo de envelhecimento, tendo um outro olhar fundamentado sobre os assuntos e não o ceticismo de outrora.

Tiveram a possibilidade de ensinar algo que lhes resultava como irrelevante aos seus netos e que estes desfrutaram e quiseram compartilhar. Foi possível perceber que os participantes acederam a um patamar mais elevado quanto à autoestima, autoconfiança e responsabilização pela prática de atividades extintas aquando a inserção na idade adulta. Conseguiram concluir com sucesso as atividades, aumentando a consciência de si. Perceberam que são capazes de se manterem ativos e que ainda muito podem dar à comunidade, à família e a si mesmos. Estes aspetos foram sendo verificados através das conversas informais realizadas e pelos apontamentos contidos nas grelhas de observação, diário de bordo e inquérito por questionário de resposta aberta aplicado no final do curso. Neste inquérito foram colocadas as questões: O que mais gostou de ter feito? Que avaliação faz do grupo? Qual a sua opinião quanto aos assuntos trabalhados? Que avaliação faz da estagiária e do trabalho realizado?

Na primeira questão, colhendo um exemplo, “Eu gostei de ter passado as tardes destes dias que para mim foram diferentes de todas as outras. Gostei de tudo o que se fez” (F1), percebe-se a apreciação favorável dos formandos sendo o curso um motivo de convívio e de troca de opiniões entre os participantes, o que anteriormente na sua comunidade não se justificava. As informações dedicadas à saúde adquiriram igualmente valorização positiva. Aumentaram a sua disciplina ao esperar que os colegas emitissem a sua opinião e só, no final, retomavam a sua ideia, um grande passo atendendo à presença no grupo de elementos com uma postura familiar matriarcal, onde não lhes era exigível essa espera e organização da comunicação.

Seguidamente, procuramos aceder à opinião dos participantes quanto ao trabalho desenvolvido. Percebemos que “Todos os trabalhos foram bons, é pena ser pouco tempo, mais tarde vai ser útil” (F5). As atividades desenvolvidas, no âmbito da educação para a saúde, possibilitou-lhes o acesso a novas ideias e práticas capacitadoras da eclosão de um estilo de vida mais saudável e feliz. Ficaram motivados para alterar práticas, nomeadamente, redução do consumo de sal, açúcar e alimentos fritos, narrando orgulhosamente os seus progressos e trocando experiências entre os colegas.

Numa última questão, procuramos perceber o impacto, empenho e motivação da intervenção, como orientações para futuras intervenções. Uma das opiniões sugere que “Foi uma pessoa maravilhosa e como professora igualmente” (F7). Sobressai grandemente que, para além de todos os vetores implicados e que foram sendo sintetizados anteriormente, a postura do educador comunitário influenciou positivamente no percurso trilhado pelos formandos e nos resultados alcançados.

CONCLUSÃO

Estamos conscientes de que o programa de intervenção e o dinamismo do grupo contribuíram para a promoção do envelhecimento ativo. Mais do que intervir junto dos adultos idosos, auxiliámos os adultos mais jovens do grupo a preparar um envelhecimento mais ativo e salutar pois, como refere Paul (2005), este processo não pode ser iniciado com o ingresso na reforma, mas mais cedo, por volta dos cinquenta anos de idade para que possa, efetivamente, ser proveitoso.

Tentámos promover e desocultar potencialidades inerentes ao seu próprio ser com base no *empowerment*. Esforçámo-nos por aprofundar as temáticas eleitas pelos participantes e melhor responder às mesmas, pois “O que primeiro move a vontade e energia das pessoas e mobiliza a população é a satisfação das suas necessidades primárias, dos seus problemas e de tudo aquilo que faça a sua realização pessoal, familiar, grupal e comunitária” (Ander-Egg, 1990 cit. in Antunes, 2007: 25). As necessidades primárias passaram, sobretudo, pela aprendizagem na leitura dos rótulos dos alimentos e pela preparação de receitas mais saudáveis para melhor cuidar da sua saúde e prevenir doenças cardiovasculares ou pelo desenvolvimento de algumas destrezas ao nível dos primeiros socorros, aprendendo a prevenir e a agir em potenciais situações de risco.

Em todas as atividades, estimulámos a formação pessoal e social com recurso ao lúdico como canalizador da criatividade e autoexpressão, sendo um dos vetores de motivação dos formandos, rompendo com a tradicional forma de educar. O treino físico e mental ao nível da escrita, memorização e raciocínio foram, de facto, importantes para o desenvolvimento e manutenção de destrezas um pouco “adormecidas” nos formandos.

No que concerne aos cuidados informais sabemos que prestar cuidados é percecionado pela maioria das sociedades como uma função básica da família apesar da sua complexidade com dimensões: psicológicas, éticas, sociais e demográficas. Comporta, também, aspetos clínicos, técnicos e comunitários. Deste modo, o projeto desenvolvido contribuiu com a sua ação educativa e formativa, para o incremento de competências nos participantes que em algum momento foram cuidadores informais, são ou serão, concedendo aconselhamento, informação e dinamizando uma rede de vizinhança positiva que pode contribuir, igualmente, para o alívio desses potenciais cuidadores informais.

Como limitações e constrangimentos do projeto, salientámos a desadequada ergonomia da sala de atividades, pouco favorável a adultos e idosos (cadeiras desconfortáveis, pouca luminosidade, humidade das instalações), sendo que frequentemente a motivação dos formandos era abalada pelas “dores de costas”, “dores nas pernas” e “pés frios”. Além disso, sentimos que as atividades de educação de adultos competem “com muitas outras atividades dos adultos, tais como, vida de família, trabalho doméstico, atividades sociais, desportos, etc.” (Norbeck, 1981: 18). As opiniões negativas de terceiros resultaram num constrangimento importante, principalmente em presença de uma comunidade pequena. Muitos adultos não compreenderam, ainda, a importância da educação de adultos e o seu papel na promoção de um envelhecimento ativo e bem-sucedido. Adquiriram uma visão escolarizada negativa devido aos penosos métodos de ensino tradicionais baseados nas punições e nas agressões físicas por parte dos professores. Paralelamente ainda restringem a educação à infância e juventude.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, M. C. (2007). *Educação de Adultos e Intervenção Comunitária II*. Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Boutinet, J. P. (1990). *Antropologia do Projeto*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Câmara Municipal de Guimarães (2006). *Plano de Desenvolvimento Social 2007/2008*. Recuperado em 23 de Setembro, 2009, de <http://www.cm-guimaraes.pt/files/1/documentos/PDS20072008.pdf>
- Guerra, I. C. (2002). *Fundamentos e processos de uma sociologia da ação: o planeamento em ciências sociais*. Cascais: Principia.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Geral à População: Resultados preliminares*. Recuperado em 21 de Julho, 2011, de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpubbou=122103956&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554
- Lessard-Hébert, M, Goyette, G., & Boutin, G. (1994). **Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas**. Lisboa: Instituto Piaget.
- Máximo-Esteves, L. (2008). *Visão panorâmica da investigação-ação*. Porto: Porto Editora.
- Norbeck, J. (1981). *Formas e Métodos de Educação de Adultos*. Braga: Universidade do Minho.
- Paul, C. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Cristina Maria Fernandes Alves, licenciada e mestre em Educação, na área de especialização em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária, pela Universidade do Minho; sócia fundadora e tesoureira da Nós Consigo – Associação para a Educação e Intervenção Comunitária; e-formadora na WEBSTUDY – Centro de Formação e-learning, cristina.maria.alves@gmail.com

La Educación de los Séniores en Universidades para Mayores

Tiago Gonçalves¹; M. Augusta Veiga-Branco²; M.J. Arabolaza³

¹Escola Superior de Saúde – IPB, tiago_goncalves98@hotmail.com

²Escola Superior Saúde – IPB, PAIDEIA; ee.paideia@gmail.com

³Escola Superior Agrária – IPB, arabolaz@ipb.pt

Resumen

Este estudio busca entender el valor añadido de las prácticas en gerontología para el desarrollo de la neuroplasticidad en el anciano. La educación tiene como objetivo resolver el determinante de la edad de envejecimiento activo, para promover una mayor capacitación del funcionamiento cognitivo y del aprendizaje, favoreciendo el mantenimiento de la neuroplasticidad. Los objetivos del proyecto son conocer la opinión de las personas mayores en relación a las universidades para este tipo de población en general; entender las actividades y determinar las áreas más frecuentadas; identificar el motivo o motivos principales de entrada en la universidad, analizar la metodología de aprendizaje utilizada y más aplicada en las de la tercera edad. El estudio se desarrolla con base en el método cuantitativo, de tipo observacional. El instrumento de toma de datos utilizado en la investigación es una encuesta (Fortin, 2009). La población de estudio incluye 60 adultos mayores, que asisten a la Universidad de Mayores en Valpaços, pero sólo 26 de ellos, con edades comprendidas entre 65 y 89 años, fueron seleccionados para representar la muestra. La mayoría de dicha población son mujeres y el estado civil predominante es el de casados. La importancia de las actividades de ocio y culturales constituyen la principal fuente de entrada en las universidades para Mayores.

Palabras clave: Envejecimiento, Gerontología, Memoria

Abstract

This study try to understand the added value of gerontogogy practices for the development of neuroplasticity in elderly people. Education in elders aims to settle the determinant of active aging, to promote greater training in cognitive functioning and learning, favoring the maintenance of neuroplasticity. The project objectives are to know the opinion of the elderly in relation to senior universities; understand the activities; determine the areas most frequented; identify the reason (s) to enter senior universities; analyze the learning methodology used and applied in such institutions. The study is based on quantitative method, an observational cross. The instrument for collecting data for this investigation was a form (Fortin, 2009). The target population contains 60 seniors, who attend Senior University in Valpaços, 26 of whom, aged between 65 and 89 years, were selected to represent the test sample. In turn, the majority is married and from the female gender. The importance of entertainment and cultural activities constitute are the main reasons to enter a senior universities.

Keywords: Aging; Gerontology; Memory

Introducción

La suma de experiencias vividas en un contexto de educación, moldean el interior de nuestros cuerpos así como el mundo exterior. Se sabe que la mayoría de los sistemas en el cerebro son plásticos, o son capaces de adaptarse, en función de las interrelaciones del individuo con el medio ambiente. (Thompson, 2005). Como en otros países, Portugal pasa, actualmente, por un considerable envejecimiento de la población. Son reflejos del envejecimiento, por ejemplo, las iniciativas relacionadas con la educación. Entre los cambios más importantes relacionados con el sistema educativo, se hace hincapié en que el aprendizaje se extiende al resto de la vida, resaltando el desarrollo cognitivo de los ancianos. La educación contribuye, positivamente, para el desarrollo personal y social de la población en general, y más, particularmente, en los ancianos. En los países desarrollados hay una formación de los ciudadanos en la educación desde la infancia y, más recientemente, al final de la vida, con el argumento de que el crecimiento económico puede ser debido de, forma significativa, al desarrollo de las habilidades de la población. Las variables que aseguran esta condición y la regulación de las oportunidades sociales, culturales y de ocio para las personas mayores de edad, se corresponde con el tipo de institución preparada y orientada para personas de 65 años o más, que en la actualidad se ven como Universidades para Mayores. En este campo, el desarrollo del potencial de las personas mayores, lo que garantiza la dignidad, la seguridad y las tasas significativamente más bajas de analfabetismo, así como la soledad que caracteriza a este grupo de edad avanzada, son algunos de los objetivos propuestos para la ejecución de las Universidades para Mayores. Ante esta evidencia, se formuló la siguiente pregunta: ¿Cuál es la contribución de las universidades para personas mayores en la educación de la tercera edad?

Las concepciones teóricas relativas a la educación en la vejez son numerosos, sin embargo, se repiten con mayor frecuencia, dos de ellas: la primera perspectiva la educación como una estrategia de “socioterapia”, es decir, la educación es vista como un vehículo para la integración social de las personas de edad avanzada; la segunda es propugnadora de una mente activa en la vejez, a través de actividades educativas. (Jacob, 2012). Los resultados de las investigaciones realizadas en los años 70 demostraron que había pocas oportunidades hasta ahora centradas en las personas mayores. Dicho esto, es necesario crear respuestas sociales para responder satisfactoriamente a las necesidades de los ancianos, apareciendo así de Mayores (Vellas, 1972). Varios países han desarrollado modelos específicos para las para mayores, distinguiendo dos de ellos, el modelo francés (o continental) y el modelo Inglés (o británico). El modelo de estas universidades en Portugal, se basa en el modelo británico, que promueve una mayor libertad e independencia, es decir, los profesores y los estudiantes tienen más proximidad, más participación de las personas mayores, que se puede ver practicando gerontología siendo este un método de aprendizaje que acerca a las personas entre ellas. (Jacob, 2012).

Según AMI (2013), la infoexclusión define una nueva forma de exclusión en los países desarrollados, en que las dificultades de acceso a las tecnologías de información y comunicación aumentan entre personas con necesidades especiales o en circunstancias de gran vulnerabilidad. En 2005 más de mitad de la población portuguesa no tenía competencias básicas para la utilización de un ordenador (53% de población portuguesa nunca utilizó un ordenador) y que 84,6 % de la población afirma no tener cualquier formación, teniendo adquirido las competencias a través de auto-aprendizaje. Sin embargo, el número de centros de formación ha crecido en 2012, con el objetivo de permitir la inclusión social y integración profesional. Las universidades para mayores visan combatir la infoexclusión y permitir la interacción social entre los ancianos.

Por último, uno de los conceptos a tener en cuenta es la gerontología, que consiste en un método importante de aprendizaje para las personas mayores. Para entender mejor este término es necesario viajar en el tiempo hasta de la antigua Grecia, donde había un Consejo de Ancianos o Gerusia, formado por los reyes y los hombres mayores de 60 años, donde su conocimiento, la experiencia y la sabiduría regía. Gerusia como, viene de Geros+onte, se refiere a una persona de larga vida, que adquiere experiencia al convertirse en un anciano. (Veiga-Branco, 2012). Dicho esto, en esta nueva era de la Sabiduría se hizo necesario un nuevo “status” de planificación para la educación de la tercera edad: una pedagogía para el Geronte en un contexto de “educere”, ó sea la Gerontogogia.

Metodología

Para lograr los objetivos planteados, se ha efectuado un estudio cuantitativo, observacional, transversal, ya que la recogida de datos sólo fue realizada en un único momento. (Fortin, 2009).

La muestra del estudio - del tipo probabilístico, aleatorio simple - está compuesta por 26 ancianos de ambos sexos, siendo los criterios de inclusión: ser anciano mayor de 65 años y ser alumno en una Universidad de Mayores, en el Norte de Portugal, en 2013. La muestra es representativa en términos de género y estado civil, con una mayor prevalencia de mujeres y personas mayores casadas. La gran mayoría de la muestra frecuentó el 4.º grado. Para la investigación se procedió a la elaboración de un formulario - hecho para este efecto - con el fin de conocer la contribución de las universidades para mayores para la educación y desarrollo de las personas mayores, para así entender la influencia en su neuroplasticidad.

Análisis

El formulario constituido por 14 preguntas - cuyas respuestas se sometieron a un análisis posterior de los datos en programa EXCEL - sirvió para conocer: la razón de la entrada, el tiempo que frecuenta y las ventajas de la Universidad para Mayores, la calidad de las relaciones con los compañeros y profesores y también su participación en clase.

Las variables independientes de caracterización de la población son la educación, el género, la edad, el nivel educativo y el estado civil. Todo el análisis de datos será a través de estadística descriptiva. Las preguntas hechas a los participantes sobre si les gusta estar en la universidad para mayores; las razones de entrada y hace cuánto tiempo frecuenta la universidad, tienen como objetivo de conocer el tiempo de entrada y la opinión de los mayores sobre la universidad para mayores. La pregunta sobre cuáles los cambios producidos por la universidad en la vida cotidiana de los participantes sirvieron para evaluar las ventajas de la universidad para mayores en la calidad de vida de los ancianos. Otra pregunta hecha a los participantes busca entender si los participantes consideran la estructura de la universidad adecuada y seguidamente se les pidió sugerencias para mejorar la institución. Por fin, se buscan datos relacionados con los talleres, en que se pregunta a los participantes si les gustan los compañeros y/ o el profesor, si las técnicas de enseñanza son adecuadas y que tipo de participación tiene en taller (activa/pasiva).

Resultados

Globalmente, todos los encuestados mayores han expresado que les gusta asistir a clases y estar en la universidad de mayores, lo que muestra una buena adherencia y adaptación a esta iniciativa. Delante de la cuestión "Cuanto tiempo hace que frecuenta la Universidad?", el 23% de las personas mayores respondieron que asisten a las clases, hace menos de un año y el 76% de los encuestados respondió que asiste desde hace más de un año.

El 100% de los participantes, creen que las técnicas de enseñanza son adecuadas, afirmando que tienen una participación activa. Todas las personas mayores aseguran establecer una buena relación con los profesores y compañeros. El 42% de los encuestados mencionaron que se sentían socialmente inseridos en el contexto social y grupal en la Universidad de Mayores, y que gracias a esta inserción 27% mencionan lograr nuevos proyectos de vida, y de entre estos, hay 77% que logran adquirir sus expectativas por la interacción social. Todavía, de entre aquel 42% que responde, hay un 69% que asume estar en universidad para mejorar sus conocimientos, lo que es muy interesante en el contexto actual de expectativas por parte de esta población, y lo que comprueba también que los retos de futuro están cambiando.

Otro dato curioso es que del total del alumnado en esta muestra, hay 50% que manifiesta voluntad para mantenerse activo, y especificando que esta actividad sea en compañía de otros pares, defendiendo esta postura como más saludable y mejor para la vejez. Por fin, hay 8% que también presentan disponibilidad para

establecer nuevas amistades, pero por otras razones de carácter personal, como, por ejemplo, no estar o no sentirse sólo (en su casa) ó solo (sin familia o sin vecinos o apoyos de relación personal).

Para aclarar si serían las variables de socialización o las de formación, las que son importantes o las que interesan a esta población para estar en la Universidad, se ha cuestionado cuantas asignaturas estaban estudiando. Así se obtuvo el resultado de que la mayoría (58%) se inscribieron entre una y tres asignaturas y el 27% entre 4 y 6. Pero, la asignatura preferida por el 46% de los participantes – muy curioso en esta edad en que ha ocurrido el primer contacto con estas herramientas - es el trabajo en ordenador. Para un menor porcentaje de este alumnado, es agradable participar en otras actividades, como por ejemplo, en un coro de la iglesia.

Estos resultados indican ya que los mayores están en formación no sólo por las relaciones sociales, pero como evidencia más concreta, se verificó que la totalidad de la muestra ha expresado que la Universidad de Mayores es un activo para aumentar su conocimiento. Así que queda claro que no solo el aislamiento o la soledad motivan la vuelta a la “escuela” en la vida, parece que el aprendizaje está también incluido en el proceso.

Por fin, y globalmente, lo que hay que aprender con este muestreo? Lo que es evidente, es que las vivencias en la universidad sénior están cambiando la vida de los mayores, no solo en contexto relacional positivo, sino también y, sobre todo, en el estado de ánimo. Los resultados revelan que 74% de los encuestados consideran que la universidad ha permitido una mayor socialización y el 52% afirman sentirse realizados, lo que es muy interesante para esta etapa de vida. Pero hay aún 48% de los participantes, que consideran haber mejorado su autoestima, lo que resulta clarificador, como efecto terapéutico, tal como los autores apuntan. Un porcentaje menor de 30%, dijeron que la entrada en la universidad ha mejorado su calidad de vida, lo que corrobora todas las expresiones anteriores presentadas.

Sobre la institución, será que les gusta todo el contexto, o será que piensan que algo debería cambiar? En este tema, la respuesta es afirmativa, y en cuanto a los cambios que deberían producirse, el 58% indican que las instalaciones y la estructura arquitectónica podrían ser mejoradas, para que el espacio se volviera más amplio y más accesible a sus discapacidades y dificultades funcionales. Una minoría de 8% informó que deberían producirse cambios y adaptaciones en áreas de clases – mejor estructura para afrontar el frío y mejorar la comodidad - y con relación a los materiales de aprendizaje, como el uso de ordenador. Una minoría de 35% presenta otros tipos de solicitudes de cambio, como las escaleras, la luz y el horario de clases.

Un punto positivo que obtuvimos durante la toma de los datos es que estos cambios inducidos por las instituciones educativas han sido beneficiosos para las personas mayores, porque en todas las respuestas sobre este tema destacan las mejoras en algunos aspectos de la vida personal y social de los mismos.

El hecho de que existan preferencias en el campo de la informática, llevó a la conclusión de que los avances en la tecnología están comenzando a convertirse en el blanco de interés para este grupo de edad. Los cambios en el nivel de las instalaciones son identificados como el factor más importante para modificar en esta universidad.

Finalmente, los resultados obtenidos en relación con las técnicas y materiales de enseñanza cubiertos en clase, demostraron que éstos cumplían con las expectativas de las personas mayores. Entre las limitaciones de este estudio, existe la posibilidad de sesgo de no respuesta, ya que algunos encuestados no estaban dispuestos a responder algunas de las preguntas incluidas en el formulario, lo que podría invalidar los resultados.

Tabla1. Distribución de los valores de las variables de caracterización del muestreo en estudio

Variablindependientes	N	%
Género		
• Mujer	15	58
• Hombre	11	42
Edad		
• 65 a 70 años	13	50
• 71 a 75 años	8	31
• 76 a 80 años	2	8
• 81 a 85 años	3	11
Nivel de educación		
• No han estudiado	4	15,5
• Menos de 4 años	7	27
• 6 años	6	23
• Hasta 12 años	5	19
• Licenciatura	4	15,5
Estado civil		
• Casado (a)	15	58
• Soltero (a)	3	12
• Viudo (a)	7	27
• Divorciado (a)	1	4

Conclusión

Con los datos obtenidos, se puede concluir que la educación en las Universidades para mayores, aumenta el nivel de interesados cada día, lo que muestra una mayor disposición para aprender y enriquecer las experiencias de este grupo de edad avanzada. La Comisión de las Comunidades Europeas (2001) citado por Gil y Páscoa (2012) define aprendizaje a lo largo de la vida como toda la actividad de aprendizaje en cualquier momento de la vida, con el objetivo de mejorar los conocimientos, las aptitudes y competencias, en una perspectiva personal, social, cívica y/o relacionada con el empleo. Las universidades para mayores, pueden permitir el desarrollo, el aprendizaje y la promoción de la memoria, que a su vez, conllevan cambios en la neuroplasticidad. De acuerdo con Vieira e Santarosa (2006), los mayores que utilizan el ordenador tienen a sentirse menos excluidos por la sociedad, comparativamente con los que no utilizan el ordenador y que la informática asume un papel importante en la mejora de las conexiones del anciano con el mundo exterior. En nuestro estudio la informática es la preferida por la gran mayoría de los participantes. Para que esto suceda, es importante que las personas mayores permanezcan activas, y esta actividad es una gran contribución a su reinserción en la sociedad. En este estudio, las opiniones de las personas mayores con respecto a este tipología de universidades son positivas, así como de las actividades que desempeñan en las mismas, donde se concluyó, que este tipo de experiencia deberá ser muy estimulado en toda la gente, y más concretamente, cuando se están viviendo los “mayores años” en la vida. Según Goldberg (2008) el cerebro tiene la capacidad de restaurarse, las neuronas no paran de desarrollarse, continúan a crecer a lo largo de la vida, sea en la vida adulta, sea en la vejez. Como acabamos de concluir, aprender y aprender a desarrollarse, es una actividad continua y estimulante, que proporciona a uno que la vive, una mejor calidad para vivir sus días, en los años que quedan en la vida, porque cada día es un tiempo especial y de desarrollo posible.

Referencias bibliográficas

- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lusodidática; Loures.
- Goldberg, E. (2008). O paradoxo da Sabedoria: Como pode a sua mente ficar mais forte à medida que o seu cérebro envelhece. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Páscoa, G.& Gil, H. (2012). *Redes Sociais como complemento de aprendizagem ao longo da vida: As Universidades seniores e a web 2.0*. Recuperado a 3 de julho, 2013, de <http://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/1309>
- Jacob, L. & Pocinho, R. (2012) – *Educação para Séniores em Portugal* (1 ed.). Almeirim. Rutis
- Jacob, L. (2011). Universidade Senior: Criar novos projetos de vida. In Jacob, L. & Fernandes H., *Ideias para um Envelhecimento Ativo*. Almeirim: Rutis.
- Veiga-Branco, A. (2012). O Gerontólogo... Um mediador no espaço Gerontológico. In Pereira, F., *Teoria e Prática da Gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos*. Viseu: Psicosoma.
- Thompson, R. (2005). *O Cérebro - Uma introdução à Neurociência*, (3 ed.). Livraria Santos Editora.
- Vieira, M. & Santarosa, L. (2006). *O uso do computador e da internet e a Participação em cursos de informática por idosos: meios digitais, finalidades sociais*. Recuperado a 3 de julho, 2013, de <http://pt.scribd.com/doc/40195015/Informatica-2>.
- AMI, (2013). *Infoexclusão*. Recuperado a 5 de julho, 2013, de <http://www.ami.org.pt/default.asp?id=p1p211p215p340p364&l=1>

Contacto Referência:

Tiago Gonçalves, Escola Superior de Saúde – IPB, tiago_goncalves98@hotmail.com _ Congr. CI.docx.)

Bem-estar subjetivo na 3ª idade: estudo comparativo nas respostas sociais lar e serviço de apoio domiciliário

Daniela Clemente¹, Lisete Mónico², António Frazão³ & Hugo Lucas⁴

2. Associação Bem Estar de Parceiros

1. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

3. Instituto Superior de Línguas e Administração

4. Instituto Politécnico de Leiria

Resumo:

Compara-se a perceção de bem-estar subjetivo de idosos residentes em lares de 3ª Idade com idosos residentes nas suas próprias casas, embora apoiados por serviços de apoio domiciliário. A Revised Philadelphia Geriatric Center Scale (PGCMS-R) foi aplicada a uma amostra de 60 idosos institucionalizados em lares de 3ª idade e 60 não institucionalizados utentes do Serviço de Apoio Domiciliário. Os resultados evidenciaram uma superioridade na perceção do bem-estar subjetivo dos idosos residentes nas suas próprias comparativamente aos residentes em lares de 3ª idade, bem como dos homens em relação às mulheres. Os idosos ativos e inseridos em atividades culturais apresentaram uma melhor perceção do bem-estar subjetivo comparativamente aqueles que apenas desenvolvem atividades passivas. Conclui-se pela existência de fatores no bem-estar subjetivo associados à institucionalização.

Palavras-chave: Bem-Estar Subjetivo; Idosos; Lar de 3ª idade; Serviço domiciliário.

Resumen:

Se compara la percepción subjetiva de bienestar de los mayores residentes en residencias de tercera edad y mayores residentes en sus domicilios, aunque apoyados por servicios de asistencia domiciliaria. La Revised Philadelphia Geriatric Center Scale (PGCMS-R) se administró a una muestra de 60 ancianos institucionalizados en residencias de tercera edad, y 60 no institucionalizados usuarios de los servicios de asistencia domiciliaria. Los resultados mostraron una superioridad en la percepción del bienestar subjetivo de las personas mayores en sus hogares en comparación con los que viven en residencias de tercera edad, y los hombres sobre las mujeres. Mayores activos y integrados en las actividades culturales mostraron una mejor percepción de bienestar subjetivo en comparación con aquellos que desarrollaran sólo actividades pasivas. Llegamos a la conclusión de la existencia de factores de bienestar subjetivo asociados a la institucionalización.

Palabras clave: bienestar subjetivo; mayores; residencias de tercera edad; servicios de asistencia domiciliaria.

INTRODUÇÃO

O Bem-Estar é a reação avaliativa das pessoas à sua própria vida, quer em termos de satisfação com a mesma (avaliação cognitiva), quer em termos de afetividade (reações emocionais estáveis; Carochinho 2004; Novo, 2003; Simões, Ferreira, Lima, Pinheiro, Vieira, Matos, & Oliveira, 2003). Com o crescimento do número de idosos e as possíveis consequências da velhice, vários estudos têm sido realizados com o intuito de descrever os diferentes fatores que interferem no Bem-Estar Subjetivo do idoso (Carriere & Pelletier, 1995). Tais

pesquisas têm demonstrado que o referido constructo sofre a influência de múltiplos fatores de natureza física, sociodemográfica e social, destacando-se fatores sociodemográficos tais como a idade, o estado civil, o género, a saúde e o lazer (Cardoso & Ferreira, 2009; Paúl, 1991; Staudinger, Fleeson, & Baltes, 1999).

No estudo realizado por Paúl (1991), sobre a satisfação de vida em idosos residentes em diferentes contextos, o autor verificou que os idosos residentes em lares apresentam, nos itens relativos à solidão e insatisfação, um maior índice comparativamente com os idosos residentes na comunidade e com os que tinham apoio domiciliário de uma instituição particular de solidariedade social. Os idosos a residir em instituições evidenciaram atitudes mais positivas face ao próprio envelhecimento. Em relação à agitação, os idosos que residem em instituições apresentam menores níveis de agitação.

Assim, torna-se pertinente estudar a relação do Bem-Estar Subjetivo com as variáveis sociodemográficas aqui referidas em idosos de diferentes respostas sociais, Lar e serviço de apoio domiciliário.

METODOLOGIA

Objetivo

Pretendemos analisar a perceção do Bem-Estar Subjetivo de idosos institucionalizados e não institucionalizados, procurando compreender se o contexto em que se insere o idoso influencia os níveis de Bem-Estar Subjetivo.

Amostra

A amostra é constituída por 120 idosos, sendo 44 (36.7%) do género masculino e 76 (63.3%) do género feminino. Encontram-se institucionalizados 60 idosos, residentes em Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) sem fins lucrativos, e outros 60 não se encontram institucionalizados, residindo na comunidade e recebendo apoio domiciliário de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) sem fins lucrativos. As idades compreendem-se entre os 67 e os 99 anos ($M = 80.57$; $DP = 6.96$ anos), registando-se uma maior prevalência de idosos na faixa etária compreendida entre os 76 e os 87 anos. Relativamente ao estado civil, verifica-se um maior número de idosos não institucionalizados casados e um maior número de idosos institucionalizados viúvos. No que respeita às habilitações literárias, 90% dos idosos têm uma escolaridade até ao 4º ano, sendo 25,80% analfabetos e 10% com habilitações superiores ao 4º ano. Vivem sozinhos 23,30%, seguidos de 14,20% que vivem com cônjuge, 10,80% com filhos e, por último, 1,70% com cônjuge e filho(a).

Material

Foi aplicada a versão portuguesa da Escala de Ânimo – “*Revised Philadelphia Geriatric Center Morale Scale*” (PGCMS-R), elaborada por Lawton em 1975 e validada para a população portuguesa por Costa, Diniz e Barrambana (2004), composta por 14 itens dicotómicos (“sim” ou “não”) para avaliar o bem-estar subjetivo dos idosos. Relativamente à cotação é atribuído um ponto sempre que a resposta dada for negativa e zero quando a resposta é positiva, exceto nas questões 9, 11, 12 e 14, em que a cotação é invertida. A cotação total pode variar de 0 a 14, sendo que quanto mais elevada maior é o nível de bem-estar. A escala é composta por três fatores: (1) *Solidão/Insatisfação* ($\alpha = 0,86$; 4 itens), referente à avaliação subjetiva do ambiente e do apoio das redes sociais; (2) *Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento* ($\alpha = 0,68$; 5 itens), que consiste na análise/confronto entre a vida passada e o presente; e (3) *Agitação* ($\alpha = 0,58$; 5 itens), correspondendo às manifestações comportamentais de ansiedade. O índice de consistência interna global é de $\alpha = 0,82$ (14 itens).

Foi também utilizado um questionário sociodemográfico constituído por três grupos: (1) dados pessoais: sexo, idade, habilitações literárias e estado civil; (2) informações referentes à saúde e autonomia física dos idosos; e (3) fatores situacionais: com quem vive o idoso (referente apenas aos idosos não institucionalizados), profissão que antes o idoso exercia, como o idoso ocupava antigamente o seu tempo para além da sua profissão e como ocupa o seu tempo atualmente.

Procedimento

Foram recolhidos os dados dos idosos não institucionalizados e dos idosos institucionalizados em seis lares de 3ª idade. Foi pedido o consentimento por escrito ao Presidente e Direção Técnica de cada instituição, sendo explicado o objetivo do estudo e mostrados os instrumentos a aplicar individualmente, sob orientação da diretora técnica ou da coordenadora de cada Lar. O procedimento adotado foi igual para os idosos não institucionalizados, sendo a aplicação do instrumento feita individualmente na casa do próprio idoso, com o acompanhamento das colaboradoras do serviço de apoio domiciliário.

Análise

O programa selecionado para o tratamento estatístico dos dados foi o SPSS, versão 20.0, para o sistema operativo Windows

RESULTADOS

Verificamos que os idosos não institucionalizados apresentam uma melhor perceção do seu Bem-Estar Subjetivo comparativamente aos idosos inseridos na resposta social Lar de 3ª idade (cf. Quadro 1). Considerando cada uma dos fatores da Escala do Ânimo, constatamos a existência de diferenças significativas nas subescalas Solidão/Insatisfação e Agitação, não se verificando diferenças em relação às Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento: os idosos não institucionalizados, que apenas usufruem do serviço de apoio domiciliário, apresentam pontuações mais favoráveis na Solidão/Insatisfação e na Agitação comparativamente aos idosos residentes em lares de 3ª idade, mantendo ambos Atitudes semelhantes face ao Próprio Envelhecimento.

Quadro 1. Médias (M), desvios-padrão (DP) e valores do teste t para os idosos inseridos nas respostas sociais Lar de 3ª idade (institucionalizados) e serviço de apoio domiciliário (não institucionalizados)

		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Escala do Ânimo	Não Institucionalizados	60	7,20	3,12	5,01	0,00
	Institucionalizados	60	4,26	3,28		
Subescala Atitude Face ao Próprio Envelhecimento	Não Institucionalizados	60	1,58	1,46	1,89	0,06
	Institucionalizados	60	1,10	1,32		
Subescala Solidão/Insatisfação	Não Institucionalizados	60	3,26	1,32	6,86	0,00
	Institucionalizados	60	1,50	1,49		
Subescala Agitação	Não Institucionalizados	60	2,35	1,38	2,74	0,01
	Institucionalizados	60	1,66	1,33		

Os idosos homens apresentam valores médios superiores ao género feminino na Escala do Ânimo, que são devidos exclusivamente à subescala Agitação (cf. Quadro 2). Concluímos que a Agitação é menos intensa no género masculino, já que na cotação da escala é atribuído um ponto sempre que a resposta dada for negativa e zero quando a resposta é positiva.

Quadro 2. Médias, desvio-padrão e valores do teste t em função do Gênero masculino (M) e feminino (F)

	Gênero	N	M	DP	t	p
Escala do Ânimo	M	44	6,70	3,38	2,34	0,02
	F	76	5,17	3,34		
Subescala Atitude Face ao Próprio Envelhecimento	M	44	1,52	1,47	1,07	0,28
	F	76	1,23	1,37		
Subescala Solidão/Insatisfação	M	44	2,63	1,57	1,27	0,20
	F	76	2,23	1,70		
Subescala Agitação	M	44	2,54	1,45	3,33	0,00
	F	76	1,69	1,27		

A influência do estado de saúde, operacionalizada pela quantidade de doenças assinaladas (diabetes, problemas cardíacos, AVC, problemas respiratórios e outros), foi testada pelo coeficiente de correlação Pearson. Obteve-se um $r = -.339, p < .001$, indicador de que quanto menor o número de doenças assinaladas pelos idosos, maior a pontuação na escala do ânimo. Atendendo aos coeficientes de correlação em cada subescala, encontramos um $r = -.288, p = .001$ com a Agitação, um $r = -.339, p < .001$ com as Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento e um $r = -.235, p = .010$ com a Solidão/Insatisfação.

Agrupamos a variedade de atividades de lazer indicadas pelos idosos em atividades passivas e atividades ativas/culturais. O critério usado para a divisão em atividades em ativas/culturais consistiu em agrupar atividades que desenvolvessem a capacidade ao nível da autonomia física (agricultura, jardinagem, ginástica, cuidar da horta) e capacidade intelectual (jogar às cartas, jogar dominó, costurar, fazer renda, ler, escrever, tocar piano, trabalhos manuais) do idoso. Foram consideradas como atividades passivas ver televisão, rezar o terço, estar com os amigos, conversar com os amigos, ou seja, aquelas que requerem um menor esforço tanto a nível intelectual como físico.

Verifica-se na Escala do Ânimo que as médias das atividades de lazer ativas/culturais são superiores às médias das atividades de lazer passivas, o mesmo ocorrendo para as três subescalas constituintes (cf. Quadro 3). Assim, os idosos que realizam atividades de lazer ativas/culturais revelam assim uma melhor percepção de bem-estar subjetivo, acompanhada de atitude face ao próprio envelhecimento mais desejável e de agitação e sentimentos de solidão/insatisfação menos intensos.

Quadro 3. Médias, desvios-padrão e valores do teste t em função das Atividades de Lazer

Atividades de Lazer		N	M	DP	t	p
Escala do Ânimo	Atividades Passivas	66	3,86	2,92	-7,94	0,00
	Atividades Ativas/Culturais	54	8,01	2,75		
Subescala Atitude Face ao Próprio Envelhecimento	Atividades Passivas	66	0,68	0,94	-6,32	0,00
	Atividades Ativas/Culturais	54	2,14	1,47		
Subescala Solidão/Insatisfação	Atividades Passivas	66	1,74	1,68	-5,30	0,00
	Atividades Ativas/Culturais	54	3,16	1,25		
Subescala Agitação	Atividades Passivas	66	1,43	1,21	-5,49	0,00
	Atividades Ativas/Culturais	54	2,70	1,29		

CONCLUSÃO

Concluimos que os idosos inseridos na comunidade/domicílio próprio apresentam uma melhor percepção do seu Bem-Estar Subjetivo. Este resultado vai ao encontro dos apresentados no estudo de Martins (2004), sendo que os idosos residentes na comunidade/domicílio independentemente de usufruírem ou não do serviço de apoio domiciliário apresentam uma qualidade de vida superior aos idosos institucionalizados.

Para o maior Bem-Estar Subjetivo revelado pelos idosos inseridos na comunidade/domicílio poderão ter contribuído as variáveis sociodemográficas, nomeadamente o estado civil de casado e uma idade menos avançada, bem como o facto de receberem apoio domiciliário, sendo esta uma situação que poderá ser favorável a estes idosos, na medida em que lhe são prestados os cuidados de acordo com as suas necessidades. Este apoio prestado através do serviço de apoio domiciliário possibilita que o idoso permaneça mais tempo no seu domicílio ou comunidade (Paúl, 1991, 1997), podendo ser uma vantagem em relação aos idosos inseridos na resposta social de Lar que, apesar de terem mais apoio para realização das atividades básicas da vida diária, este é dado fora do seu domicílio/contexto. Na verdade, a institucionalização pode representar para alguns idosos uma melhoria significativa das suas condições de vida e da sua estabilidade enquanto para outros pode significar uma rutura com o seu espaço físico e relacional, acompanhado por sentimentos depressivos (Pimentel, 2005).

Concluimos que os homens apresentam uma melhor percepção do seu Bem-Estar Subjetivo do que as mulheres. Este resultado é revelador de concordância com as conclusões do estudo de Pinquart e Sorensen (2001, cit. in Fiquer, 2006, p. 25), em que as mulheres apresentam significativamente um menor Bem-Estar Subjetivo do que os homens. Tal situação está relacionada com o facto de as mulheres sofrerem de mais sintomas (Wood, Rhodes, & Whelan, 1986). Concluimos também que os idosos que apresentam um menor número de doenças apresentam uma melhor percepção do seu Bem-Estar Subjetivo. Este resultado vai ao encontro do estudo de Paúl, Fonseca, Martin e Amado (2000), que indicou a saúde como extremamente importante para uma boa satisfação e qualidade de vida.

Os idosos que inseridos em Atividades de Lazer Ativas/Culturais apresentam uma melhor percepção do seu Bem-estar Subjetivo comparativamente aos idosos que desenvolvem atividades de Lazer Passivas. Segundo Sequeira e Silva (2002), os idosos com pouca atividade têm uma atitude mais negativa face ao próprio envelhecimento.

Conclui-se que o presente estudo proporcionou uma visão mais ampla sobre o Bem-Estar Subjetivo dos idosos tendo em conta o contexto e a influência de algumas variáveis sociodemográficas. Deste modo sugerimos que sejam realizados outros estudos deste tipo, contemplado variáveis tais como os fatores personológicos e o nível socioeconómico que parecem, tendo em conta a literatura, influenciar de algum modo o Bem-Estar Subjetivo do idoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cardoso, M. C., & Ferreira, M. C. (2009). Envolvimento Religioso e bem-estar Subjetivo em idosos. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 29 (2), 380-393.
- Carochinho, J. A (2004). Tradução, adaptação e validação de um conjunto de escalas de bem-estar psicológico. In C. Machado, L. Almeida, M. Guisande, M. Gonçalves, & V. Ramalho (orgs), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (Vol. XI, pp. 63-71). Braga: Psiquilibrios.
- Carriere, Y., & Pelletier, L. (1995). Factors underlying the institutionalization of elderly persons in Canada. *The Journals of Gerontology*, 50, 164-172.
- Costa, J. C., Diniz, A. M., & Barrambana, R. (2004). Validação da versão portuguesa da Revised Philadelphia Geriatric Morale Scale (PGCMS-R). In C. Machado, L. Almeida, M. Guisande, M. Gonçalves, & V. Ramalho (orgs), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (vol. X, pp. 546-550). Braga: Psiquilibrios.
- Fiquer, J. T. (2006). *Bem-estar Subjetivo: Influência de variáveis pessoais e situacionais em auto-relato de afectos positivos e negativos*. Dissertação de Mestrado, Instituto de São Paulo, Brasil.

Martins, R. (2004). *Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Estremadura Badajoz, Espanha.

Novo, R. F. (2003). *Para além da Eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Paúl, C. (1991). Satisfação de vida em idosos. *Psychologica*, 8, 61-80.

Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.

Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2000). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paul & A. M. Fonseca (Coords). *Envelhecer em Portugal: Manuais universitários*. Lisboa: Climepsi.

Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família: Contextos e trajetórias* (2 ed.). Coimbra: Quarteto.

Sequeira, A. & Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 20 (3), 505-516.

Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., & Oliveira, A. (2000). O bem-estar Subjetivo: Estado atual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4(2), 243-279.

Staudinger, U., Fleeson, W., & Baltes, P. (1999). Predictors of subjective physical health and global well-being: Similarities and differences between the United States and Germany. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76 (2), 305-319.

Wood, W., Rhodes, N., & Whelan, M. (1986). Sex differences in positive well-being: A Consideration of emotional style and marital status. *Psychological Bulletin*, 106, 249-264.

CONTACTO PARA CORRESPONDÊNCIA

Lisete Mónico, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, lisete_monico@fpce.uc.pt

Influência da atividade física no grau de dependência do idoso

Sérgio Santos¹ & Marlene Moreira²

1. e 2. Doutorandos em Enfermagem Avançada, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa
sergiomiguelsantosenf@gmail.com e marl3n3_moreira@hotmail.com

RESUMO

O Envelhecimento Ativo é uma disciplina em franca expansão, sendo a prática de atividade física cada vez mais usual em populações idosas e adquirindo um papel na promoção da saúde e da qualidade de vida dos idosos. Este estudo comparativo entre populações idosas, praticantes e não praticantes de atividade física utilizou a comparação entre os resultados obtidos na bateria de aptidão física de Fullerton e nas Escalas de Barthel e Lawton.

Os resultados obtidos indicam que o grupo praticante apresentava bons níveis de autonomia para o desempenho das suas Atividades de Vida Diária (AVD's), comparativamente ao grupo não praticante que apresentava maior grau de dependência.

Palavras-Chave: Atividade física; Grau de dependência; Idoso.

RESUMEN

El envejecimiento activo es una disciplina en auge, y la práctica de actividad física cada vez más común en la población de edad avanzada y la adquisición de un papel en la promoción de la salud y la calidad de vida de los ancianos. Este estudio comparativo de la población de edad avanzada, los profesionales y los no profesionales de la actividad física se utiliza para comparar los resultados obtenidos en la batería de la aptitud física en Fullerton y escalas de Barthel y Lawton.

Los resultados indican que el grupo médico mostró un buen nivel de autonomía para la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD's), en comparación con el grupo no practicante que tenía un mayor grado de dependencia.

Tema: Grau de dependência

INTRODUÇÃO

O interesse pelo envelhecimento da população é um fenómeno moderno e universal, sendo por isso importante relacionar a atividade física dos idosos ao grau de dependência nas AVD's.

Tendo como objectivo aprofundar o conhecimento sobre em que medida a atividade física influencia o grau de dependência dos idosos, importa relacionar a sua capacidade funcional com a manutenção da independência nas AVD's.

Dos resultados pretende-se criar uma abordagem preventiva, com o intuito de replicar as estratégias de intervenção, contribuindo assim para a melhoria e manutenção da qualidade de vida dos idosos.

METODOLOGIA:

No sentido de resolver esta problemática, realizou-se um estudo do tipo quantitativo. Na determinação da amostra recorreu-se ao método probabilístico, utilizando a amostragem por cachos.

Foram selecionados 16 utentes, do género feminino, institucionalizados num lar, sendo factores de inclusão, a disponibilidade, a acessibilidade à concretização do estudo, e terem 65 anos ou mais. Foram criados dois grupos. No grupo de praticantes foram incluídas as idosas que praticavam atividade física há pelo menos um ano e com uma frequência superior ou igual a uma vez por semana. No grupo de não praticantes, foram incluídas as utentes que nunca tinham praticado atividade física.

A média etária é de 81 anos, sendo a do grupo praticante de 77,5 anos e a do grupo não praticante 84,6 anos.

A colheita de dados ocorreu em três partes distintas, nomeadamente: 1ª Parte - identificação pessoal, habilitações literárias, estado de saúde e a situação de prática de atividade física; 2ª Parte - bateria de aptidão física funcional de Fullerton, composta pelos seguintes testes: levantar e sentar na cadeira; flexão do antebraço; estatura e peso; sentado e alcançar; sentado, caminhar 2,44m e voltar a sentar; alcançar atrás das costas; e andar seis minutos. Nesta parte, a aplicação dos testes seguiu a ordem apresentada, respeitando com rigor o protocolo (bateria de aptidão física funcional de Fullerton). Para completar a informação recolhida sobre a composição corporal, além da estatura e do peso, foram também registados os valores do Índice de Massa Corporal (IMC), a percentagem de Massa Gorda (% FAT), a percentagem de Massa Muscular (% MUS) e o nível de gordura visceral; 3ª Parte - aplicação das escalas de avaliação do grau de dependência - Índice de Barthel e o Índice de Lawton.

O Índice de Barthel (Mahoney e Barthel, 1965; Wade e Colin, 1988 in Araújo *et al.*, 2007) é um instrumento de avaliação das AVD's (básicas), composto por 10 AVD's, sendo que cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência. A cotação global é feita entre os 0 e os 100 pontos, variando de forma inversamente proporcional ao grau de dependência, ou seja, quanto menor for a pontuação, maior é o grau de dependência. Esta escala, tem a possibilidade de avaliar a capacidade funcional do idoso e determina o grau de dependência de forma global e por actividade.

O Índice de Lawton (Lawton e Brody, 1969) é também um instrumento de avaliação das AVD's (instrumentais), composto por oito atividades: cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, ir às compras, utilização do telefone, utilização de transporte, gestão do dinheiro e gestão da medicação. Cada item terá uma pontuação, em que uma maior pontuação corresponde a um grau de dependência, variando entre 8 a 30 pontos.

ANÁLISE

Os resultados obtidos através da realização da bateria de Fullerton, demonstraram que se verificam melhores valores em todos os testes, à exceção do teste sentado e alcançar, por parte do grupo praticante de AF. O mesmo resultado obteve Teixeira (2005) aquando do seu estudo sobre o efeito da atividade física na autonomia funcional e qualidade de vida. Este mesmo estudo vem confirmar que, os indivíduos que praticam atividade

física apresentam valores superiores de força, resistência dos membros superiores e inferiores, resistência aeróbica, velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico. Deste modo, podemos concluir que a prática de atividade física influencia uma melhor autonomia funcional nos idosos.

Os resultados auferidos pelas escalas de Barthel e Lawton, Borges *et al* (2009), concluíram que, entre os idosos ativos fisicamente, também existe um declínio da capacidade funcional, associado ao processo de envelhecimento, mas de forma mais lenta e intensa que no grupo sedentário. Neste contexto, outro estudo sobre os efeitos de um programa de atividade física (Guimarães *et al*, 2008), concluiu que os idosos obtiveram melhorias na autonomia funcional, repercutindo-se estas melhorias numa menor dificuldade para a realização das AVD's, tornando-se, assim, menos dependentes no contexto social em que vivem.

Ao correlacionar os níveis de aptidão física, nomeadamente no que diz respeito à capacidade cardiorrespiratória apresentou, esta, valores significativos de correlação quando associada ao Índice de Barthel e alta correlação quando emparelhada com o Índice de Lawton. Lobo *et al.* (2007) com o seu estudo sobre a funcionalidade da atividade física verificaram que existe correlação entre a aptidão física e o Índice de Barthel: quanto menor a aptidão física, maior grau de dependência.

Os fortes valores de correlação entre o tempo de prática de atividade física e o Índice de Lawton, sugerem a provável relação existente entre a prática regular de atividade física e a manutenção ou aquisição de bons níveis de autonomia para o desempenho das AVD's durante o processo de envelhecimento, fundamentado pelo estudo de Borges *et al.* (2009).

RESULTADOS

A amostra foi recolhida num lar e é constituída por 16 utentes, exclusivamente do género feminino, por não existir grupo de controlo de praticantes do género masculino, uma vez que estes não aderiram às classes de atividade física.

A idade do grupo praticante varia entre os 71 e os 85 anos, sendo que no grupo não praticante, varia entre os 74 e os 94 anos. No que diz respeito ao estado civil, 56,2% são viúvas, 25% são solteiras e 18,8% são casadas.

Foi feita uma análise sumária da sua constituição física/composição corporal (IMC, %FAT, %Mus), mas não se observaram diferenças significativas entre as variáveis em análise.

Foi aplicada a bateria de teste de aptidão funcional de Fullerton a ambos os grupos. O grupo praticante obteve melhores resultados, em todos os todos os testes, excepto no teste "sentar e alcançar".

Relativamente ao Índice de Barthel, os grupos apresentam níveis iguais de dependência, demonstrando ser independentes nas tarefas de alimentação, higiene corporal, controlo intestinal e deambulação. Na tarefa do banho o grupo sedentário apresentou pior resultado, revelando maior dependência.

Globalmente a avaliação do Índice de Barthel indica que todos os elementos do grupo praticante são independentes contrapondo com o grupo não praticante, onde 25% foi considerado ligeiramente dependente.

CONCLUSÃO:

Mesmo sabendo que a amostra de 16 idosos, não é representativa não podendo assim ser extrapolada para a população, conclui-se que, o grupo de idosas sedentárias revela maior nível de dependência nas AVD's, nomeadamente nas atividades do banho, cuidar da casa, preparar refeições, usar o telefone e usar o dinheiro, pois existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Estas conclusões apresentam alguma fragilidade uma vez que a diferença média de idades entre os grupos é algo exagerada, o que pode influenciar os resultados. Este dado é sustentado por estudos que indicam que o fator idade pode influenciar o grau de dependência/funcionalidade, uma vez que tendencialmente os indivíduos mais velhos apresentam menores valores de funcionalidade e tendencialmente maiores níveis de dependência.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2 (25), p. 59-66.

Borges, M. & Moreira, A. (2009). Influências da prática da atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVD's e AIVD's entre os idosos ativos fisicamente e idosos sedentários. *Motriz, Revista de Educação Física*, 3 (15), p. 562-573.

Guimarães, A., Rocha, C., Gomes, A., Cader, S. & Dantas, E. (2008). Efeitos de um programa de atividade física sobre o nível de autonomia de idosos participantes do programa de saúde da família. *Fitness Performance*, 7 (1), 5-9.

Lawton, M.P. & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.

Lobo, A. & Pereira, A. (2007). Idoso Institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão Física. *Referência*, 4 (3), 61-67.

Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. 14, 6-65.

Teixeira, L. (2005). *Atividade física, Autonomia funcional e Qualidade de Vida – Efeito da atividade física na autonomia funcional e na qualidade de vida, em idosos a residir no conselho de Câmara de Lobos*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade do Porto.

Wade, D. T. & Collin, C. (1998). The Bartel Index: a standart measure of physical disability? *Disabil. Stud.* (10), 64-7.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Sérgio Miguel Pereira Santos, Doutorando em Enfermagem Avançada, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa; sergiomiguelsantosenf@gmail.com

Marlene Azevedo Moreira, Doutoranda em Enfermagem Avançada, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa; marl3n3_moreira@hotmail.com

Cuidar de cuidadores de pessoas idosas dependentes: concepção, implementação e avaliação de um programa psicoeducacional

Margarida Abreu*; Alcione Silva**; Nilza Costa**

*Escola Superior de Enfermagem do Porto

**Universidade de Aveiro

Resumo:

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo pesquisa-ação integral, com o objetivo de elaborar, implementar e avaliar uma estratégia de intervenção destinado a familiares cuidadores de pessoas idosas dependentes, inscritas numa unidade de saúde familiar na Trofa. Teve como ponto de partida a identificação das características e necessidades destes familiares cuidadores, a qual apontou para a necessidade da implementação de um programa psicoeducacional. Participaram 18 familiares cuidadores de pessoas idosas dependentes inscritas na referida unidade de saúde. Os dados foram obtidos através da observação direta, diário de bordo, questionários, aplicados antes e após cada sessão, e entrevista semiestruturada, no final do estudo, para avaliar o processo e o produto final do programa. Os resultados mostraram que o programa satisfaz as necessidades da maior parte das pessoas cuidadoras, permitiu discutir assuntos relacionados com o seu papel de cuidador, facilitou mudanças nas suas competências para cuidar e no seu estado de saúde. Os resultados mostraram ainda que as barreiras situacionais e psicossociais constituíram a maior limitação do nosso programa. Face a estas barreiras, o programa desenvolvido teve um elevado nível de absentismo. Assim, são necessários ajustamentos no programa para abranger mais familiares cuidadores e continuar a investigação e a intervenção na área.

Palavras - chave: programa psicoeducacional; familiar cuidador; pessoa idosa dependente.

Resumen:

Se trata de un estudio cualitativo, del tipo investigación acción integral, con el objetivo de desarrollar, implementar y evaluar una estrategia de intervención dirigido a los cuidadores familiares de personas mayores dependientes inscritos en una unidad de la salud familiar. Tuvo como punto de partida la identificación de las características y necesidades de los cuidadores familiares, que señaló la necesidad de implementación de un programa psicoeducacional. Aceptaron participar 18 cuidadores familiares. Los datos se obtuvieron a través de la observación directa, del diario, cuestionarios, administrados antes y después de cada sesión, y de la entrevista semiestructurada al final del estudio, con el fin de evaluar el proceso y el producto final del programa. Los resultados mostraron que el programa ha satisfecho las necesidades de la mayoría de las personas cuidadores, permitido discutir cuestiones relacionadas con su papel de cuidador, facilitado los cambios en sus habilidades para el cuidado y en sus estados de salud. Los resultados también mostraron que las barreras situacionales y psicosociales constituyen una limitación importante de nuestro programa. Dadas estas barreras el programa mostró un alto nivel de absentismo. Por lo tanto, es necesario ajustes en el programa para incluir a más cuidadores familiares y continuar la investigación y la intervención en el área.

Palabras-clave: programa psicoeducativo; cuidador familiar; personas mayores dependientes.

INTRODUÇÃO

As recentes tendências demográficas, tais como o aumento da longevidade, a prevalência de doenças crônicas, a percentagem de pessoas idosas com problemas de memória, os custos com os cuidados de saúde e a diversidade de população têm importantes implicações para as famílias (Monahan, Haigler & Toseland, 2011). Para estes autores uma consequência desta mudança demográfica é que muitas pessoas tornar-se-ão cuidadoras dos seus pais, dos seus cônjuges ou mesmo de ambos.

Segundo Monahan (2011) cuidar tornou-se uma fase normativa da idade adulta. Os familiares cuidadores desempenham um papel crítico e, normalmente, prestam cuidados complexos, tais como a avaliação e a gestão de sintomas, os cuidados de higiene e a administração de medicação (Hudson et al., 2008). As razões para cuidar são muito variáveis. No entanto, quer seja motivado por obrigação ou por generosidade, as exigências do papel de cuidador têm consequências físicas, psicológicas e financeiras para a pessoa cuidadora (Monahan et al., 2011).

A forma como as pessoas cuidadoras gerem as tensões associadas ao cuidar é fundamental para o seu próprio bem-estar e para a sua capacidade de prestar cuidados. Lewis et al. (2009) referem que se a saúde e o bem-estar das pessoas cuidadoras forem ameaçados, aumenta a probabilidade de institucionalização das pessoas cuidadas. Estes autores acrescentam que é fundamental manter os cuidadores familiares saudáveis e capazes de prestar cuidados para a manutenção do sistema de cuidados de saúde a longo prazo. Os autores ainda preveem que com o envelhecimento da população, esta problemática vai adquirir cada vez mais importância nas próximas décadas.

Nas últimas duas décadas, para ajudar os indivíduos e famílias a compreender e a assumir as suas responsabilidades como cuidadores, foram desenvolvidos variados programas, como por exemplo, de apoio social, emocional e educacional e para descanso das pessoas cuidadoras, permitindo que estas disponham de tempo livre para si (Monahan et al., 2011). Alguns programas utilizam as telecomunicações e as tecnologias da informação para fornecer informações sobre saúde, educação e apoio aos familiares cuidadores.

Os programas psicoeducacionais (PPE) mostraram-se efetivos em diminuir a sobrecarga da pessoa cuidadora, aumentar a sua qualidade de vida e o seu conhecimento acerca dos sintomas apresentados pela pessoa cuidada (Hudson et al., 2008; Lewis et al., 2009; Lindolpho et al., 2011).

Contextualização do estudo

A presente pesquisa é parte de um estudo de maior dimensão, intitulado “Cuidadores informais do idoso: do levantamento das necessidades ao desenvolvimento de estratégias de intervenção”, que resultou de uma parceria entre a Universidade de Aveiro e uma unidade de saúde familiar (USF) da Trofa, e foi financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (Referência: PTDC/CPE-PEC/103858/2008). O concelho da Trofa situa-se na Região Norte de Portugal, tem cerca de 38.999 habitantes, distribuídos por oito freguesias com características rurais. A USF abrange quatro das oito freguesias, com um universo total de 10.790 utentes e conta com os seguintes profissionais: quatro médicos, seis enfermeiros e cinco administrativos. As razões desta escolha deveu-se ao facto deste concelho ser considerado um dos que possui menor qualidade de vida no País (Manso, 2012) e da USF não possuir uma resposta consistente e estruturada para as pessoas cuidadoras.

A primeira etapa do estudo teve como objetivo, identificar as características e as necessidades das pessoas cuidadoras de pessoas idosas dependentes e a segunda, elaborar, implementar e avaliar estratégia de intervenção. Na primeira etapa, os(as) participantes do estudo foram definidos de acordo com as informações fornecidas pela USF. Das 1.654 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos inscritas na USF, foram selecionadas 80 pessoas idosas dependentes apoiadas por familiares cuidadores, das quais 55 dos seus familiares cuidadores aceitaram participar no estudo.

Para conhecer as características e as necessidades das pessoas cuidadoras foi aplicado o *Carers of Older People in Europe* (COPE) Index (McKee et al., 2003). Este instrumento foi concebido no âmbito de um projeto europeu, com os objetivos de: (i) desenvolver uma avaliação breve, orientada para medir o grau de satisfação e de descontentamento de pessoas cuidadoras informais, na sua tarefa de cuidar a pessoa idosa e (ii) ajudar a traçar um perfil das necessidades da pessoa que cuida. O processo de tradução linguística do COPE Index foi realizado em Portugal por Figueiredo & Sousa (2002).

Os resultados deste estudo revelaram que 42% das pessoas cuidadoras tinham idade compreendida entre os 51 e os 71 anos; 91% eram do sexo feminino; 82% eram casadas ou viviam em união de fato; 89,1% não tinham nenhuma outra ocupação e 63,1% concluíram o 1º ciclo do ensino básico ou 4ª classe. Relativamente à relação da pessoa cuidadora com a pessoa idosa, 38,2% era filho(a) e 33% cônjuge. Quanto ao tempo de prestação de cuidados à pessoa idosa, 56,4% (n=31) cuidava entre 0 a 3 anos e 44% entre 3 a mais de 9 anos. No que concerne à opinião das pessoas cuidadoras acerca do efeito negativo da prestação de cuidados na sua saúde física e emocional, uma percentagem acumulada de 89,1% revelaram que “por vezes” e “muitas vezes” existia um efeito negativo na sua saúde física, e uma percentagem acumulada de 85,5% manifestou que “por vezes” e “muitas vezes” vivenciavam um efeito negativo no bem-estar emocional. Um outro aspecto importante a considerar foi o fato da totalidade das pessoas cuidadoras afirmarem não receber nenhum tipo de apoio dos serviços sociais ou de saúde. Em relação às necessidades sentidas pelas pessoas cuidadoras, 51,4% manifestaram necessidade de formação e apoio para prestar cuidados e 28,4% manifestaram necessidade de apoio psicológico/emocional.

Estes resultados revelaram que esta população de cuidadores necessitava de um apoio sistemático para cuidar de forma mais efetiva de seus familiares. Deste modo, a segunda parte do estudo teve como objetivo: elaborar, implementar e avaliar um PPE dirigido a familiares cuidadores de pessoas idosas dependentes inscritas numa USF da Trofa. Neste estudo, abordaremos a segunda parte do estudo, acima especificada.

METODOLOGIA

Como metodologia optamos pela pesquisa-ação integral (PAI), segundo o modelo de Morin (2004). De acordo com este modelo, adotamos neste estudo quatro conceitos que lhe dão sustentabilidade: (i) o contrato (negociação ou entendimento deliberadamente aceite pelas partes); (ii) a participação (exige envolvimento pessoal, abertura à atividade humana, sem relação de dependência, onde o diálogo prevalece nas relações de cooperação ou colaboração); (iii) a mudança (cujo objetivo central é tornar complementar a ação e o discurso em torno de uma dada problemática); e (iv) o discurso (que se vincula ao vivido e facilita a consciencialização).

Desenvolvimento da PAI

O estudo teve início após a sua aprovação pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte (parecer nº 144.2011).

O recrutamento das pessoas cuidadoras foi realizado através da divulgação do estudo pelos profissionais e pesquisadores, bem como de cartazes afixados na USF. Os critérios de seleção das pessoas participantes foram: (i) Ser cuidador de uma pessoa idosa dependente, com 65 ou mais anos, inscrita na USF da Trofa; (ii) Aceitar participar no estudo e assinar o termo de consentimento livre e informado; (iii) Ter idade superior a 18 anos; e (iv) Ser cuidador há mais de 6 meses.

Os participantes iniciais do nosso estudo foram as 24 pessoas cuidadoras informais de pessoas idosas dependentes, inscritas na referida USF que negociaram e assinaram o contrato por nós proposto. Destes apenas 18 participaram do estudo.

As etapas de elaboração e implementação do programa resultaram de um planeamento entre formadora¹ e familiares cuidadores das pessoas idosas.

Avaliação do PPE

A mudança constitui a finalidade da PAI. Esta manifestou-se no discurso desenvolvido para resolver ou colocar um problema. Como mudanças esperadas, referimos as seguintes: que a pessoa cuidadora manifeste consciência do seu estado físico, social e emocional; importância a cuidar de si própria e aumento das suas

¹ A formadora, primeira autora deste estudo, é enfermeira, professora de Enfermagem e no desenvolvimento do programa contou com a colaboração de um nutricionista, de três enfermeiras da USF e de uma bolseira da Universidade de Aveiro.

competências como cuidadora.

Técnicas de colheita de dados

As técnicas de colheita de dados utilizadas foram a observação direta do cuidado desenvolvido por familiares cuidadores, o diário de bordo (Morin, 2004), questionários, aplicados antes e após cada sessão e a entrevista semiestruturada para avaliar o processo e o produto final do PPE. O guião da entrevista semiestruturada foi constituído por duas partes: a primeira, incluía itens relativos à caracterização dos(as) participantes; a segunda, questões sobre o contexto familiar, o processo de aprendizagem e a adesão ao programa. As entrevistas foram gravadas em sistema audio e transcritas, posteriormente. A maioria decorreu em casa da pessoa idosa dependente e teve uma duração média de uma hora.

ANÁLISE

A análise dos dados focou-se, no presente estudo, nas entrevistas e foi realizada através da análise de conteúdo de Bardin (2004). Esta pressupôs as seguintes fases: pré análise (foi realizada a leitura e releitura das narrativas obtidas); exploração do material (o material foi classificado em sistemas de unidades de significado reunidos de acordo com sua significação e estabelecendo desta forma as categorias que emergiram das narrativas) e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (atribuímos significados aos resultados brutos através de recortes e do estabelecimento das unidades de significados e, após, a interpretação destes resultados).

RESULTADOS

Características dos(as) participantes

A idade média das pessoas cuidadoras foi de 53,3 anos; a maioria era mulher (N=17); casada (N=13); com baixo nível de escolaridade (1º ciclo) (N=13); apenas uma estava empregada; oito eram filhas da pessoa idosa dependente e sete cuidavam entre 6 e 11 anos.

Elaboração do PPE

Durante o mês de outubro de 2011, convidamos as pessoas cuidadoras a participar numa reunião agendada para o mês de novembro. Nesta reunião, procuramos dar resposta às duas primeiras dimensões do modelo de Morin (2004): contrato e participação. Assim, solicitamos às pessoas cuidadoras que assinassem o contrato e, às que assinaram, que refletissem sobre as necessidades identificadas anteriormente e que gostariam de ver satisfeitas, por ordem de prioridade e marcamos novo encontro para o mês de dezembro. No segundo encontro, a partir da discussão com o grupo, foi possível hierarquizar as suas necessidades e elaborar, em conjunto, as dimensões do programa, através da negociação do número de sessões do programa (onze, de duas horas cada), a sua duração (11 meses), os temas a abordar (Cuidados de higiene à pessoa idosa dependente; Mobilidade da pessoa idosa dependente; Alimentação saudável; Preparação e administração de medicação; Sentimentos e emoções da pessoa cuidadora e Técnicas de relaxamento para o seu bem-estar I e II) e o local (a USF).

Implementação do PPE

De acordo com a proposta das pessoas cuidadoras, o programa decorreu entre janeiro e outubro de 2012. Durante o período de implementação do programa, constatamos, através da entrevista, que a maior parte das pessoas participaram para “Aprender”; seguido pelo “Incentivo dos profissionais de saúde” da USF; “Curiosidade”; “Apoio emocional” e “Expectativa de apoio financeiro”. Deparamo-nos também com um baixo nível de participação (apenas cinco pessoas cuidadoras assistiram a 75% das sessões).

Avaliação do PPE

A avaliação do programa focou-se nas duas dimensões seguintes: (a) as vantagens e desvantagens do programa e (b) as mudanças no discurso. Em relação às *vantagens do programa*, emergiram quatro categorias, que de seguida explicitamos e ilustramos através de extratos das pessoas entrevistadas.

1) “Satisfação das necessidades informacionais”

Muitos(as) cuidadores(as) esperavam que a sua participação em programas lhes permitissem aumentar os seus conhecimentos para assumirem as suas responsabilidades de forma mais efetiva (Monahan et al., 2011). Os discursos de onze participantes incluíam-se nesta categoria, conforme se ilustra: “Ajuda e ensina as pessoas, ajuda a orientar as pessoas que têm pessoas que já estão acamadas” (C9).

2) “Interação com outras pessoas cuidadoras”

Os(as) participantes valorizavam a oportunidade de conhecer outras pessoas cuidadoras e partilhar as suas experiências com pessoas confrontadas com a mesma situação (Hudson et al., 2008). Dos seis participantes que partilharam esta opinião, um referiu: “Saber que tinha ali um grupo de apoio e que a qualquer momento poderia falar e pedir a opinião e pedir alguma ajuda fosse para o meu sogro, fosse diretamente para mim” (C11).

3) “Redução de stress”

Segundo (Monahan, 2011), cuidar tornou-se uma atividade e um *status* de transição que pode alterar a rede social das pessoas cuidadoras e o seu bem-estar psicológico. No nosso estudo, apenas o discurso de uma participante se incluiu nesta categoria: “... até se vem mais aliviada, mais alegre, já não pensamos em nada” (C12).

4) “Não encontrei vantagens”

Alguns autores salientam que há pessoas que, fruto dos seus valores e das suas atitudes, não estão predispostas à aquisição de conhecimentos (Lavoie et al., 2004; Monahan, 2011). Li & McLaughlin (20012) salientam o facto de pessoas cuidadoras informais não reconhecerem totalmente as suas necessidades e não compreenderem a importância dos programas. No presente estudo, quatro manifestaram não ter encontrado vantagens no programa. Uma pessoa cuidadora justifica: “Está tratada como deve de ser, não preciso aprender a tratar dela” (C8).

Relativamente às *desvantagens do programa*, a maior parte das pessoas cuidadoras não encontrou desvantagens (N=13); três pessoas apontaram como desvantagem as “Barreiras situacionais”, ou seja, o preço do transporte e a falta de tempo devido ao seu papel de cuidadora. É exemplo desta última o seguinte discurso: “O meu marido foi internado, há coisa de dois meses, com uma pneumonia. Ele depois veio, tinha que tomar conta dele” (C12). Duas referiram “Barreiras psicossociais”, ou seja, falta de interesse na aquisição de conhecimentos e as crenças e os valores acerca do processo educativo, como ilustra a narrativa: “Se eu fosse para lá e visse coisas que eu não soubesse (silêncio) e fosse para aprender...” (C13).

Para avaliar a mudança pela *transformação do discurso*, questionamos o grupo de participantes acerca da contribuição do programa para alguma mudança no seu dia-a-dia. Metade das pessoas cuidadoras manifestou mudanças e dos seus discursos emergiram as seguintes categorias:

1) “Competências para cuidar”

Nove das pessoas cuidadoras manifestaram mudanças nas suas competências para cuidar. Como referimos anteriormente, algumas pessoas cuidadoras esperavam que a sua participação em programas lhes permitissem melhorar os seus conhecimentos para assumirem as suas responsabilidades de forma mais efetiva (Monahan et al., 2011). Neste sentido, os motivos para estas pessoas cuidarem eram tipicamente positivos e proativos. O discurso de uma participante ilustra esta categoria “A cama onde estava a D. R. era articulada, em vez de estar a puxar pelas costas, a parte das costas da cama dela era articulada e assim já a punha sentadinha e já lhe dava a comida, dava tudo” (C6).

2) “Estado de saúde da pessoa cuidadora”

Cinco participantes revelaram mudanças, no seu estado de saúde. Uma revelou “Agora já me sinto melhor. Eu andei muito ruim, andei muito ruim” (C5).

3) “Não refere mudanças”

Em relação à outra metade das pessoas participantes que não referiu mudanças, é importante salientar que apenas uma assistiu a 75% do programa. Uma das pessoas cuidadoras refere “Para já a minha mãe (pessoa idosa dependente), pronto, ainda vai lidando, ainda vai lidando” (C9).

CONCLUSÃO

Os resultados mostraram que o programa satisfaz as necessidades de informação da maior parte das pessoas cuidadoras, permitiu discutir assuntos relacionados com o seu papel de cuidador e melhorar o seu estado de saúde. Mostrou ainda que as barreiras situacionais e psicossociais constituíram a maior limitação do nosso programa. Estes resultados indicam a necessidade de ajustamentos ao programa para abranger mais familiares cuidadores e continuar a investigação e a intervenção na área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARDIN, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- FIGUEIREDO, D., & SOUSA, L. (2002). CUIDE (Cuidadores de Idosos na Europa): um instrumento de avaliação das necessidades dos prestadores informais de cuidados a idosos. *Psychologica*, 51, 155-159.
- HUDSON, P. et al. (2008). Evaluation of a psycho-educational group programme for family caregivers in home-based palliative care. *Palliative Medicine*, 22, 270-280.
- LAVOIE, N. et al. (2004). *Obstacles à la participation des adultes peu scolarisés à des activités de formation dans un cadre de education formel et non formel*. Québec: Bibliotheque Nationale du Canada.
- LEWIS, S. L. et al. (2009). A Stress-Busting Program for Family Caregivers. *Rehabilitation Nursing*, 34 (4), 151-159.
- LI, L. W., & MCLAUGHLIN, S. J. (2012). Caregiver confidence: does it predict changes in disability among elderly home care recipients? *The Gerontologist*, 52, (1), 79-88.
- LINDOLPHO, M. C. et al. (2011). Programa para cuidadores com demência: um relato de experiência. *Enfermería Global*, 10 (22), 1-8.
- MANSO, J. R. P. (2012). *Os municípios e a qualidade de vida (2012)*. Santa Maria: Universidade da Beira Interior, (Observatório para o Desenvolvimento Económico e Social).
- MCKEE, K. J. et al. (2003). The COPE index--a first stage assessment of negative impact, positive value and quality of support of caregiving in informal carers of older people. *Aging & Mental Health*, 7 (1), 39-52.
- MONAHAM, D. J. (2011). Utilization patterns of caregiver education and support programs. In TOSELAND, R. W.; HAIGLER, D. H., & MONAHAM, D. (Eds.). *Education and support programs for caregivers. Research. Practice. Policy*. (pp. 29-43). New York: Springer.
- MONAHAM, D. J., HAIGLER, D. H., & TOSELAND, R. W. (2011). Introduction. In TOSELAND, R. W.; HAIGLER, D. H., & MONAHAM, D. (Eds.). *Education and support programs for caregivers. Research. Practice. Policy*. (pp. 29-43). New York: Springer.
- MORIN, A. (2004). *Pesquisa-ação integral e sistémica – uma antropologia renovada*. Rio de Janeiro: DP&A editora.

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA

Margarida Abreu, Escola Superior de Enfermagem do Porto, mabreu@esenf.pt

Curso básico para cuidador de idosos: Uma forma de capacitação dos cuidadores formais e informais.

Fayanne Schaustz¹, Janiciene de Souza Silva² & Roberta Parreira³

1. Enfermeira Gerontóloga do Centro de Estudos e Pesquisa do Envelhecimento
2. Enfermeira Pós Graduada em Atenção a Saúde da Pessoa Idosa do Centro de Estudos e Pesquisa do Envelhecimento/Instituto Vital Brasil
3. Geriatra do Centro de Estudos e Pesquisa do Envelhecimento

Resumo:

O envelhecimento atual da população está acontecendo em proporções muito rápidas nos últimos anos em consequência da redução da taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida consequente dos avanços tecnológicos e mudanças no cotidiano da população como: alterações na estrutura familiar. O Curso de Capacitação para Cuidadores de Idosos é uma ação do Centro de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento do Rio de Janeiro/Brasil (CEPE/RJ) que pertence ao Instituto Vital Brasil (IVB/RJ) e Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro, tendo como objetivo sensibilizar e capacitar o cuidador de idosos para o cuidado básico ao idoso em regime domiciliar nos aspectos relacionados ao envelhecimento, comunicação, alimentação, segurança, higiene e conforto, integridade da pele, mobilidade, lazer, cuidado com os medicamentos. Utilizam-se técnicas didáticas, tais como diálogo em grupo, mensagens de motivação e de sensibilização sobre o cuidado humanizado. De 2012 a 2013 foram realizadas 27 capacitações, de 8 horas cada uma, no município do Rio de Janeiro, tendo sido contabilizados 767 participantes. Os profissionais de saúde têm o compromisso com os idosos, de ajudá-los e de conseguir um êxito no cuidado de acordo com as possibilidades do conhecimento técnico-científico, das capacidades humanas, do contexto profissional e dos recursos disponíveis através da capacitação aos cuidadores.

Palavras-chave: Cursos de capacitação, Cuidadores, Idosos.

Resumen:

El envejecimiento de la población está ocurriendo muy pronto en los últimos años como resultado de la reducción de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida como [efectos](#) de los avances tecnológicos y los cambios en la vida cotidiana de la población por lo tanto, con modificaciones en la estructura familiar. El Curso de Formación de Cuidadores de Personas Mayores es una acción del Centro de Estudios e Investigaciones sobre el Envejecimiento de Río de Janeiro / Brasil (CEPE / RJ), que pertenece al Instituto Vital Brazil (IVB / RJ) y el Departamento de Salud de Río de Janeiro, con el objetivo de sensibilizar y educar a los cuidadores para la atención básica de personas mayores y sus conceptos básicos en los domicilios acerca de los aspectos relacionados con la comunicación, la seguridad, la higiene y la comodidad, los cuidados con la piel de las personas de edad, la movilidad, el ocio de los cuidadores, así como el cuidado con la administración de los fármacos. Utilizan técnicas de enseñanza como el diálogo de grupo, mensajes de motivación y sensibilización de la atención humanizada. De 2012 a 2013 se llevaron a cabo 27 de entrenamiento de 8 horas cada uno, en el municipio de Río de Janeiro, y se registraron 767 participantes. Profesionales de la salud se han comprometido a la tercera edad, para ayudarles a alcanzar el éxito y la atención de acuerdo con las posibilidades de los conocimientos técnicos y científicos, las capacidades humanas, el contexto profesional y los recursos disponibles para los cuidadores a través de la formación.

Palabras clave: educación, cuidadores, personas mayores.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento atual da população está acontecendo em proporções muito rápidas nos últimos anos em consequência da redução da taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida consequente dos avanços tecnológicos e mudanças no cotidiano da população, como alterações na estrutura familiar.

De acordo com Schmidt et al. (2011, p. 61) as doenças crônicas têm incidência e prevalência aumentadas com o envelhecimento, prejudicando e, por vezes, impedindo a autonomia do idoso para a realização das atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) e/ou atividades básicas de vida diária (AVDs), o que suscita a presença de um cuidador, muitas vezes, 24 horas por dia.

Ao decidir assumir ou ser obrigado a proceder os cuidados do idoso, o cuidador imagina ser capaz de realizá-los. Entretanto, com o passar do tempo, o mesmo tem que abrir mão de suas necessidades pessoais juntamente com a evolução do processo de fragilização do seu idoso, exigindo cada vez mais atenção e cuidados do cuidador. Quando esse cuidador é um familiar à situação é ainda mais delicada, pois ele sente-se sozinho e percebe que precisa de ajuda e apoio, como também sente a necessidade de dividir a responsabilidade com outros cuidadores. Além disso, o envolvimento emocional com o idoso traz situações por vezes, adversas, que também o deixa sensibilizado com a situação.

De acordo com Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), sob o número 5162, as principais tarefas do cuidador de idosos incluem estimular e ajudar na alimentação, auxiliar nos cuidados de higiene, na locomoção e atividades físicas, incentivar atividades de lazer e ocupacionais, realizar acomodação na cadeira de rodas e na cama, administrar medicamentos conforme prescrição e orientação dos profissionais de saúde.

O bom cuidador, seja ele informal ou formal, é aquele que estimula e auxilia o idoso nas suas atividades, não realizando por ele aquilo que o mesmo ainda consegue fazer.

METODOLOGIA

O Centro de Estudos e Pesquisa do Envelhecimento (CEPE) está vinculado ao Instituto Vital Brazil/Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro e tem como um dos seus objetivos a capacitação. O CEPE realiza duas vezes por mês a capacitação gratuita para cuidador de idosos com carga horária de 8h, afim de sensibilizar e ensinar noções fundamentais para o cuidado à pessoa idosa tendo como público alvo pessoas leigas. As aulas são ministradas por enfermeiros e fisioterapeutas.

A capacitação para cuidador intitulada “Noções básicas do cuidado ao idoso” é dividida em dois momentos. O primeiro é teórico e aborda questões sobre o envelhecimento da população, saúde física e mental do cuidador, alterações normais do envelhecimento, cuidados com a alimentação e medicação, prevenção de queda e casa segura, com o objetivo de demonstrar os principais cuidados com a pessoa idosa. Já o segundo momento é prático e aborda as questões de higiene corporal do idoso dependente, troca de fraldas, troca da roupa de cama, mudança de decúbito e transferências, com o objetivo de demonstrar a prática adequada dos procedimentos para promover a segurança e saúde do idoso, bem como otimizar o trabalho do cuidador.

Nas atividades realizadas pelos profissionais busca-se sensibilizar as famílias e a comunidade, em relação à valorização do idoso e de sua experiência de vida.

Os profissionais de saúde têm o compromisso com os idosos, de ajudá-los e de conseguir um êxito no cuidado de acordo com as possibilidades do conhecimento técnico-científico, das capacidades humanas, do contexto profissional e dos recursos disponíveis, através da capacitação aos cuidadores. Têm um compromisso, também, de respeitar e fazer respeitar os princípios de cada idoso, bem como a maneira de expressar o significado da velhice e envelhecer para cada um dos idosos.

Descobrir ou criar razões que dêem significado à vida dos idosos parece ser uma questão sempre presente nas ações dos profissionais que se dedicam ao cuidado a eles, independente do contexto onde se inserem (FREITAS, 2010).

RESULTADOS

Entre março de 2012 à maio de 2013 foram realizadas 27 capacitações no Centro de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento/RJ relacionado aos aspectos fundamentais para o cuidado ao idoso.

Tabela 1 - Número de participantes em cada curso

Número de capacitações	Número de participantes
Curso 1	28
Curso 2	15
Curso 3	27
Curso 4	30
Curso 5	33
Curso 6	32
Curso 7	36
Curso 8	32
Curso 9	19
Curso 10	33
Curso 11	20
Curso 12	33
Curso 13	28
Curso 14	10
Curso 15	30
Curso 16	27
Curso 17	31
Curso 18	20
Curso 19	43
Curso 20	30
Curso 21	28
Curso 22	48
Curso 23	29
Curso 24	38
Curso 25	19
Curso 26	21
Curso 27	27
Número total de participantes de março 2012 à maio 2013 : 767	

O Curso de capacitação tem como público-alvo os cuidadores leigos de idosos, muito embora nos cursos ministrados tenha havido a participação de agentes comunitários de saúde (ACSs), técnicos em enfermagem, profissionais de saúde de nível superior como enfermeiro, fisioterapeuta e psicólogo.

Os Cursos de Capacitação para Cuidadores de Idosos são, portanto, um trabalho educativo contínuo com a população, que possibilita a promoção do conhecimento acerca do cuidado ao idoso e suas especificações.

CONCLUSÃO

Nas atividades realizadas pelos profissionais busca-se sensibilizar as famílias e a comunidade, em relação à valorização do idoso e de sua experiência de vida.

As sobrecargas físicas e psíquicas a que os cuidadores de idosos estão expostos não raro, levam à má qualidade de vida desses indivíduos. Problemas sociais, piora da saúde física são impactos mais comuns principalmente no cuidador familiar desta forma, o curso se faz necessário para promover a socialização e bem estar do idoso e sua família.

Os profissionais de saúde têm o compromisso com os idosos, de ajudá-los e de conseguir um êxito no cuidado de acordo com as possibilidades do conhecimento técnico-científico, das capacidades humanas, do contexto profissional e dos recursos disponíveis através da capacitação aos cuidadores. Têm um compromisso, também, de respeitar e fazer respeitar os princípios de cada idoso.

Descobrir ou criar razões que dêem significado a vida dos idosos parece ser uma questão sempre presente nas ações dos profissionais que se dedicam ao cuidado a eles, independente do contexto onde se inserem (FREITAS, 2010).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUGUSTO, F. M. F.; DA SILVA, I. P. & VENTURA, M. de M (novembro/ 2009). *Filhos cuidadores: escolha, mudanças e desafios*. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, v.12(2): 103-18, em http://www.crinorte.org.br/_arquivo/pdf_artigo/22.pdf

FREITAS, M. C. de; Queiroz, T. A. & SOUZA, J. A. V. de (2010). *O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos*. Rev Esc Enferm USP; 44(2):407-12, em www.ee.usp.br/reeusp

SCHMIDT, M. I et al (maio/2011). *Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais*. Saúde no Brasil 4, [S.l], p. 61-74, em <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>

CONTATO PARA CORRESPONDÊNCIA :

Autor: Fayanne Schaustz Bom

Filiação: Centro de Estudos e Pesquisas do Envelhecimento do Rio De Janeiro/ Instituto Vital Brasil/ Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Correio eletrônico: fayschaustz@gmail.com

Capacitar os familiares cuidadores para cuidar em casa da pessoa em fim de vida

Machado Vanessa¹, Garcia Elisa²

¹Enfermeira do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, E.P.E.

²Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Resumo:

Os familiares cuidadores são membros da família que cuidam da pessoa dependente, sendo o seu papel particularmente pertinente no actual contexto de envelhecimento e elevada mortalidade por doenças crónicas da população portuguesa. Os familiares da pessoa em fim de vida constituem uma subpopulação vulnerável, na medida em que as exigências do papel podem implicar risco aumentado de morbilidade e mortalidade e, por outro lado, condicionar o desenvolvimento de competências para cuidar. A enfermagem comunitária encontra-se especialmente habilitada para capacitar os familiares cuidadores, através da promoção da saúde e prevenção da doença.

Este projecto, realizado num dos Agrupamento de Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), I.P., com 11 familiares cuidadores da pessoa em fim de vida, teve como objectivo geral promover a capacitação para cuidar em casa. Como metodologia, seguiu-se o Planeamento em Saúde, de acordo com Tavares (1990), Imperatori e Giraldes (1993), e, como referencial teórico, o Modelo de Sistemas de Neuman (Neuman, 2011). No diagnóstico de situação, recorreu-se a uma abordagem mista, com aplicação de duas técnicas de colheita de dados, o Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal e uma entrevista semi-directiva específica para o cuidar em fim de vida.

Nos resultados, foram identificados stressores reais dos familiares cuidadores, com destaque para as implicações na vida pessoal, a sobrecarga emocional e o défice de conhecimentos sobre cuidados em fim de vida. O processo de capacitação para cuidar foi promovido através da protecção e restauração face aos stressores.

Palavras-chave: familiar cuidador; capacitação; stressor; enfermagem comunitária; planeamento em saúde.

Resumen:

Los familiares cuidadores son miembros de la familia que cuidan de la persona dependiente, y su papel es especialmente relevante en el contexto actual de envejecimiento de la población portuguesa. Los familiares cuidadores de la persona en fin de vida son una subpoblación vulnerable, porque los requisitos del papel del cuidador pueden conducir a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad y condicionar el desarrollo de competencias para cuidar. La Enfermería Comunitaria está especialmente calificada para capacitar a los cuidadores familiares a través de la promoción de salud y prevención de enfermedades.

Este proyecto ha sido realizado en la región de Lisboa, con 11 familiares cuidadores de la persona en fin

de vida, con el objetivo de promover la capacitación para cuidar en casa. La metodología seguida ha sido el Planeamiento en Salud, de acuerdo con Tavares (1990), Imperatori y Giraldes (1993), y como marco teórico el Modelo de Sistemas de Neuman (Neuman, 2011). En el diagnóstico de la situación, se recurrió a un enfoque mixto, con la aplicación de dos técnicas de recolección de datos, el Cuestionario de Evaluación de Sobrecarga del Cuidador Informal y una entrevista semi-directiva específica para cuidadores de personas en fin de vida.

En los resultados, se identificaron estresores reales de los familiares cuidadores, destacando las implicaciones en la vida personal, sobrecarga emocional y la falta de conocimientos sobre cuidados al final de la vida. El proceso de capacitación para cuidar fue promovido a través de la protección de los estresores y restauración.

Palabras clave: familiar cuidador; capacitación; estresores; enfermería comunitaria; planeamiento en salud.

Nota: Para salvaguarda do sigilo profissional, omite-se a localização exacta do centro de estágio.

Este texto não foi escrito ao abrigo do novo Acordo Ortográfico.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população tem assumido um papel de destaque para a Enfermagem Comunitária, uma vez que, apesar de nem sempre coexistir com enfermidade, contribui para o aumento da prevalência das doenças crónicas, com agravamento do fenómeno de dependência e mortalidade. Esta realidade, por sua vez, tem feito emergir cada vez mais familiares cuidadores¹ no domicílio. Em Portugal, estima-se que existam mais de 600 mil cuidadores informais (European Commission, 2007). Na União Europeia, Portugal ocupa o segundo lugar com maior percentagem de população (6%) a desempenhar o papel de cuidador informal, sendo que a média europeia ronda os 2,5% (European Commission, 2007). O papel de cuidador, descrito pela evidência científica como factor de risco mas também como factor protector de saúde, revela-se como foco de interesse para a enfermagem comunitária, abrindo uma ampla área de acção.

Entre os cuidadores, os familiares cuidadores da pessoa em fim de vida constituem um grupo particularmente vulnerável, com maior tensão e sobrecarga no cuidar (Fulton & Epstein-Lubow, 2011). Por este motivo, este grupo foi escolhido como população-alvo do projecto de estágio de enfermagem comunitária e da família, inserido no curso de mestrado em enfermagem na área de especialização de enfermagem comunitária, realizado num dos Agrupamento de Centros de Saúde da ARSLVT, I.P., entre Setembro de 2010 e Fevereiro de 2011. Os resultados de actividade das equipas domiciliárias em 2008 apontavam para uma significativa mortalidade no domicílio, cerca de 63% do número total de utentes falecidos.

O projecto teve como objectivo geral promover a capacitação dos familiares cuidadores para cuidar, em casa, da pessoa em fim de vida. O projecto foi orientado pela metodologia do Planeamento em Saúde e pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

Com o projecto, procurou-se contribuir para o reconhecimento dos familiares cuidadores na fase final de vida como grupo vulnerável e simultaneamente passível de capacitação na prestação de cuidados.

METODOLOGIA

O Planeamento em Saúde, especialmente usado em Saúde Pública, é um instrumento ímpar na mudança da realidade (Imperatori & Giraldes, 1993), pelo que foi eleito como metodologia deste projecto, com subsídios pontuais de outros instrumentos. Revelou-se como um processo contínuo, constituído por seis etapas consecutivas: diagnóstico da situação; determinação de prioridades; fixação de objectivos; selecção de estratégias; preparação operacional-programação; e avaliação (Tavares, 1990). Concomitantemente, recorreu-

1 Optou-se por utilizar o termo “familiar cuidador” presente na literatura mais actual (Lopes, 2007; Santos, 2005) em detrimento de “cuidador familiar”, por focar a relação familiar e, decorrente desta, a função de cuidar.

se ao Modelo de Sistemas de Neuman (Neuman, 2011), um suporte fiável para a compreensão da problemática em questão – sobrecarga dos familiares cuidadores por acção dos stressores –, em especial na formulação de diagnósticos e intervenções de Enfermagem.

No diagnóstico de situação, respeitando os princípios éticos, procedeu-se à selecção da população-alvo e à colheita de dados. Após aplicados os critérios de inclusão e exclusão, numa população de 153 familiares cuidadores, foram apurados apenas 6, pelo que houve necessidade de alargar o projecto inicialmente aplicável à população da Unidade de Cuidados na Comunidade em causa, a toda a área do ACES (correspondente à área municipal), com um total final de 11 familiares cuidadores (17 foram excluídos por falecimento da pessoa dependente).

Para colheita de dados, foi utilizada uma abordagem mista. Para caracterização demográfica, foi criado um questionário com variáveis sócio-demográficas para elaboração do perfil de cuidador. Simultaneamente, foi aplicado o Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI), criado e validado para a língua e população portuguesa por Martins, Ribeiro e Garrett (2003), com uma consistência interna da escala global de 0,90. A inespecificidade do questionário para o final de vida motivou a entrevista semi-directiva, com questões abertas e sem ordem definida, sobre as necessidades, dificuldades e apoios do cuidador da pessoa em fim de vida.

A utilização de duas técnicas de colheita de dados permitiu diminuir o enviesamento e, por outro lado, lucrar das vantagens do inquérito, como análise quantitativa e rápida dos dados, e da entrevista, que providenciou informação mais detalhada e específica sobre o cuidar em fim de vida (Carpenter & Streubert, 2010; Johnson & Turner, 2003; Polit, Beck, & Hungler, 2004a).

A aplicação dos instrumentos de colheita de dados aos cuidadores decorreu nos respectivos domicílios, com duração média de 45 min, no período de 15 de Outubro a 24 de Novembro de 2010, por administração indirecta (Quivy & Campenhoudt, 2005).

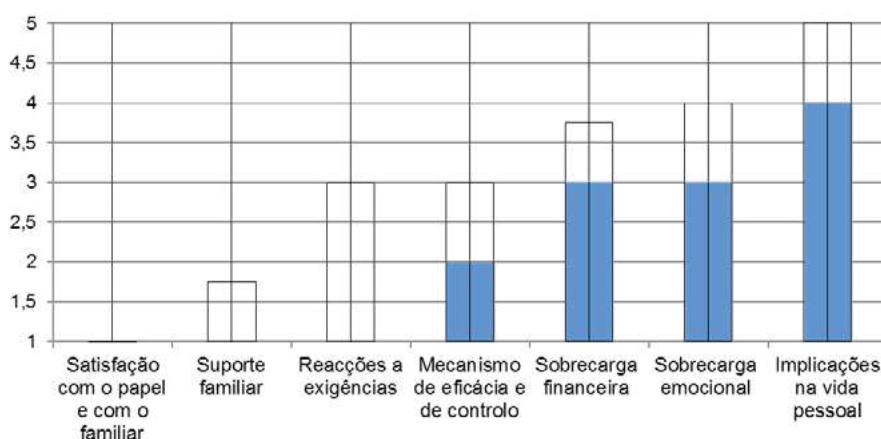
ANÁLISE E RESULTADOS

Como preconizado pela metodologia do Planeamento de Saúde, utilizou-se estatística descritiva para análise dos dados obtidos, com o auxílio do programa informático Microsoft Office Excel 2010.

A caracterização demográfica, à semelhança de outros estudos, apresentou maior frequência de cuidadores do sexo feminino, com grau de parentesco de cônjuges e filhos, com idades compreendidas entre os 35 e os 84 anos, tendo a maioria mais de 55 anos, com situação profissional variada, desde desemprego, reforma ou em actividade, com habilitações literárias desde ensino básico a superior.

No caso do QASCI, os resultados são apresentados no gráfico 1, do tipo *boxplot*, recomendado por Marôco (2010a) para escalas de medida ordinal, que representa os quartis, com a mediana a azul.

Gráfico 1 – Resultados do QASCI em *boxplot*



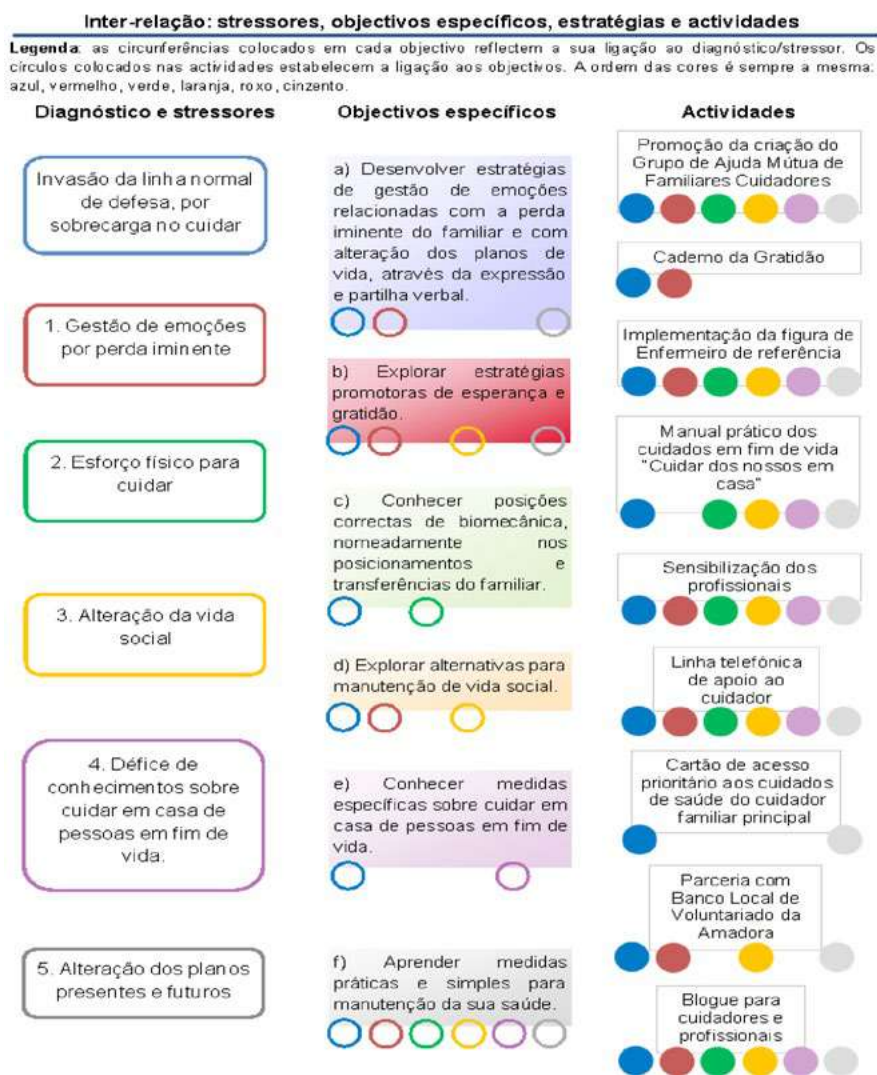
Da análise do gráfico 1, decorre que a dimensão “implicações na vida pessoal” tem a mediana mais elevada, mas é também a dimensão com maior dispersão. A segunda dimensão com mais relevância, a “sobrecarga emocional”, tem menor dispersão. Também na relação de ordem das classes do QASCI, a dimensão “implicações na vida pessoal” destaca-se novamente, seguida da “sobrecarga emocional”.

As entrevistas foram submetidas a análise de conteúdo, de acordo com Bardin (2009) e Vala (2001). A dimensão mais significativa foi a sobrecarga emocional, com 33 ocorrências.

Os resultados sugerem que os cuidadores sentem maior sobrecarga devido às implicações da sua vida pessoal e, de seguida, à sobrecarga emocional, o que aponta estas duas dimensões como principais stressores do sistema-cliente. Para uma melhor definição da primeira dimensão apontada, seleccionaram-se os itens desta dimensão com mediana mais elevada, nomeadamente, esforço físico para cuidar, alteração dos planos e alteração da vida social (Martins, Ribeiro, & Garrett, 2003).

Partindo dos resultados e com o Modelo de Sistemas de Neuman como pano de fundo, admitiu-se a invasão da linha normal de defesa (Skalski, DiGerolamo, & Gigliotti, 2006), por sobrecarga no cuidar, associada a cinco stressores (ilustração 1). Seguindo as restantes etapas da Metodologia do Planeamento em Saúde, foram fixados objectivos, seleccionadas estratégias (segundo taxonomia Nursing Interventions Classification (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2008)) e intervenções, cuja inter-relação se apresenta na seguinte imagem:

Imagem 1 – Inter-relação entre diagnósticos/stressores, objectivos específicos e actividades



Descrição: a imagem apresenta três colunas interligadas. A primeira com o diagnóstico principal e os stressores encontrados. Na segunda, os objectivos específicos e a indicação por circunferências com as cores dos stressores a que dizem respeito. Na terceira, as actividades planeadas que respondem a um ou mais objectivos específicos, demonstrado na indicação gráfica de um círculo com a cor dos objectivos.

Em relação às actividades apresentadas na imagem, apenas as primeiras cinco foram concretizadas, e as restantes apenas iniciadas. O projecto foi avaliado através de indicadores de processo, nomeadamente visitas domiciliárias (58, com duração média de 35') e telefonemas (50), e indicadores de resultado específicos, dada a impossibilidade, por vários motivos, de aplicar os indicadores da Ordem dos Enfermeiros ou da Nursing Outcomes Classification (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2008). Definiram-se metas modestas, que foram alcançadas pela totalidade dos cuidadores, como expressão de emoções, partilha, promoção da sua saúde, utilização de medidas de biomecânica e de cuidados em fim de vida. Recorreu-se também à avaliação subjectiva dos cuidadores (Redman, 2003), patente nas frases gratificantes espontaneamente proferidas, como “muito obrigada por todo o apoio que nos deu. Fez uma diferença nas nossas vidas para melhor. Estamos muito agradecidas.” ou “muito obrigada a toda a equipa. Sem este acompanhamento, nesta fase, jamais conseguiria”.

CONCLUSÃO

Com este projecto, procurou-se contribuir para uma maior visibilidade dos familiares cuidadores da pessoa em fim de vida, como clientes e parceiros dos cuidados de enfermagem, cujas potencialidades podem beneficiar do investimento da enfermagem comunitária na capacitação para cuidar.

Apesar de não ser possível avaliar o impacto concreto das actividades realizadas na sobrecarga do cuidador, estas foram reconhecidas pelos cuidadores como adequadas para a sua situação e do seu familiar. Admitiram que participar no projecto trouxe benefícios à vivência do papel de cuidador, e que o aumento da sobrecarga, expectável em cuidados de fim de vida, não foi tão acentuado quanto seria sem a intervenção realizada. Motivaram, abertamente, a continuação do projecto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrews, H. (2011). Client System as group. In B. Neuman, & J. Fawcett, *The Neuman Systems Model* (pp. 74-77). Nova Jersey: Pearson Education.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- Bulechek, G., Butcher, H. K., & Dochterman, J. (2008). *Nursing Interventions Classification (NIC), 5th edition*. Recuperado em 20 de Fevereiro, 2011, The University of Iowa College of Nursing: http://www.nursing.uiowa.edu/excellence/nursing_knowledge/clinical_effectiveness/documents/LabelDefinitionsNIC5.pdf
- Carpenter, D., & Streubert, H. (2010). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- European Commission. (2007). *Eurobarometer: Health and long-term care in the European Union*. Recuperado em Julho, 2010, de European Commission: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf
- Fulton, A. T., & Epstein-Lubow, G. (Fevereiro de 2011). Family Caregiving at the End of Life. *Medicine & Health/Rhode Island*, 34-35.
- Imperatori & Giraldes. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Johnson, B., & Turner, L. (2003). Data Collection strategies in mixed methods research. In A. Tashakkori, & C. Teddlie, *Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (pp. 297-319). Califórnia: Sage Publications, Inc.

- Lopes, L. (Janeiro-Junho de 2007). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 39-46.
- Marôco, J. (2010a). *Análise Estatística com Utilização do SPSS* (3 ed.). Pêro Pinheiro: Report Number.
- Martins, T., Ribeiro, J., & Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação de sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde e Doenças* 4(1), 131-148.
- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In B. Neuman, & J. Fawcett, *The Neuman Systems Model* (pp. 3-33). Nova Jersey: Pearson Education.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004a). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização. In D. Polit, C. Beck, & B. Hungler, *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5. ed.) (pp. 81-99). São Paulo: Artmed.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (4 ed.). Lisboa: Gradiva.
- Santos, P. (2005). *O Familiar Cuidador em Ambiente Domiciliário: sobrecarga física, emocional e social*. Recuperado a 8 de Julho, 2010, de Cuidados Continuados: <http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/tese.htm>
- Skalski, C., DiGerolamo, L., & Gigliotti, E. (2006). Stressors in five client populations: Neuman systems model-based literature review. *Journal Of Advanced Nursing*, 56(1), 69-78.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Vala, J. (2001). A Análise de Conteúdo. In A. S. Silva, & J. M. Pinto, *Metodologia das Ciências Sociais* (11. ed.) (pp. 101-128). Porto: Edições Afrontamento.

CONTACTO PARA CORRESPONDÊNCIA

Vanessa Machado, IPOLFG, E.P.E., vans.machado@gmail.com.



Este trabalho é financiado por Fundos Nacionais através da FCT
Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito do Projeto com
referência PTDC/CPE-PEC/103858/2008