

# ENFERMAGEM DE SAÚDE DO IDOSO

ELDERLY HEALTH  
CARE NURSING

Série Monográfica | Monographic Series  
Educação e Investigação | Health Sciences Education  
em Saúde | and Research

13

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Health Sciences Research Unit: Nursing  
Nursing School of Coimbra



HEALTH SCIENCES  
RESEARCH UNIT  
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ENFERMAGEM

## SÉRIE MONOGRÁFICA

ISSN: 1647-9440

Editor: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

MONOGRAFIA – Nº 13

ISBNe: 978-989-99426-1-5

Coordenação: Investigador Principal do Projeto estruturante *Envelhecimento, saúde e cidadania: Cidadania e promoção da autonomia e independência da pessoa idosa e dos seus cuidadores*

### COMO SE CITA A MONOGRAFIA (Normas APA 6ª edição)

Apóstolo, J., & Almeida, M. (2015). *Enfermagem de Saúde do Idoso. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde*. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

### COMO SE CITA UM CAPÍTULO (Normas APA 6ª edição)

Almeida, M. (2015). Estudo de adaptação transcultural e validação do six item cognitive impairment test. In J. Apóstolo, & M. Almeida (Eds.), *Enfermagem de Saúde do Idoso. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp.21-36). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

# ENFERMAGEM DE SAÚDE DO IDOSO

ELDERLY HEALTH  
CARE NURSING

Coord.

João Luís Alves Apóstolo  
Maria de Lurdes Ferreira de Almeida

Série Monográfica | Monographic Series  
Educação e Investigação | Health Sciences Education  
em Saúde | and Research

13

**Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**

Health Sciences Research Unit: Nursing  
Nursing School of Coimbra

# FICHA TÉCNICA

## TÍTULO

Enfermagem de Saúde do Idoso

## EDITOR

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

## RESPONSABILIDADE DA SÉRIE MONOGRÁFICA

Manuel Alves Rodrigues, *Coordenador Científico da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*  
Maria da Conceição Bento, *Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

## COORDENAÇÃO CIENTÍFICA DA MONOGRAFIA

João Luís Alves Apóstolo, *Ph.D., Professor coordenador na ESEnFC*  
Maria de Lurdes Ferreira de Almeida, *Ph.D., Professora coordenadora na ESEnFC*

## AUTORES

Diana dos Santos Paiva  
João Luís Alves Apóstolo  
Maria de Lurdes Ferreira de Almeida  
Liliane Gonçalves  
Lígia Antunes  
Andreia Andrade  
Suzana Filomena Cardoso Duarte  
Sérgio Filipe Abrunheiro  
José Manuel Pinto  
Virgínia Adelaide Pais  
Lisa Alexandra Nogueira Veiga Nunes  
João Tavares  
Alcione Leite da Silva  
Isabel Maria de Assunção Gil

## SÉRIE MONOGRÁFICA

ISSN 1647-9440

## MONOGRAFIA

Número 13  
ISBNe: 978-989-99426-1-5

## COPYRIGHT

© 2015 Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)

## REVISÃO TÉCNICA/FINAL

Cristina Louçano, *Lic. em Línguas e Literaturas Modernas, variante de Francês/Inglês*  
Daniela Filipa Batista Cardoso, *RN, Bolseira da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*  
Tatiana Sousa, *Lic. em Relações Internacionais*

## MAQUETIZAÇÃO

Eurico Nogueira, *MS em Tecnologias de Informação Visual*

## REVISÃO DOCUMENTAL

Serviço de Documentação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

## APOIO TÉCNICO

Cristina Louçano, *Secretariado da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

ANO DE PUBLICAÇÃO 2015

## NOTA CURRICULAR

**João Luís Alves Apóstolo**, Ph.D., Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**Maria de Lurdes Ferreira de Almeida**, Ph.D., Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Investigadora na Unidade de investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**José Manuel Pinto**, Ph.D., Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**Suzana Filomena Cardoso Duarte**, Ph.D., Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Investigadora na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**João Tavares**, Ph.D., Enfermeiro no serviço de urgência, CHUC

**Alcione Leite da Silva**, Ph.D., Professora Associada Convidada, Departamento de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro

**Lígia Antunes**, Mestre em Gerontologia, Enfermeira no Hospital José Luciano de Castro da Misericórdia de Anadia

**Andreia Andrade**, Mestre em Enfermagem de Saúde do idoso e Geriatria, Pós-Graduada em Cuidados Paliativos, Enfermeira no serviço de Radioterapia/Medicina do instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil

**Diana dos Santos Paiva**, Mestre em Enfermagem de Saúde do idoso e Geriatria, Enfermeira no Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Liliana Gonçalves**, Mestre em Enfermagem de Saúde do idoso e Geriatria, Enfermeira.

**Lisa Alexandra Nogueira Veiga Nunes**, Mestre em Psicologia do Desenvolvimento, Enfermeira.

**Sérgio Filipe Abrunheiro**, Mestre em Enfermagem de Saúde do idoso e Geriatria, Enfermeiro no Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

**Virgínia Adelaide Pais**, Mestre em Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria, Enfermeira no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

**Isabel Maria de Assunção Gil**, Mestre em Psiquiatria Cultural, Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Investigadora na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.



# ÍNDICE

NOTA PRÉVIA.....	1
------------------	---

*Maria de Lurdes Almeida*  
*Maria Paula Cordeiro*

## CAPÍTULO I

<b><i>Estudo de adaptação transcultural e validação do Six Item Cognitive Impairment Test.....</i></b>	<b>3</b>
--	----------

*Diana dos Santos Paiva*  
*João Luís Alves Apóstolo*

## CAPÍTULO II

<b><i>Idosos que cuidam de idosos: motivações, dificuldades, necessidades e estratégias para cuidar em ambiente familiar.....</i></b>	<b>19</b>
---	-----------

*Maria de Lurdes Almeida*  
*Liliana Gonçalves*  
*Lígia Cristina Antunes*

## CAPÍTULO III

<b><i>A experiência dos enfermeiros no cuidar em fase agónica.....</i></b>	<b>47</b>
--	-----------

*Andreia Andrade*  
*Suzana Duarte*

## CAPÍTULO IV

<b><i>Vivendo o envelhecer: uma perspectiva fenomenológica.....</i></b>	<b>63</b>
---	-----------

*Sérgio Filipe Silva Abrunheiro*  
*João Luis Alves Apóstolo*  
*José Manuel de Matos Pinto*

## CAPÍTULO V

<b><i>Os meus netos ensinaram-me a ser avó.....</i></b>	<b>85</b>
---	-----------

*Virgínia A. Gonçalves Pais*  
*Maria de Lurdes Almeida*  
*Lisa Alexandra Nogueira Veiga Nunes*

CAPÍTULO VI

***O cuidado de enfermagem geriátrica em hospitais portugueses – Um modelo explicativo***.....105

*João Tavares*

*Alcione Leite da Silva*

CAPÍTULO VII

***Sobrecarga e satisfação com a vida: a percepção dos cuidadores informais de idosos***.....125

*Lígia Cristina Antunes*

CAPÍTULO VIII

***O envelhecimento e as perturbações neurocognitivas: uma realidade dos dias de hoje***.....147

*Isabel Maria de Assunção Gil*

*Maria de Lurdes Ferreira de Almeida*

*João Luís Aves Apóstolo*

## NOTA PRÉVIA

O envelhecimento demográfico, as alterações no padrão epidemiológico, os comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa têm vindo a determinar necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas no sentido de obter ganhos em saúde e melhorar as práticas profissionais no âmbito das especificidades do envelhecimento.

Consciente dos novos desafios emergentes, a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) procura prosseguir os objetivos essenciais da política para o ensino superior, conferindo competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida e os conhecimentos e capacidades para a resolução de problemas em situações novas e/ou complexas baseadas em evidências científicas, em contextos alargados e multidisciplinares. Pretende, ainda, o desenvolvimento de soluções e a emissão de juízos, incluindo reflexões sobre as suas implicações éticas e sociais, a adequação dos cuidados gerais e especializados às necessidades do cidadão idoso, a educação para a saúde e, sobre, as estratégias inovadoras de inovação/liderança.

A produção de conhecimento sempre foi assumida como uma estratégia na sensibilização e consciencialização sobre os fenómenos mas também com a base para a apresentação de novas propostas.

Esta monografia, intitulada *Enfermagem de Saúde do Idoso*, em formato digital, pretende divulgar os resultados das investigações realizadas pelos estudantes do Mestrado de Enfermagem de Saúde do idoso e Geriatria e professores da Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem do Idoso (UCP-EI), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em conjunto com alguns dos seus Colaboradores, no sentido de encontrarmos novos caminhos promotores de mudança.

Resta-nos agradecer o trabalho de todos aqueles que colaboraram na concretização desta obra.

Maria de Lurdes Almeida - Coordenadora da UCP-EI  
Maria Paula Cordeiro - Vice-Coordenadora da UCP-EI



## CAPÍTULO I

# ESTUDO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO *SIX ITEM COGNITIVE IMPAIRMENT TEST*

DIANA DOS SANTOS PAIVA  
JOÃO LUÍS ALVES APÓSTOLO

## INTRODUÇÃO

A avaliação cognitiva ou neuropsicológica é fundamental na deteção precoce e caracterização do défice cognitivo instalado, proporcionando uma melhor orientação do indivíduo, de acordo com as suas potencialidades e dificuldades.

Os testes cognitivos breves são instrumentos essencialmente vocacionados para a identificação (*screening*) do défice cognitivo, a nível dos cuidados primários. Além disso, são úteis no controlo de evolução do défice cognitivo e na avaliação da eficácia das mais diversas estratégias de intervenção e, quer sejam usados isoladamente ou incorporados em instrumentos mais amplos, requerem, obrigatoriamente, uma posterior avaliação detalhada, para estabelecer conclusões definitivas, na medida em que estes não podem ser utilizados para diagnosticar demência (Direção-Geral da Saúde, 2011; Lourenço & Veras, 2006; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009).

É necessário que estes instrumentos sejam adaptados culturalmente para os diversos países e validados dentro de critérios cientificamente reconhecidos, de forma a ser possível assegurar a devida equivalência com o instrumento original e uma necessária compreensão aquando da aplicação do mesmo à população em análise.

Deste modo, considerando as potencialidades descritas em diversos estudos internacionais sobre o *Six item Cognitive Impairment Test* (6CIT) e admitindo a necessidade e relevância do uso de um instrumento de rastreio cognitivo, desenvolveu-se esta investigação tendo como objetivo adaptar para o português Europeu o Teste de Declínio Cognitivo de 6 itens (6CIT) e determinar os seus valores normativos, com base numa amostra selecionada em distintos contextos (comunidade, lar e centro de dia), por forma a assegurar a representatividade dos diferentes grupos de idosos.

## Funções cognitivas e envelhecimento

As funções cognitivas constituem a maior conquista do ser humano e permitem-nos interagir com as pessoas e com o mundo, na busca do sentido da vida. Tudo aquilo que sabemos ou supomos acerca da realidade foi mediado, não unicamente pelos nossos órgãos dos sentidos, mas pelos complexos sistemas que interpretam e reinterpreta a informação sensorial (Moraes & Daker, 2008; Neisser, 1967).

A independência e a autonomia nas atividades de vida diária, básicas e instrumentais, estão estritamente relacionadas com a cognição e constituem-se como essenciais no processo de diagnóstico diferencial. A execução adequada das mesmas, particularmente as instrumentais, impõe o funcionamento integrado e harmonioso dos diversos domínios cognitivos. Em simultâneo com o processo de envelhecimento ocorre uma lentificação do processamento cognitivo global, sem, contudo, comprometer a autonomia e a independência da pessoa idosa, uma vez que o envelhecimento fisiológico não afeta as funções cognitivas de forma significativa (Moraes & Lanna, 2008).

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição (American Psychiatric Association, 2013) são considerados os seguintes seis domínios: a atenção complexa (atenção, velocidade e processamento), função executiva (planificação, tomada de decisão, flexibilidade, modificação de hábito), a aprendizagem, a memória (recente e imediata), a linguagem (expressiva e compreensiva), e as competências perceptivo-motora (construção, percepção visual) e cognitivo-social (regulação do comportamento e das emoções). Em seguida, serão descritos apenas os domínios cognitivos avaliados pelo instrumento em estudo - 6CIT- bem como a sua forma de avaliação.

### Atenção

A atenção, como complexo domínio neurocomportamental que se constitui como base fundamental de todas as funções cognitivas superiores, é avaliada por este instrumento de rastreio, nomeadamente numa das suas componentes: atenção seletiva (Rossini & Galera, 2006). Este domínio pode ser avaliado pela análise da capacidade de manutenção da atenção do indivíduo ao longo do preenchimento do 6CIT pela aptidão que este pode demonstrar ao selecionar apenas uma pequena parcela da informação em detrimento dos múltiplos estímulos ou distrações disponíveis.

### Função executiva

O 6CIT possibilita a avaliação desta função cognitiva ao solicitar ao indivíduo que efetue subtrações seriadas ou mesmo quando lhe é solicitado para nomear, de forma ordenada,

os meses do ano de forma inversa. Desta forma é ainda possível avaliar a flexibilidade cognitiva dos sujeitos na medida em que avalia a capacidade que este apresenta ao alternar entre dois conceitos distintos.

## **Aprendizagem e Memória**

De forma a proceder à avaliação global desta função cognitiva, o 6CIT apresenta questões que permitem avaliar a orientação temporal do indivíduo quando lhe é questionada a hora, o mês e o ano; avaliar a memória a curto prazo, nomeadamente a memória de trabalho, que consiste na leitura, por parte do examinador, de uma frase com um endereço/morada de cinco componentes solicitando ao indivíduo, após responder a outras três questões, a evocação da frase previamente fornecida (recordação); é ainda avaliada a memória de trabalho quando é solicitado ao indivíduo que efetue cálculos aritméticos mentais ao efetivar uma contagem numérica regressiva (de 20 para 1) ou ainda quando lhe é pedido para identificar os meses do ano, na ordem inversa.

## **Linguagem**

A função da linguagem pode ser avaliada, com recurso ao 6CIT pela análise da habilidade de compreensão e de interpretação de enunciados. O 6CIT possibilita a avaliação das habilidades de linguagem dos indivíduos ao longo de todo o seu preenchimento, na medida em que permite perceber, a cada resposta dada, se este compreende e obedece às diferentes orientações solicitadas (compreensão de comando).

De uma forma global, o instrumento de rastreio cognitivo em estudo - 6CIT - é composto por diversas tarefas e avalia diversos domínios cognitivos: atenção, concentração, aprendizagem e memória por meio da orientação temporal, memória de curto prazo (memória de trabalho) e evocação tardia, cálculo, habilidades linguísticas (compreensão de comando) e funções executivas.

## **Metodologia da investigação**

Objetivo e tipo de estudo

- Adaptar para o português Europeu o Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens, com características psicométricas satisfatórias.
- Determinar os valores normativos do Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens, com base numa amostra selecionada em distintos contextos (comunidade, lar e

centro de dia), por forma a assegurar a representatividade dos diferentes grupos de idosos.

Atendendo aos objetivos do estudo e ao processo de construção da investigação, a opção metodológica recai numa abordagem de natureza quantitativa, considerando-se pertinente a realização de um estudo de validação de instrumento.

## **População e amostra**

A inclusão neste estudo requeria os seguintes critérios:

- Idade igual ou superior a 60 anos;
- Inscrição nas instituições previamente selecionadas (vertentes de centro de dia, lar e ensino sénior);
- Concordância da participação no estudo mediante a aceitação do termo de consentimento livre e esclarecido.

Os restantes indivíduos inseridos em contexto comunitário inquiridos no próprio domicílio apenas necessitaram de cumprir o primeiro e último dos critérios supramencionados.

Pretendendo uma amostra representativa da população rural e urbana e de forma a assegurar a representatividade dos diferentes grupos de idosos, a investigação foi realizada em contextos distintos (indivíduos institucionalizados em lares de idosos, em centros de dia ou inseridos em contexto comunitário), previamente selecionados de forma a constituir um processo de amostragem acidental por seleção não-probabilística, com dispersão por várias localidades geográficas das regiões Norte e Centro do país.

Num plano geral, foram inquiridos 453 indivíduos sendo que, em contexto comunitário, foram inquiridos 156 sujeitos no seu próprio domicílio ou inscritos em instituições dedicadas ao ensino sénior; em contexto de institucionalização em centro de dia, foram selecionadas nove instituições e inquiridos 180 sujeitos e em contexto de institucionalização em lares foram selecionadas cinco instituições de apoio à pessoa idosa e inquiridos 117 sujeitos.

Relativamente à caracterização da amostra final obtida face ao seu perfil sociodemográfico, esta é constituída por 453 elementos, com idades compreendidas entre os 60 anos e os 99 anos, com média de idades de 76,52 anos e desvio padrão de 9,66 anos. Quanto à prevalência de género, a tónica reside no sexo feminino, que representa 72,85% da percentagem total de participantes. No que ao estado civil concerne, 47,46%

dos inquiridos são viúvos, 38,63% casados ou em união de facto, 9,93% solteiros e os restantes 3,97% divorciados. A análise referente às habilitações literárias permite concluir que a escolaridade dos participantes varia entre os 0 e os 17 anos, com média nos 3,62 anos, com desvio padrão de 4,04 anos. Agrupando esta amostra em intervalos de escolaridade, constata-se que 37,31% dos inquiridos têm entre 0 a 2 anos de escolaridade, 49,45% entre os 3 a 6 anos e, por fim, 13,25% com escolaridade igual ou superior a 7 anos.

### **Instrumento de colheita de dados**

O processo de colheita de dados iniciou-se no mês de julho do ano de 2012 e foi concluído no mês de março do ano subsequente.

Para a caracterização sociodemográfica da amostra final obtida, foram questionados todos os participantes relativamente aos seguintes dados: idade, sexo, estado civil e escolaridade. Este último dado foi, posteriormente, agrupado em três intervalos de escolaridade, nomeadamente, num primeiro intervalo que abrange os indivíduos que não tem qualquer escolaridade até àqueles com dois anos de escolaridade; um segundo intervalo com valores que vão desde os três aos seis anos de escolaridade e, por fim, um último que abrange todos os indivíduos com escolaridade igual ou superior a sete anos. De forma a obter um perfil terapêutico dos participantes, estes foram questionados relativamente à toma de medicação antidepressiva, ansiolítica e inibidora da acetilcolinesterase.

Terminado o preenchimento do cabeçalho, continuou-se a aplicação do instrumento de colheita de dados, composto pelo Mini-Exame do Estado Mental e pelo Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens.

O Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens, tradução de *Six Item Cognitive Impairment Test*, foi desenvolvido em 1983, através da análise de regressão da Escala de Informação, Memória e Concentração de Blessed, tradução de *Blessed Information Memory Concentration Scale* (BIMC), por Katzman e seus colaboradores, tendo sido designado de *Short Orientation-Memory-Concentration Test* ou, mais comumente, de *Short Blessed Test*. Infelizmente, o teste original tinha um sistema complexo de pontuação inversa (Davous, Lamour, Debrand, & Rondot, 1987). Desde então, a sua validade tem sido confirmada por outros grupos, em várias ocasiões.

Brooke e Bullock (1999) revalidaram este teste no Reino Unido e alteraram o seu formato (6CIT – Versão Kingshill 2000©) para tornar mais fácil a sua utilização. Os resultados têm excedido as expectativas e demonstrado que o 6CIT tem a capacidade de superar o *Mini-Mental State Examination* (MMSE).

É composto por seis perguntas simples, não-culturais e que não exigem uma interpretação complexa, com tempo de resposta estimado em cinco minutos. Com recurso a um sistema de pontuação inversa, os resultados podem assumir valores de 0 a 28 (Huw, 2010; Lerner, 2013). Importa referir que pontuações mais baixas correspondem a um menor compromisso cognitivo e, ao invés, pontuações mais elevadas correspondem a um maior comprometimento cognitivo.

## Procedimentos metodológicos

Para a adaptação transcultural do 6CIT, optou-se por uma metodologia que visasse testar as suas condições psicométricas no novo contexto cultural.

Numa fase inicial, a tradução do 6CIT para a língua portuguesa foi feita por dois especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria, bilingues, nativos da língua portuguesa e que estavam cientes dos objetivos do estudo, tendo sido fácil a obtenção de um consenso, devido à simplicidade do instrumento. Neste sentido, alcançou-se a versão inicial traduzida do 6CIT.

Após a obtenção da versão supramencionada, o próximo passo metodológico consistiu na validação da versão traduzida por um comité de especialistas constituído por outros dois docentes especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria, fluentes na língua inglesa, com publicações científicas publicadas em áreas análogas à do estudo em questão. Os especialistas avaliaram a versão obtida na etapa anterior, relativamente à equivalência transcultural, na sua componente semântica, idiomática e conceptual e, no decorrer deste processo sugeriram algumas alterações que foram consideradas pertinentes e relevantes e que, de modo consensual, resultaram na produção da nomeada versão pré-final.

Alcançando a última etapa do processo de adaptação cultural, foi submetida a versão pré-final a um pré-teste, de forma a permitir a análise da compreensibilidade dos seus enunciados. Optando-se pela técnica da prova, a versão pré-final foi administrada a 89 idosos institucionalizados em lares e 27 inscritos em centros de dia. Uma vez que não foram observadas dificuldades na compreensão dos enunciados apresentados, nem foram demonstradas quaisquer dúvidas relativas ao formato e conteúdo dos mesmos, a versão pré-final não necessitou de ser reformulada passando, deste modo, a ser designada de versão final (Figura 1).

De forma a alcançar a qualidade do instrumento de medida proposto, foi avaliada a fidelidade e validade da amostra final obtida. Assim sendo, estimou-se a estabilidade temporal do 6CIT, pelo recurso ao teste-reteste, aplicado a 54 participantes dos diferentes contextos em análise, procedendo-se a uma nova medição após um período de duas semanas. A consistência interna foi analisada pelo grau de correlação do item com o total da escala e pelo alfa de *Cronbach*. A validade de critério foi analisada pela

correlação do 6CIT com outra medida equivalente independente que serviu de critério, o MMSE. Para suportar a validade de conteúdo, recorreu-se ao julgamento de peritos que avaliaram a pertinência de cada enunciado, como parte do domínio e como componente representativo do conceito em estudo, como supramencionado.

1. Em que ano estamos?	Correto – 0 pontos
	Incorreto – 4 pontos
2. Em que mês estamos?	Correto – 0 pontos
	Incorreto – 3 pontos
Peça à pessoa que memorize uma frase com um endereço/morada de cinco componentes. ex: Abel Silva nº 42, Rua da Sofia, Coimbra	
3. Que horas são (aproximadamente)? (margem de erro de 1 hora)	Correto – 0 pontos
	Incorreto – 3 pontos
4. Conte na ordem inversa de 20 para 1.	Correto – 0 pontos
	Um erro – 2 pontos
	Mais do que um erro – 4 pontos
5. Diga os meses do ano na ordem inversa.	Correto – 0 pontos
	Um erro – 2 pontos
	Mais do que um erro – 4 pontos
6. Repita a frase com o endereço/morada.	Correto – 0 pontos
	1 erro – 2 pontos
	2 erros – 4 pontos
	3 erros – 6 pontos
	4 erros – 8 pontos
	Tudo errado – 10 pontos

Figura 1. Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens

## Apresentação e análise dos dados

### Confiabilidade do 6CIT

### Consistência interna

Na análise da consistência interna foram determinadas as correlações de cada item com a pontuação total do instrumento, com recurso ao coeficiente de correlação de *Pearson*. O

coeficiente alfa de *Cronbach* foi utilizado para determinar a consistência interna entre os distintos itens.

O 6CIT revelou forte consistência interna ( $\alpha=0,819$ ) e com valores de correlação corrigidos de cada item com o valor da pontuação total dos 6 itens variando entre 0,432 e 0,747, que traduzem uma moderada a forte correlação entre os diversos itens que compõem o instrumento.

No reteste, o instrumento revelou também forte consistência interna ( $\alpha=0,823$ ), com valores de correlação item total corrigido variando entre 0,307 e 0,748, indicadores de uma correlação moderada a forte entre os itens do instrumento.

### **Estabilidade temporal**

A estabilidade do 6CIT foi avaliada através da técnica designada de *teste-reteste*, com o intuito de avaliar o grau com que este instrumento fornece resultados estáveis no tempo, tendo sido aplicada a 54 participantes dos diferentes contextos em análise, com um intervalo de duas semanas entre as medições.

Os resultados do teste t emparelhado ( $t=1,487$ ;  $p=0,143$ ) e da correlação entre os dois momentos ( $r=0,95$ ;  $p=0,000$ ) evidenciam a estabilidade temporal do 6CIT, atestando a favor da sua confiabilidade.

### **Validade de Critério**

Como critério de validação concorrente, recorreu-se ao MMSE de forma a constituir uma oportunidade de comparar o desempenho do 6CIT e do MMSE como testes de rastreio de compromisso cognitivo na prática clínica atual. Foram realizadas correlações de *Pearson* no sentido de analisar possíveis associações entre os resultados do 6CIT e do MMSE.

Deste modo, verificou-se uma correlação forte e negativa ( $r=-0,890$ ) e estatisticamente significativa ( $p<0,01$ ) entre o 6CIT e o MMSE. A correlação negativa obtida confirma que as variáveis variam em sentido oposto, revelando que os indivíduos que apresentam um maior valor no MMSE apresentam um valor mais baixo no 6CIT. No 6CIT, os indivíduos que obtêm uma maior pontuação apresentam maior compromisso cognitivo e no MMSE ocorre o inverso. Os resultados obtidos atestam a validade de critério em análise.

### **Estudo da sensibilidade e especificidade do instrumento**

Num primeiro momento e de forma a garantir que a representação dos grupos educacionais estivesse assegurada, foi efetuada uma contagem do número de indivíduos com presença

(assumido como casos realmente positivos) ou ausência (assumido como casos realmente negativos) de compromisso cognitivo, determinada pelas pontuações obtidas no MMSE e organizada de acordo com a divisão nos três novos grupos de literacia estabelecidos por Morgado et al. (2009).

Considerando esta variável como indicadora de comprometimento cognitivo, foram estimados os valores para os quais existe maior otimização da sensibilidade em função da especificidade, projetados na forma de representação gráfica designada de Curva de Características de Operação do Recetor (Curva ROC) em plano unitário.

Para a escolha do ponto de corte deste instrumento de rastreio, optou-se por valorizar as considerações de sensibilidade sobre a especificidade e, se possível, selecionar o ponto de corte onde a média destas duas medidas é máxima. Neste sentido e pela análise da Figura 2 e da Tabela 1, o ponto de corte 15,5 assume-se como melhor ponto de corte para a determinação dos resultados do 6CIT, com valores de sensibilidade de 90,2% e especificidade de 85,1%. Assim, aproximadamente 90,2% de todas as amostras de indivíduos inseridos no grupo dos 0 aos 2 anos de escolaridade que apresentassem compromisso cognitivo seriam corretamente identificados como tal e 14,9% de todas as amostras de indivíduos sem compromisso cognitivo pertencentes ao mesmo grupo de habilitações literárias seriam erradamente identificadas como positivas. Assim sendo, o valor operacional de corte proposto para a população portuguesa, a partir do qual se poderá fazer a distinção da presença de compromisso cognitivo no grupo de indivíduos de 0 a 2 anos de literacia é 16.

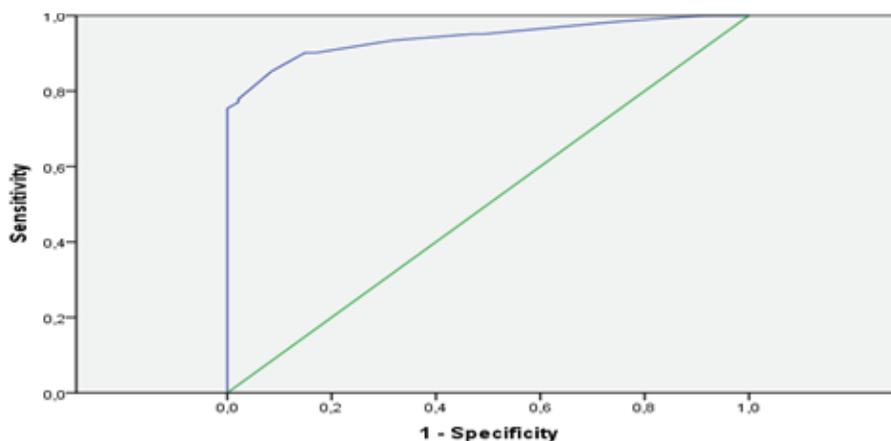


Figura 2. Curva ROC para o 6CIT no grupo de literacia dos 0 aos 2 anos.

Tabela 1

Coordenadas da Curva ROC para o grupo de literacia dos 0 aos 2 anos

Habilitações Literárias	Ponto de Corte	Sensibilidade	1-Especificidade	Especificidade	(Sensibilidade + Especificidade) ÷ 2
Literacia de 0 a 2 anos	1,0000	1,000	1,000	0,000	0,500
	3,0000	1,000	0,979	0,021	0,511
	5,0000	1,000	0,915	0,085	0,543
	7,0000	0,992	0,830	0,170	0,581
	9,0000	0,984	0,745	0,255	0,619
	10,5000	0,951	0,489	0,511	0,731
	11,5000	0,951	0,468	0,532	0,741
	13,0000	0,934	0,319	0,681	0,808
	14,5000	0,902	0,170	0,830	0,866
	<b>15,5000</b>	<b>0,902</b>	<b>0,149</b>	<b>0,851</b>	<b>0,876</b>
	16,5000	0,869	0,106	0,894	0,881
	17,5000	0,852	0,085	0,915	0,884
	18,5000	0,779	0,021	0,979	0,879
	19,5000	0,770	0,021	0,979	0,875
	20,5000	0,754	0,000	1,000	0,877
	21,5000	0,680	0,000	1,000	0,840
	22,5000	0,549	0,000	1,000	0,775
	24,0000	0,525	0,000	1,000	0,762
	26,5000	0,230	0,000	1,000	0,615
29,0000	0,000	0,000	1,000	0,500	

Recorrendo ao mesmo conceito anteriormente citado que destaca a precedência da sensibilidade sobre a especificidade e a média máxima entre estas duas medidas, para o grupo de literacia dos 3 aos 6 anos, o ótimo ponto de corte situa-se no ponto 11, que exhibe valores de sensibilidade e especificidade de 88,5% e de 85,2%, respetivamente. Nesse sentido e pela análise da Figura 3 e da Tabela 2, para os indivíduos inseridos no grupo de literacia dos 3 aos 6 anos, aproximadamente 88,5% de todas as amostras de indivíduos com compromisso cognitivo seriam corretamente identificados como tal e 14,8% de todas as amostras de indivíduos sem compromisso cognitivo seriam erradamente identificadas como positivas. Torna-se possível, deste modo, afirmar que os indivíduos com 3 aos 6 anos de escolaridade que obtiverem uma pontuação final no 6CIT entre os 11 e os 28 valores, apresentam compromisso cognitivo. Assim sendo, o valor operacional de corte proposto para a população portuguesa, a partir do qual se poderá fazer a distinção da presença de compromisso cognitivo no grupo de indivíduos dos 3 aos 6 anos de literacia é 11.

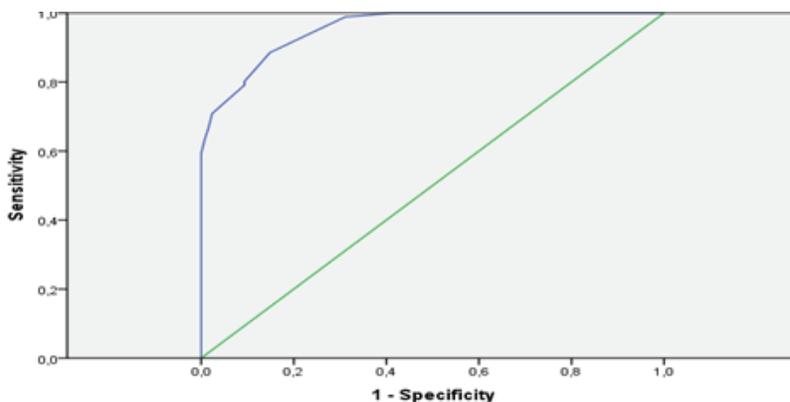


Figura 3. Curva ROC para o 6CIT no grupo de literacia dos 3 aos 6 anos.

Tabela 2

Coordenadas da Curva ROC para o grupo de literacia dos 3 aos 6 anos

Habilitações Literárias	Ponto de Corte	Sensibilidade	1-Especificidade	Especificidade	(Sensibilidade + Especificidade) ÷ 2
	-1,0000	1,000	1,000	0,000	0,500
	1,0000	1,000	0,883	0,117	0,559
	3,0000	1,000	0,727	0,273	0,637
	5,0000	1,000	0,570	0,430	0,715
	7,0000	1,000	0,414	0,586	0,793
	8,5000	0,990	0,320	0,680	0,835
	9,5000	0,990	0,313	0,688	0,839
	<b>11,0000</b>	<b>0,885</b>	<b>0,148</b>	<b>0,852</b>	<b>0,868</b>
	12,5000	0,802	0,094	0,906	0,854
	13,5000	0,792	0,094	0,906	0,849
	15,0000	0,708	0,023	0,977	0,842
	16,5000	0,667	0,016	0,984	0,826
	17,5000	0,635	0,008	0,992	0,814
	18,5000	0,594	0,000	1,000	0,797
	19,5000	0,573	0,000	1,000	0,786
	20,5000	0,521	0,000	1,000	0,760
	21,5000	0,417	0,000	1,000	0,708
	22,5000	0,354	0,000	1,000	0,677
	23,5000	0,323	0,000	1,000	0,661
	24,5000	0,260	0,000	1,000	0,630
	26,5000	0,135	0,000	1,000	0,568
	29,0000	0,000	0,000	1,000	0,500

Por último, após análise das diferentes coordenadas da Curva ROC para o grupo de literacia  $\geq 7$  anos e segundo os critérios anteriormente designados (Figura 4 e Tabela 3), é possível constatar que o ponto de corte 9 apresenta melhores valores de desempenho do instrumento. Assim, o ponto de corte 9 evidencia valores de sensibilidade de 81,8% e de especificidade de 98,0%. Fica assim demonstrado que o 6CIT consegue identificar corretamente 81,8% dos indivíduos e apenas 2,0% de todas as amostras de indivíduos sem compromisso cognitivo seriam erradamente identificadas como positivas. Deste modo, é possível afirmar que o valor operacional de corte proposto para a população portuguesa, a partir do qual se poderá fazer a distinção da presença de compromisso cognitivo no grupo de indivíduos de literacia igual ou superior a 7 anos é 9.

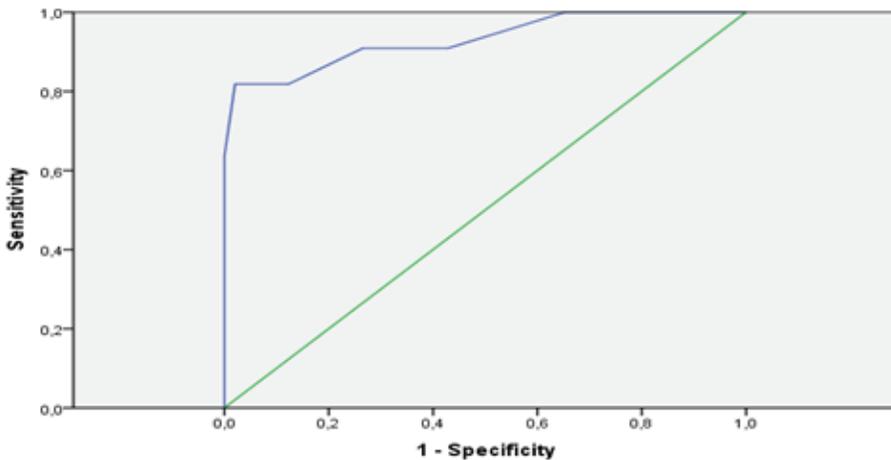


Figura 4. Curva ROC para o 6CIT no grupo de literacia  $\geq 7$  anos.

Tabela 3

Coordenadas da Curva ROC para o grupo de literacia  $\geq 7$  anos

Habilitações Literárias	Ponto de Corte	Sensibilidade	1-Especificidade	Especificidade	(Sensibilidade + Especificidade) ÷ 2
Literacia $\geq 7$ anos	-1,0000	1,000	1,000	0,000	0,500
	1,0000	1,000	0,653	0,347	0,673
	3,0000	0,909	0,429	0,571	0,740
	5,0000	0,909	0,265	0,735	0,822
	7,0000	0,818	0,122	0,878	0,848
	<b>9,0000</b>	<b>0,818</b>	<b>0,020</b>	<b>0,980</b>	<b>0,899</b>
	11,0000	0,636	0,000	1,000	0,818
	13,0000	0,455	0,000	1,000	0,727
	15,5000	0,364	0,000	1,000	0,682
	17,5000	0,273	0,000	1,000	0,636
	20,5000	0,182	0,000	1,000	0,591
	25,5000	0,091	0,000	1,000	0,545
29,0000	0,000	0,000	1,000	0,500	

### Limitações do estudo

O processo de amostragem por seleção não-probabilística selecionado para o presente estudo pode constituir uma limitação quando se pretende a maximização dos resultados com vista à sua maior representatividade. Por norma, os autores acreditam que este método de amostragem comporta riscos adicionais e não traduz dados tão precisos e representativos como aqueles obtidos por amostragem probabilística. Pela impossibilidade de acesso a toda a população e de forma a potenciar a generalização dos resultados obtidos, foram selecionados domicílios e instituições com dispersão geográfica pelas regiões Norte e Centro do país.

A amostra do presente estudo apresenta-se com uma dimensão significativa mas, com o intuito de promover a melhoria dos resultados obtidos, de forma a assegurar uma maior representatividade sem prejuízo no rigor dos critérios estipulados, esta deveria ser de maior dimensão, nomeadamente, na subamostra da comunidade que figura a maior parcela de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. Com o reconhecimento prévio da importância desta subamostra não foi possível incrementá-la pelo tempo excessivo conferido à colheita de dados nas outras subamostras, o que

restringiu o limite de tempo imposto para este procedimento em contexto comunitário, bem como pelos múltiplos constrangimentos que surgiram e que dificultaram o acesso a estes indivíduos. De forma a ultrapassar estes obstáculos e na tentativa de abranger um maior número de participantes optou-se por selecionar duas instituições direcionadas ao ensino sénior.

Relativamente à constituição da amostra final, observa-se um predomínio de participantes do género feminino e com reduzida ou nenhuma escolaridade. No sentido de ser possível a extrapolação destes resultados, era preferível uma maior equivalência de género e de níveis de escolaridade distribuídas pelas diferentes subamostras.

Importa ainda ressaltar que, ao analisar o artigo de Guerreiro e colaboradores, designado de *Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination*, se constatou que estas autoras optaram por excluir da amostra final os *outliers*, indivíduos com presença de declínio cognitivo ou demência, através da eliminação dos sujeitos com pontuação de MMSE inferior ao percentil 2,5. Tal opção foi igualmente considerada na elaboração do presente estudo e, da mesma forma, foi determinada a percentagem de indivíduos com pontuação do MMSE inferior ao percentil 2,5. A análise determinou a presença de 11 elementos que cumpriam estes critérios (média de idades: 79,27 anos; DP: 8,40 anos; 90,9% mulheres e 9,1% homens; 63,6% viúvos e 36,4% casados/união de facto; 81,8% com zero a dois anos de literacia, 9,1% com três a seis anos de literacia e 9,1% com literacia igual ou superior a sete anos). No entanto, na medida em que não se evidenciaram alterações significativas dos valores finais nas análises seguintes, optou-se por não excluir estes indivíduos da presente investigação.

## CONCLUSÃO

O 6CIT, após ser submetido a um processo de adaptação transcultural e consequente validação para língua portuguesa, aferida por exigentes critérios de validade e fidedignidade, demonstrou a sua qualidade pela consecução de resultados altamente satisfatórios e auspiciosos.

Evidenciando as suas propriedades psicométricas, o 6CIT demonstrou apresentar forte consistência interna, forte potencial de reprodutibilidade e forte correlação com a medida de critério de validação concorrente.

Os valores operacionais de corte propostos para a população portuguesa, a partir dos quais se faz a distinção da presença de compromisso cognitivo são os seguintes:  $\geq 16$  para zero a dois anos de literacia,  $\geq 11$  para três a seis anos de literacia e  $\geq 9$  para literacia igual ou superior a sete anos.

Por acréscimo, a combinação da sua brevidade e correspondente celeridade de administração e a abrangência de uma diversidade de domínios cognitivos satisfazem as restantes exigências, capacitando o 6CIT como um instrumento de rastreio cognitivo de eleição em contexto clínico e de investigação, capaz de discernir a presença e severidade do compromisso cognitivo, com garantia de adequação à realidade portuguesa.

Espera-se que este estudo de validação alcance o seu máximo potencial na contribuição para a melhoria dos cuidados de saúde em contexto nacional. No entanto, este não pode ser um estudo exclusivo, pelo que necessita de uma maior sustentação clínica para consolidar a importância do 6CIT como adequada ferramenta de triagem. Neste sentido, deve ser garantida a aposta, o esforço e o trabalho na continuidade dos estudos de aplicabilidade do 6CIT, com apresentação de novas investigações e propostas nos mais diversos contextos populacionais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM -5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: Author.
- Brooke, P., & Bullock, R. (1999). Validation of a 6 item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(11), 936-940. doi: 10.1002/(SICI)1099-1166(199911)14:113.O.CO;2-1
- Davous, P., Lamour, Y., Debrand, E., & Rondot, P. (1987). A comparative evaluation of the short orientation memory concentration test of cognitive impairment. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 50(10), 1312-1317. doi: 10.1136/jnnp.50.10.1312
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Abordagem terapêutica das alterações cognitivas* (Norma 053/2011). Recuperado de <http://www.mgfamiliar.net/LiteratureRetrieve.aspx?ID=42062>.
- Huw, T. (2010). *Six item cognitive impairment test (6-CIT)*. Recuperado de <http://www.patient.co.uk/doctor/six-item-cognitive-impairment-test-6cit>
- Larner, A. (2013). *Cognitive screening instruments: A practical approach*. London, England: Springer.
- Lourenço, R., & Veras, R. (2006). Mini-exame do estado mental: Características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista Saúde Pública*, 40(4), 712-719. doi: 10.1590/S0034-89102006000500023
- Moraes, E., & Daker, M. (2008). Abordagem do idoso com incapacidade cognitiva. In E. Moraes (Ed.), *Princípios básicos de geriatria e gerontologia* (pp. 85-104). Belo Horizonte, Brasil: Coopmed.
- Moraes, E., & Lanna, F. (2008). Avaliação da cognição e humor. In E. Moraes (Ed.), *Princípios básicos de geriatria e gerontologia* (pp. 85-104). Belo Horizonte, Brasil: Coopmed.
- Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do mini-mental state examination. *Sinapse*, 9(2), 19-25.

Neisser, U. (1967). *Cognitive psychology*. Nova Iorque, NY: Prentice Hall, 1967.

Rossini, J., & Galera, C. (2006). Atenção visual: Estudos comportamentais da seleção baseada no espaço e objeto. *Estudos em Psicologia*, 11(1), 79-86. doi: 10.1590/S1413-294X2006000100010

## CAPÍTULO II

# **IDOSOS QUE CUIDAM DE IDOSOS: MOTIVAÇÕES, DIFICULDADES, NECESSIDADES E ESTRATÉGIAS PARA CUIDAR EM AMBIENTE FAMILIAR**

MARIA DE LURDES ALMEIDA  
LILIANA GONÇALVES  
LÍGIA CRISTINA ANTUNES

## **INTRODUÇÃO**

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 crescente dificuldade da família em estar disponível para prestar cuidados está a proporcionar o aparecimento de uma nova realidade: os idosos dependentes estão a ser cuidados por outros idosos. Assim, pessoas que já se encontram em plena velhice assumem a tarefa de cuidar, embora apresentem alguma alteração na capacidade funcional e até mesmo na saúde.

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 da capacidade dos cuidadores idosos em construir um mundo para o cuidado. A pessoa idosa, enquanto cuidadora é uma realidade em crescimento, embora pouco estudada. Reconhecendo que a prestação informal de cuidados é uma tarefa complexa, envolvendo múltiplas e específicas condições e experiências, perspetivou-se conhecer e analisar alguns fatores relacionados com esta problemática.

Este estudo tem como objetivos: identificar e descrever os motivos do cuidador informal para assumir o cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio; identificar as dificuldades que o cuidador informal percebe na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente; e identificar as necessidades dos cuidadores informais idosos, no domicílio.

## Considerações contextuais e conceituais acerca do cuidador informal

Cuidar de alguém foi sempre, desde os primórdios da humanidade, preocupação do Homem. Collière (1999) define cuidar como

(...) um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais (pp. 235-236).

A autora supramencionada defende que a prática de cuidados é, sem dúvida, a mais velha prática da história do mundo sendo a função de cuidar dos idosos, desde sempre, um papel intrínseco à família.

À medida que se envelhece, a possibilidade de realizar de forma independente algumas atividades de vida diária diminui o que leva a uma maior dependência na pessoa idosa e conduz a necessidade de ajuda na satisfação das atividades essenciais da vida diária, no que respeita à autonomia física, psicológica e social. No entanto, muitos idosos não dispõem de percursos de vida e condição económica que lhes proporcione autonomia suficiente, necessitando de suporte de cuidados pelo que na opinião de Rodriguez, Álvarez, e Cortés (2001) se deve enfatizar cada vez mais os cuidados informais em contexto domiciliário. Atualmente, nos diferentes países Europeus, assiste-se a um discurso comum centrado na preservação da autonomia e dignidade da pessoa idosa, perante o qual o domicílio surge como a solução a privilegiar.

sendo a função de cuidar dos idosos, desde sempre, um papel intrínseco à família.

Todavia, o cenário do século XXI apresenta-se com características muito peculiares. A diminuição da natalidade, que se tem vindo a verificar, faz com que a percentagem de jovens na população total decresça, o que por sua vez se reflete na estrutura familiar, tornando a rede de parentesco menos extensa e com menor capacidade para partilhar papéis e responsabilidades.

Desta forma, as alterações demográficas e sociais estão a alterar o panorama dos cuidados familiares. Pois se, por um lado, existe aumento progressivo de idosos a necessitar de cuidados, por outro, o número de famílias disponíveis e com condições para exercer a tarefa de cuidar está a diminuir (Paúl & Fonseca, 2005).

Apesar da instituição família se ter alterado devido ao envelhecimento populacional e a um vasto conjunto de mudanças económicas e sociais (aumento do número de mulheres com carreiras profissionais, desadequação das habitações, aumento do número de famílias

monoparentais de viúvos e viúvas e maior mobilidade geográfica das pessoas), a família é ainda hoje a instituição de apoio mais importante e a fonte preferida de auxílio e assistência aos idosos (Paúl & Fonseca, 2005; Stone, Cafferata, & Sangle, 1987) independentemente da estrutura familiar, social e política dos países (De La Cuesta, 1995).

A tradição cultural portuguesa atribui às famílias, particularmente aos seus membros femininos, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados. Tal como afirmam Costa e Silva (2000, p. 15) “muitos idosos em função dos seus próprios percursos de vida e condição económica deficitária não dispõem de autonomia suficiente”, necessitando de suporte de cuidados pelo que se deve enfatizar cada vez mais os cuidados informais em contexto domiciliário.

O conceito de cuidado informal é utilizado para definir as redes de relacionamento entre família, amigos e vizinhos (Dobrof, 1997) que prestam cuidados a uma pessoa dependente de modo regular e não remunerado. O cuidador informal é, então, a pessoa, familiar ou não, que proporciona apoio diário a nível pessoal e instrumental à pessoa com necessidades, presta cuidados no domicílio do idoso ou do próprio, para que a pessoa idosa em situação de fragilidade ou dependência continue a viver no seu lar ou na comunidade e assim evita a institucionalização (Rodríguez, Álvarez, & Cortés, 2001).

De acordo com o grau de envolvimento na prestação de cuidados, Stone et al. (1987) e Martín (2005) distinguem dois tipos de cuidadores informais: o cuidador informal principal e cuidador informal secundário. O cuidador informal principal é a pessoa que proporciona a maior parte dos cuidados, não é remunerada e sobre quem recai a responsabilidade dos cuidados ao idoso dependente (Cerqueira, 2005).

Os cuidadores informais secundários são aqueles (familiares, amigos, vizinhos próximos ou profissionais) que auxiliam, quando solicitados, na prestação direta de cuidados de forma ocasional ou regular, na esfera económica, no apoio em atividades sociais ou de lazer, mas não tem a responsabilidade de cuidar (Cerqueira, 2005; Martín, 2005). Assim, perante a mesma pessoa podem ser identificados vários cuidadores secundários e estes podem substituir o cuidador principal nas suas ausências (Martín, 2005; Neri & Carvalho, 2002; Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006; Tennstedt, McKinlay, & Sullivan, 1989).

Cuidar de um idoso dependente, apesar de ser percebido pela maioria das sociedades como uma das funções básicas da vida em família, é uma atividade complexa, com dimensões psicológicas, éticas, sociais e demográficas, para além de comportar também aspetos clínicos, técnicos e comunitários (Luders & Storini, 2000). Tornar-se cuidador raramente decorre de um processo de livre escolha. Acontece, por um lado, devido à escassez de recursos na sociedade, instituições de qualidade e com custos monetários acessíveis, por outro, devido à disponibilidade da pessoa em assumir esse papel (Figueiredo, 2007). Na

realidade, os motivos subjacentes à decisão de assumir e dar continuidade à prestação de cuidados a um idoso dependente constituem um domínio difícil, marcado fortemente pelas tradições da sociedade em que se está inserido, pelos padrões e normas sociais vigentes em cada cultura, pela concepção de vida e da história de cada indivíduo (Santos, 2006).

No papel de cuidador a pessoa vivencia as dificuldades físicas, psicológicas do envelhecimento e também elas, na opinião de Gonçalves, Alvarez, e Santos (2000), apresentam comprometimento da sua vida pessoal, do seu autocuidado e da sua qualidade de vida, fragilidades orgânicas e emocionais, acabando muitas vezes por adoecer ou mesmo falecer primeiro que o idoso de quem cuidam.

A função e desempenho do prestador de cuidado informal no domicílio são impostos, muitas vezes, pela própria dinâmica familiar, que de repente, quase sem saber e sem um processo consciente de decisão, os mais próximos ou mais solidários, assumem a responsabilidade do cuidado, enquanto outros, também potenciais cuidadores, se afastam (Figueiredo, 2007).

No que respeita às tarefas desempenhadas, o cuidador principal de acordo com Sequeira (2010, p. 98) “tem a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar diretamente da pessoa idosa”. Assim, presta apoio direto nas atividades básicas de vida diárias (cuidados de higiene pessoal, apoio no vestir, na mobilidade, no alimentar-se, etc.) e instrumentais (transporte, compras, tarefas domésticas, preparação das refeições, gestão financeira, administração de medicamentos, (...). Neri (2000) aponta como importantes as tarefas do cuidador de atender a necessidades de suporte emocional (fazer companhia, atuar como confidente, conversar sobre questões pessoais ou emocionais, ajudar a manter ou reatar laços afetivos antigos) e de lidar com pressões psicológicas que emergem da prestação de cuidados.

O cuidador secundário por sua vez proporciona ajuda a nível das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), tais como: realizar as compras, pagar das despesas, acompanhar a consultas médicas, apoio emocional, supervisão regular e menos ajuda no âmbito dos cuidados pessoais (Lage, 2005a; Rolo, 2009; Tennstedt et al., 1989). Esta ajuda é também uma fonte de apoio social para o cuidador principal (Martín, 2005) que quando coabita com o idoso dependente, tende a envolver-se mais nos cuidados, existindo, portanto, uma maior interajuda entre o cuidador secundário e principal, verificando-se menores níveis de stress no cuidador principal.

Por outro lado, o cuidador secundário por vezes, não presta maior ajuda nos cuidados por constrangimentos socioeconómicos decorrentes da incompatibilidade de horários, do aumento de conflitos familiares em consequência das obrigações laborais, de uma redução significativa no rendimento económico familiar e por aumento das despesas com

o idoso dependente. Essas despesas são decorrentes de certas exigências provenientes da dependência, como por exemplo assistência pessoal especializada proveniente do setor privado, essencialmente pela falta de resposta do setor público, aquisição de equipamento, realização de adaptações na habitação no sentido de facilitar a mobilidade e o próprio cuidado à pessoa idosa com dependência (Santos, 2006).

O processo de cuidar é habitualmente um processo complexo e exigente que envolve um conjunto de situações e experiências potencialmente responsáveis pela alteração da saúde e do bem-estar do prestador de cuidados, nomeadamente no que concerne à saúde mental (Paúl, 1997; Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990). Também para Ory, Lee, Tennstedt, e Schulz (1999) o impacto da tarefa de cuidar de um idoso dependente acarreta problemas de saúde física e mental, menos tempo livre e de lazer, mais conflitos familiares e mais problemas profissionais. Por estas razões, os cuidadores informais são muitas vezes denominados de *hidden patients* (utentes ocultos), uma vez que também necessitam de ajuda e de apoio no sentido de incrementar a sua própria saúde e bem-estar.

De facto, as repercussões associadas ao cuidar envolvem um conjunto de variáveis que são potencialmente responsáveis pelas alterações positivas ou negativas no contexto do cuidador, relacionadas pelo princípio de que qualquer pessoa que viva em parceria com o outro é influenciada pelo seu comportamento, em resultado do tipo, intensidade e duração da relação (Sequeira, 2010). Assim, quando uma das pessoas envolvidas nesta relação é acometida por uma doença que lhe causa dependência do outro, ocorrerão, naturalmente, alterações nesta relação.

Apesar de muitos cuidadores informais considerarem a tarefa de prestação de cuidados a um familiar idoso como algo de emocionalmente gratificante, bem como uma oportunidade de enriquecimento pessoal, na realidade tal tarefa tem também consequências negativas. A consequência resultante da prestação contínua de cuidados é denominada de *sobrecarga* (*burden*), que resulta de problemas de ordem física, psicológica, emocional, social e financeira, experimentados pelo cuidador, bem como pelos restantes elementos da família de idosos dependentes (Figueiredo, 2007; Lage, 2005a; Sequeira, 2010).

Embora a definição deste conceito não seja consensual entre os diferentes autores, ele é normalmente descrito apenas no sentido negativo, como um decréscimo nos sentimentos de bem-estar e um aumento nos problemas de saúde (Pearlin et al., 1990). Salienta-se, no entanto, que a maioria dos estudos de investigação tem privilegiado a expressão de sobrecarga familiar e desenvolvido instrumentos de avaliação, provavelmente pela valorização e interesse na pesquisa sobre repercussões negativas do cuidar em detrimento das positivas. Na realidade, a sobrecarga está associada a uma diminuição da qualidade de vida dos prestadores de cuidados, pelo que só através da sua caracterização efetiva, será possível estabelecer medidas preventivas (Sequeira, 2010).

De acordo com Paúl e Fonseca (2005) a sobrecarga é frequentemente diferenciada em objetiva e subjetiva. A primeira está relacionada com os acontecimentos e atividades concretas, ou seja, refere-se à interrupção nos aspetos da vida familiar que são potencialmente observáveis e quantificáveis, enquanto a subjetiva se reporta a sentimentos, atitudes e reações emocionais do cuidador à experiência do cuidar. Sales (2003) defende que a sobrecarga subjetiva se relaciona com características pessoais e emocionais do cuidador e pode ser definida como uma experiência geradora de stress, constituída por sentimentos de culpa, vergonha, baixa autoestima e preocupação excessiva com o familiar idoso. Vitalino, Russo, Yong, Becker, e Maiuro (1991) mencionam que qualquer tipo de avaliação deve incorporar estas duas vertentes, pois assume-se que o aumento da sobrecarga objetiva está relacionado com o aumento da subjetiva.

Apesar de a sobrecarga ter vindo a ser estudada como consequência da prestação de cuidados, ela constitui também um indício de outras consequências ou efeitos, nomeadamente na saúde e qualidade de vida do cuidador (Figueiredo, 2007). São descritos os efeitos negativos na saúde física e mental dos cuidadores, sendo de salientar uma maior incidência de doenças psiquiátricas, utilização de substâncias aditivas, doenças somáticas, pior perceção do estado de saúde, sintomas depressivos e ansiedade (Neri & Carvalho, 2002). Também Santos (2006) refere que a tensão e complexidade dos cuidados e o facto de este cuidar se tornar uma prática sistemática conduz os cuidadores a esquecerem-se de si, o que pode constituir um facto de morbilidade. Por outro lado, Spar e La Rue (2005) afirmam que o impacto na vida de quem cuida varia ao longo do processo de cuidar, sendo a sobrecarga mais elevada no início da prestação de cuidados.

Na perspetiva de Kinsella (1998), a sobrecarga poderá ser dividida em três categorias distintas: a física, a emocional e a socioeconómica. A sobrecarga física deve-se à assistência direta do cuidador principal nas atividades de vida do idoso, e dependendo do grau de dependência deste, o cuidador principal poderá ficar exausto fisicamente e, por isso, incapaz de cumprir o seu papel. O cuidador poderá sofrer vários problemas físicos, sendo os mais comuns, as lombalgias, as tendinites, as cefaleias, entre outros (Fernandes, Pereira, Ferreira, Machado, & Martins, 2002). Porém, outros estudos sugerem a ocorrência de alterações no sistema imunitário, para além dos problemas de sono, fadiga crónica, hipertensão arterial e outras alterações cardiovasculares (Begany, 1996).

A sobrecarga emocional é devido a ansiedade, a depressão, a processos antecipatórios de luto, a falta de apoios formais e de formação, a desconhecimento de como lidar perante situações e até a situações de conflito devido a sobreposição de papéis (Fernandes et al., 2002; Martins, 2004; Proot, 2003). É na área da saúde mental, na perspetiva de Morris, Morris, e Britton (1988), que os efeitos da prestação de cuidados mais se fazem notar, com níveis de depressão e ansiedade superiores aos da população em geral. Por

sua vez, Begany (1996) afirma, especialmente no caso dos prestadores de cuidados a idosos com provável Doença de Alzheimer, que cerca de metade estão clinicamente deprimidos, sobretudo devido ao isolamento social e ao stress constante em que vivem.

No que concerne à sobrecarga socioeconómica, o abandono do emprego, para além do isolamento social, pode gerar dificuldades económicas, dado que os idosos, na sua maioria, não têm rendimentos elevados (Fernandes et al., 2002; Martins, 2004; Proot, 2003). A possibilidade do cuidador informal exercer outras atividades fora de casa pode ser benéfico, pois proporciona oportunidades de descanso das tarefas diretas com a pessoa idosa, além de favorecer a interação social, minimizando problemas como isolamento, angústia ou depressão (Nakatani, Souto, Paulette, Melo, & Souza, 2003).

A sobrecarga e o bem-estar, para George e Gwyther citado por Marques (2005), são lados opostos da mesma moeda. Explicitando, os autores advogam, perante situações objetivas, o modo como cada um percebe a situação determina se ela vai ser sentida como mais ou menos stressante, ou seja, a sobrecarga não está diretamente relacionada com as alterações e factos objetivos, mas antes com a avaliação e a interpretação que o indivíduo faz acerca da importância e leitura dos acontecimentos. A mesma situação objetiva pode ser perspectivada como constrangedora para uns e não para outros, dependendo do grau de otimismo (os mais otimistas estão mais satisfeitos com a vida) ou pessimismo existente em cada pessoa (Agar et al. citado por Brito, 2002).

Salienta-se então que a sobrecarga é uma resposta individual, sendo que aquilo que é difícil para um cuidador pode não o ser para outro em idênticas circunstâncias (Lage, 2005a).

O contexto pessoal, social e de apoio adquire grande importância para quem cuida e o stress do cuidador é, segundo Nogueira (2007), devido aos seguintes fatores: maior dependência da pessoa cuidada; o cuidador ser idoso e ter doenças várias e conseqüentemente dificultar algumas das suas atividades; presença/ausência de apoio formal e informal; e o surgimento de diversos sentimentos (quer positivos quer negativos) face a nova distribuição de tarefas, essencialmente os cuidadores masculinos, pelo facto dessas tarefas anteriormente serem realizadas pelo elemento feminino do lar.

## OPÇÕES METODOLÓGICAS

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 citado por Fernandes, 2005, p. 4). É um método de abordagem qualitativa e empírica, que se revela profícua quando se pretende a compreensão da experiência das pessoas. Um dos traços da fenomenografia

consiste em ter como objeto de pesquisa a experiência dos indivíduos sobre o mundo, isto é, assumir que aquilo que os indivíduos dizem configura o seu modo de ver o mundo. A característica fundamental é ser sensível à individualidade das concepções do mundo baseada na experiência vivida pelos participantes na investigação (Ashworth & Lucas, 1998).

Pretende-se, com este estudo, identificar e descrever diferentes modos de os cuidadores experienciarem as situações significativas de cuidados ao seu familiar idoso, no contexto do domicílio. Deste modo, na análise das informações seguimos as etapas sugeridas por Marton & Booth citado por Fernandes, 2005: i) redução dos dados; ii) verificação dos diferentes tópicos ou fenómenos; iii) distinção das diferentes formas de compreender, vivenciar ou experienciar o fenómeno; iv) confrontação das várias concepções; v) relação entre grupos; vi) encontro de relações lógicas entre categorias, através da hierarquização das categorias, formando o espaço de resultados.

Atendendo às características da referida metodologia, a colheita de informação foi realizada através da entrevista semiestruturada e da observação.

Participaram no estudo, nove idosos, cuidadores informais de pessoas idosas dependentes. Por uma questão de acessibilidade e de conveniência, a população é a família do doente idoso com internamento numa unidade de cuidados continuados, do Concelho de Cantanhede. A seleção dos cuidadores obedeceu aos critérios seguintes: a) habitar na área abrangida pelo Concelho de Cantanhede; b) ser cuidador informal de um idoso com idade superior ou igual a 65 anos; c) cuidar há mais de um mês de um idoso dependente (avaliado pelo Índice de Barthel); d) não receber remuneração económica.

As entrevistas, previamente agendadas através de contacto telefónico, decorreram na casa do cuidador de dezembro de 2011 a março de 2012.

Foram cumpridas todas as etapas de pedido de autorização para a identificação dos casos e consentimento informado dos participantes, aos quais foi assegurada a confidencialidade e o anonimato.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO

A apresentação e discussão dos resultados desenvolvem-se em duas partes distintas. A primeira parte é referente à caracterização sociodemográfica e do contexto sociofamiliar dos cuidadores informais e à caracterização sociodemográfica e funcional dos idosos alvo dos cuidados. Na segunda parte far-se-á a análise e discussão dos achados.

## **Caracterização sociodemográfica e do contexto sociofamiliar do cuidador**

Os cuidadores informais de idosos apresentavam idades compreendidas entre os 65 e os 85 anos, sendo sete (7) do género do feminino e apenas dois (2) do género masculino. As esposas e as filhas assumem maioritariamente a tarefa de cuidar seguindo-se os maridos.

A mulher é o pilar de apoio das pessoas idosas dependentes sobretudo devido ao fraco envolvimento dos homens nas tarefas de ajuda aos mais dependentes. Porém, na atualidade esta não é uma realidade preponderante. Brito (2002) e Lage (2007) nos seus estudos demonstraram que os homens cuidadores são ainda uma população escassa perspetivando, no entanto, o aumento da participação dos homens na prestação de cuidados, sobretudo de cônjuges idosos.

A prestação de cuidados é assumida, na sua maioria (seis), por familiares da mesma geração do idoso. A tarefa de cuidar na rede de cuidados informais é, sobretudo, vertical, ou seja, quem assume em primeiro lugar essa tarefa é o cônjuge e na sua ausência ou impossibilidade serão os filhos e, só posteriormente, outros familiares.

Neste estudo, dois homens assumem a tarefa de cuidar das suas esposas. Picoli e Pedroso (2006) referem que o homem ainda está a aprender a exercer o seu papel de cuidador e o seu esforço possui um valor ainda maior, uma vez que é realizado com muito mais amor e menos obrigação. Com efeito, existe hoje um número crescente de homens cuidadores de esposas com demência, sobretudo cônjuges idosos, envolvidos ativamente em todos os tipos de cuidados, desde o apoio emocional ao instrumental (Ribeiro, 2005).

Verifica-se a existência de uma ordem de preferência na adoção do papel de cuidador (cônjuge-filhos-outros familiares-amigos), que Shanas (1979) denominou de modelo hierárquico compensatório ou modelo de substituição. Assim, o cuidador informal é, habitualmente, um membro da família ou alguém muito próximo do idoso, que na maioria das vezes se responsabiliza de forma direta pela totalidade da prestação de cuidados, e que em muitas ocasiões cuida de forma solitária, sem ajuda direta de outros membros da família (Sequeira, 2010)

Relativamente ao perfil dos cuidadores informais, estudos realizados na população idosa apontam para o facto da maior parte dos cuidadores informais principais serem mulheres, casadas com baixo nível de escolaridade, sem emprego remunerado e que coabitam com o idoso (Cattani & Girardon-Perlini, 2005; Simonetti & Ferreira, 2008; Stone et al., 1987; Tennstedt et al., 1989).

No que respeita à realidade da população portuguesa, estes dados são corroborados por um estudo realizado por Brito (2002) sobre a saúde mental de cuidadores de idosos.

De facto, também Figueiredo (2007) afirma que tradicionalmente a tarefa do cuidar recai sobre a figura feminina, sendo que uma das explicações apontadas tem a ver com a divisão do trabalho familiar, que se situa como mais uma tarefa doméstica, à semelhança do cuidar da casa e dos filhos.

Quanto à idade do cuidador informal diversos estudos apontam para uma média etária entre os 45-60 anos, e quanto mais velho for a pessoa dependente mais velho será o cuidador (Sousa, 2004). Na realidade, o aumento da esperança média de vida e a baixa natalidade são variáveis que podem explicar, ainda que de forma parcial, o processo de envelhecimento demográfico, mas também constituem fatores determinantes para que os prestadores de cuidados informais sejam cada vez mais idosos.

Os cuidadores apresentam baixa escolaridade e esse facto está diretamente relacionado com a idade dos mesmos, uma vez que se observa que quanto maior é a idade menor é a escolaridade. Como fonte principal de rendimentos todos os participantes referem que usufruem da reforma por velhice ou limite de idade, assim como a pessoa cuidada, para além do complemento por dependência.

Na temporalidade do cuidado verifica-se uma amplitude considerável, variando de um a 15 anos. Em seis (6) casos a situação de prestação de cuidados tem um tempo de duração entre um a cinco anos, seguindo-se dois (2) casos com uma duração entre seis a 10 anos e apenas um com duração de 15 anos.

A maioria dos cuidadores informais refere prestar apoio ao idoso dependente 24h por dia. A nível das horas dedicadas à prestação de cuidados, Sousa et al. (2006) e Rolo (2009) mencionam que cabe ao cuidador principal a tarefa mais árdua como o apoio a nível das atividades básicas e instrumentais de vida diária, assumindo tarefas de supervisão e vigilância constantes.

Cuidar de um idoso exige um suporte económico que nem sempre está presente. Apesar de não determinarmos o nível económico dos participantes e idosos dependentes, verificamos que a situação é pouco favorável atendendo aos valores baixos das reformas que auferem. Todos os entrevistados referem rendimentos insuficientes face às despesas associadas ao cuidado do idoso dependente e expressam necessidade de maior ajuda a nível financeiro.

Quanto ao nível e grau de dependência dos idosos alvo dos cuidados verifica-se que oito (8) apresentam dependência total na satisfação das atividades fundamentais de vida diárias, e apenas um (1) com dependência moderada; a maioria (5) é do género feminino. As suas idades variam entre os 70 e os 90 anos, em que cinco destes se encontram na faixa etária dos 70 aos 80 anos. O grau de dependência do idoso alvo de cuidados é segundo Lage (2005b) um fenómeno complexo e surge como resultado

do aparecimento de um défice que limita a atividade, em termos da funcionalidade da pessoa, em consequência de um processo patológico ou acidente.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

O objetivo das categorias é alcançar a expressão resumida do conteúdo ou significado dos achados de modo a descrever semelhanças e diferenças no significado. Da análise dos achados construíram-se as seguintes categorias: Motivação para cuidar, Cuidar de uma pessoa dependente, Necessidades do Cuidador e Estratégias utilizadas pelos cuidadores para lidar com o impacto do cuidar, ilustradas com excertos de entrevistas.

### Motivação para cuidar

Os participantes do estudo verbalizaram diferentes motivações para a assunção da tarefa de cuidar (Figura 1). Assim, após apreciação das entrevistas, emergiram seis categorias dos motivos que influenciam a aquisição do papel do cuidador, nomeadamente de âmbito pessoal (a relação de parentesco, a reciprocidade, a proteção ao outro); afetivo (o amor e a compaixão); familiar (cumprir a vontade do idoso, poupar os filhos e conflitos familiares); social (ausência de suporte social e reconhecimento social), económica (diminuição ou falta de recursos se ocorrer a institucionalização) e moral-ético (dever/ obrigação moral, princípios religiosos, modelo a seguir para os filhos).

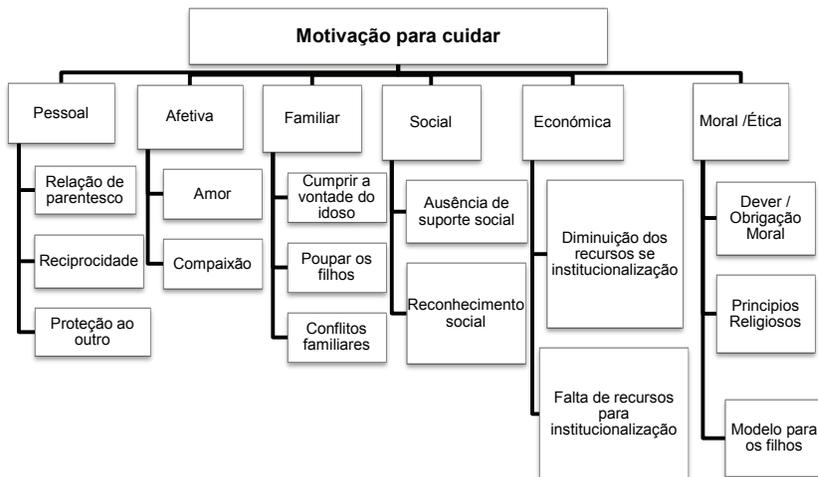


Figura 1. Opinião dos cuidadores acerca dos motivos para cuidar do familiar.

A principal fonte de motivação para assumir essa função reside na relação de parentesco. Cuidar membros doentes ou dependentes faz parte integrante da história da família, "(...) até ao ponto de ser considerada como uma tarefa diretamente sua" (Lage, 2005b, p. 203). Na verdade, "a família é o grupo primário básico de apoio e que tem o papel mais relevante no cuidado a longo prazo, como é o caso da dependência associada à doença crónica" (Sequeira, 2010, p. 100) pelo que nestas situações um dos seus membros assume o papel de cuidador principal.

A relação de parentesco está presente na conjugalidade. O facto do cuidador idoso ser casado com pessoa cuidada assume uma parte integrante na determinação do cuidar tal como narra uma cuidadora: "(...) casei-me com ele por amor e tenho-lhe amor" E1 (2011, 2012). Daley citado por Lage (2007) afirma que o papel do cuidador cônjuge idoso é assumido de uma forma mais fácil, como continuação das responsabilidades tradicionais do casamento. De facto, a esposa é frequentemente a cuidadora principal, seguida pela filha que também possui idade avançada (Silva, 2009).

Assim, neste estudo e em conformidade com Sousa et al. (2006), verifica-se uma solidariedade conjugal vitalícia, uma vez que se "casamos para sempre, na saúde e na doença" E1 (2011, 2012).

Outros cuidadores assumem a tarefa de cuidar por reciprocidade: dar ao idoso aquilo que ele já deu, como uma dívida para com o idoso como se pode constatar nos seguintes discursos: "Se ela cuidou de nós a passar tanta dificuldade, a passar fome, para nos criar, porque é que nós duas não olhamos pela minha mãe?" E6 (2011, 2012); "Sabe como ela tratou sempre dos meus avós, eu achava que ela devia ser tratada com dignidade, não era num lar, era perto da família." E8 (2011, 2012).

Para estes cuidadores cuidar de um familiar significa um ato de reciprocidade que, como afirmam Imaginário (2008) e Andrade (2009), espelha o sentimento de gratidão e estima para com a pessoa idosa. Assim, a reciprocidade constitui-se essencial a toda a dinâmica e estrutura familiar, pois é na família que ela se promove. Também Hespanha (1993) concluiu que a família, mesmo em condições muito difíceis, se organiza para assumir o cuidado e desta forma retribuir o sacrifício do outro.

Slepoj (2000), Moreira (2001) e Nogueira (2007) defendem a reciprocidade enquanto condição necessária em todas as formas de agregação social, caracterizando-se esta relação pela cooperação, pela solidariedade e pela comunhão de intenções. O sentimento de proteção ao outro é apontado pelos cuidadores como fundamento para assumir o papel de cuidador: "E não quero que ele fique sozinho e não o quero abandonar...Quero estar ao lado dele" E2 (2011, 2012).

Os cuidadores entendem que os seus familiares são melhor cuidados no domicílio do que nas instituições e o internamento em lar é uma experiência angustiante, não só para os

idosos dependentes, realçando que estes preferem ser cuidados no meio familiar, como também para os seus cuidadores. Os participantes entendem que o facto de cuidarem do seu familiar lhes confere um sentimento de proteção ao outro e a certeza de melhores cuidados. Denota-se que a preocupação de não recorrer à institucionalização é constante, por parte dos idosos cuidadores, pela depreciação generalizada que existe em relação aos lares, tal como se deteta na seguinte narrativa:

Não, não, no lar não. Eu antes quero tratar dela em casa do que tê-la num lar. Não a queria meter num lar porque na minha casa eu sei o que faço e no lar eu não sei o que ela passa. Quero estar sempre ao pé dela porque ela é muito saudosa e nós também somos. E6 (2011, 2012).

A figura de cuidador está baseada na premissa de que o ser humano tem inato o direito de poder funcionar ao seu melhor nível e o cuidador deve promover o bem-estar da pessoa alvo desses cuidados, ao nível físico, intelectual, emocional e espiritual. Apesar de toda a evolução cultural e social o idoso, ainda hoje, entende a institucionalização como um abandono, a família a desfazer-se de um *inútil* ou de um *estorvo*. Por essa razão, muitos cuidadores envolvem-se no cuidado pela preocupação de não recorrer à institucionalização dos seus parentes, sendo esta preocupação partilhada por idosos e familiares.

A institucionalização surge, habitualmente, como uma escolha derradeira, e somente quando todas as outras alternativas falham. Por um lado existe a pressão social, sendo esta mais forte em ambientes rurais; por outro lado, a consciência moral (Ballesteros, 2000). A institucionalização raramente é uma escolha voluntária, mas sim uma imposição aceite como último recurso. Apesar da qualidade das instituições ser cada vez melhor e a institucionalização mais frequente, esta é conotada com imagens negativas, e são poucos os idosos que a aceitam de uma forma tranquila. Enquanto os lares de idosos suscitam imagens de abandono e incapacidade familiar, a prestação de cuidados no domicílio favorece e integração social, possibilitando ao idoso a permanência num ambiente familiar e confortável, onde este poderá, dentro das suas limitações, maximizar o controlo sobre a sua vida (Andrade, 2009; Monteiro, 2010; Santos, 2008).

Não obstante, outros participantes deste estudo referem ter assumido a tarefa de cuidar por relações de afeto, nomeadamente o amor e a compaixão, como se encontra patente nos discursos “(. . .) é uma companhia de 52 anos vai em 53, e pronto... casei-me com ele por amor e tenho-lhe amor” E1 (2011, 2012). Os sentimentos como o amor, afeto e carinho ou pena são motivações que interferem na decisão do assumir o papel de cuidador. Os cuidadores cuidam do idoso dependente por força dos laços de solidariedade, dos sentimentos de afeto e carinho e do desejo de manter o idoso dependente no seio familiar, e só questionam a necessidade de institucionalização em casos de força maior.

O sentimento de compaixão do cuidador pelo idoso dependente manifesta-se através da assunção dos cuidados também no sentido de afastar a institucionalização do idoso, “Tenho pena dele...gosto dele e não o quero abandonar” E2 (2011, 2012), minimizando assim o sofrimento decorrente de novos processos de adaptação e por se acreditar que o domicílio constitui um espaço mais acolhedor e confortável, onde as pessoas possam viver com melhor qualidade de vida, “...sim, aqui ela é melhor cuidada, na casa dela” E8 (2011, 2012). Simonetti e Ferreira (2008) e Monteiro (2010) afirmam que cuidar poderá não ser mais do que um ato de compaixão, caridade ou gratidão.

Nos discursos dos idosos cuidadores emerge a motivação de ordem familiar, nomeadamente o cumprir a vontade do idoso dependente, poupar os filhos e evitar conflitos familiares. Entendem que, para além da família naturalmente assumir o cuidar, também devem ter em linha de conta a vontade do idoso: “Pronto a razão de ela estar aqui é de gosto, ela está de gosto, derivado que gosta de estar comigo e em casa dela, ainda” E8 (2011, 2012). De facto o desejo do idoso ficar na sua casa tem sido encontrado como resultado em diferentes investigações com cuidadores informais de idosos dependentes (Andrade 2009; Imaginário, 2008; Santos, 2008). Cumprir a vontade do idoso em permanecer na sua casa, não é de todo estranho uma vez que é lá que encontram o carinho daqueles com quem conviveram a vida toda e na qual estão rodeados pelos objetos mais significativos. Um outro aspeto que influencia a assunção do papel de cuidador é o *poupar os filhos* não só a nível financeiro como também a nível da prestação direta de cuidados: “(. . .) os filhos também não podem despender de dinheiro para a gente..., porque um lar para ele é muita coisa e um mês passa-se num instante” E1 (2011, 2012).

A motivação destes cuidadores é fator resultante da sociedade atual, onde o número e famílias tradicionais tende a diminuir e a maior parte dos elementos do agregado familiar tem atividades laborais exteriores ao lar. Entende-se que a tendência será os mais idosos assumirem cada vez mais a tarefa de cuidar dos mais dependentes, pois são estes os mais disponíveis das obrigações laborais. Também o elevado custo da institucionalização quando comparado com o baixo valor das pensões faz com que o cuidador idoso se veja *obrigado* a cuidar o idoso dependente para não depender financeiramente dos filhos.

A ausência de suporte social leva o cuidador a tomar a seu cargo a tarefa de cuidar do seu familiar dependente. Esta ausência em muito se deve a todo o conjunto de alterações à volta da família do idoso, nomeadamente a maior libertação da mulher para o mercado de trabalho, o aumento da possibilidade de divórcio, o maior controlo da possibilidade de ter filhos, a maior independência entre pais e filhos e as novas formas familiares (Hortelão, 2003).

No âmbito financeiro, os dados são ambivalentes. Por um lado os cuidadores apontam a falta de recursos financeiros que impedem a tomada de decisão da institucionalização e

por outro a diminuição dos recursos da família se a institucionalização ocorrer. De acordo com Hespanha e Portugal (2000) as famílias confrontam-se com a dupla escassez de recursos, desde a insuficiência de apoio estatal até à incapacidade de encontrar no seu seio respostas cabais para fazer face às necessidades com que se deparam. Apesar do incremento considerável que se tem verificado nos cuidados à população idosa desde a década de 60, Sousa et al. (2006) defendem que, para além de escassos e sem tradição, os serviços de apoio aos idosos estão, normalmente, sob a coordenação de técnicos sem formação específica na área da geriatria/gerontologia pelo que os cuidados prestados nem sempre se adequam às necessidades efetivas dos idosos, bem como não correspondem às expectativas dos seus cuidadores.

Cuidar por motivos morais e éticos, dos quais se destacam o dever/obrigação moral, princípios religiosos e modelo a seguir pelos filhos é referido pelos cuidadores. Entende-se que o dever é fruto da sociedade onde os cuidadores estão inseridos. Pelo casamento os laços familiares são regidos por direitos e obrigações aos quais se torna difícil não corresponder, sendo que estas normas morais aparecem num quadro modelado pelas circunstâncias culturais, sociais e económicas. A determinação dos cuidadores em concluir a sua missão, mesmo em condições muito difíceis, para Figueiredo (2007) e Santos (2008) explica-se pelo facto de considerarem o cuidar como um dever ou uma obrigação pessoal.

A noção de dever surge como a motivação mais poderosa que leva o cuidador a prestar cuidados, que podem ser identificados a dois níveis, o dever social e o dever moral. O primeiro dever (ou pressão social) apoia-se no modelo da família tradicional, que implica, por um lado, que os familiares se sintam desvalorizados aos olhos dos outros se não tomarem conta dos seus familiares e, por outro, se sintam valorizados se respeitarem a regra. O dever moral pode surgir de diversas formas e ter variadas origens, nomeadamente, dar em troca, não se sentir culpado, cumprimento de promessa feita que implica que os cuidadores se coloquem no lugar do outro ou sentimentos de gratidão e reciprocidade para com a pessoa de quem se cuida (Andrade, 2009; Simonetti & Ferreira, 2008; Sousa, 2004).

Os idosos cuidadores justificam o assumir da função de cuidar com os princípios religiosos, especialmente cristãos de amor ao próximo e ajuda aos outros a motivação para cuidar. As razões ligadas a ideologias religiosas foram também encontradas por Sousa (2004) e Andrade (2009), ou seja, os cuidadores evocam doutrinas religiosas esperando a recompensa de Deus por serem cumpridores dos seus mandamentos, no momento em que ajudam a pessoa idosa.

O papel de cuidador também é assumido como exemplo a dar aos descendentes, na esperança de que no futuro os seus filhos façam o mesmo em relação a eles. Parece que, ao mesmo tempo que o fazem a pensar no futuro, também o fazem porque, de

certa forma, estão a retribuir um cuidado que o idoso dependente teve para com eles em algum momento da sua vida tal como se verifica nas seguintes expressões: “ (...) é uma obrigação da família... eu pelo menos é isso que eu sinto, então pois se a gente cuida dos filhos quando eles são pequeninos porque é que eles não hão de cuidar de nós?” E9 (2011, 2012); “É uma missão que eu tenho de cumprir... até quando eu não sei” É nosso dever, cuidar dos nossos (...) para um dia também mo fazerem a mim...espero isso E5 (2011, 2012).

## **Cuidar de uma pessoa dependente**

Os cuidadores informais confrontam-se diariamente com novos desafios e com novas solicitações, para os quais nem sempre tem as respostas mais adequadas face às expectativas das várias pessoas envolvidas.

Neste estudo, o impacto da tarefa de cuidar oscila igualmente, entre dois polos opostos, o negativo e positivo. Relativamente ao impacto negativo repercute-se na sobrecarga a nível físico (doença, idade do cuidador, cansaço), social (isolamento, ausência de colaboração; tempo de prestação de cuidados), económica e emocional. Por sua vez, o impacto positivo incorpora o reconhecimento e a satisfação pessoal (realização pessoal e bem-estar e dignidade da pessoa cuidada).

No que respeita à sobrecarga a nível físico, os participantes afirmam que o cansaço físico, a doença e a sua própria idade interferem, de algum modo, com a tarefa de cuidar. O cansaço físico é bem perceptível nas seguintes narrativas: “Estou cansada, muito cansada. Estou muito mal, não posso estar pior.” E1 (2011, 2012); “Às vezes as forças também se perdem... não é?!” E5 (2011, 2012).

O agravamento do estado de saúde do cuidador é referido como consequência da prestação de cuidados, tal como relatam alguns cuidadores: “Penso que não tenho nada...mas não estou 100%, já tive também um AVC (...) ainda tenho sequelas, não tenho aquela mobilidade que tinha” E3 (2011, 2012); “A minha saúde tem agravado muito desde que cuido dele, porque ele não pára e eu não o posso deixar sozinho, porque tenho medo que ele caia ... depois tenho aqui uma tendinite no ombro esquerdo” E4, (2011, 2012); “Eu também sou doente, muito doente...o que não me ajuda a cuidar.” E6 (2011, 2012).

A idade também é apontada como razão dos problemas sentidos na prestação de cuidados: “Também já tenho 75 anos, a idade também já é alguma! Já não tenho aquela habilidade que tinha” E2 (2011, 2012).

A idade pode ser um fator de sobrecarga nos cuidadores, pois existe maior vulnerabilidade ao esforço despendido e na maioria os cuidadores de idosos são também idosos e doentes.

De acordo com Santos (2008) existem dados revelantes de que a mortalidade geral dos cuidadores familiares é consideravelmente superior à dos familiares da mesma faixa etária que não prestam cuidados. Assim, o risco de morbidade nos cuidadores idosos advém da sua própria idade, dos problemas de saúde com que eles próprios se debatem (McGarry & Arthur, 2001) bem como da interferência de outras variáveis, como os baixos rendimentos, dificuldade de acesso aos serviços de saúde (Andrade, 2009).

A nível da sobrecarga social aludem ao isolamento, à ausência de colaboração e ao tempo de prestação de cuidados. Na ausência de colaboração um cuidador refere: “Sozinho, completamente sozinho, ninguém aparece...” E3 (2011, 2012).

No que respeita ao isolamento social este é evidenciado através das seguintes narrativas: “Nem às marchas de S. João aqui eu fui.” E1 (2011, 2012); “Olhe não vou ao café, nem à missa, nem falar com as minhas amigas... nada, nada, nada” E2 (2011, 2012).

A tarefa de cuidar provoca alterações em toda a dinâmica familiar assim como nas rotinas diárias do cuidador. De igual modo Moreira (2001), Santos (2008) e Imaginário (2008) mencionam que a prática de cuidados informais provoca restrição de contacto social e o isolamento imposto pela responsabilidade do cuidar provoca no indivíduo um intenso conflito emocional, sobrecarga social, já que vê restringida a sua atividade social e de lazer (Fernandes et al., 2002; Moreira, 2001).

Também o tempo de prestação de cuidados é apontado como fator de sobrecarga, pelos participantes. Uma cuidadora refere: “Estou cansada....muito cansada. Estou muito mal, não posso estar pior, já há cinco anos....Não podia estar pior.” E1 (2011,2012).

As experiências passadas e o tempo de duração de um acontecimento (situação de crise) no ciclo de vida de um indivíduo ou família são fatores determinantes do significado atribuído ao evento e da capacidade de gerir a situação. Neste sentido, à medida que aumenta a duração do cuidado, mais a experiência do cuidado se repercute negativamente na perceção de sobrecarga, diminuindo também, à medida que o tempo passa, a satisfação com cuidados (Lage, 2007).

No entanto, com o decorrer do tempo pode acontecer uma certa estabilização no grau de exposição ao stress produzindo um efeito de adaptação da qual também podem advir mudanças nas exigências dos cuidados que tornam o cuidado menos penoso. O desenrolar da doença pode determinar mudanças no decurso das exigências de cuidado, mais fortes no início do papel, e o sentido da sobrecarga pode estabilizar ou diminuir ao longo do tempo, em virtude de uma variedade de processos dentro da vida do cuidador (Lage, 2007).

A sobrecarga a nível económico é um fenómeno do contexto diário dos cuidadores, pois para além de terem a preocupação em suprir as necessidades da casa e do cuidado à

pessoa dependente, o cuidador sofre privações em consequência do orçamento rígido e controlado. Salienta-se no entanto, que na base destas situações está também, o desconhecimento dos benefícios sociais disponíveis.

Por último, a sobrecarga emocional é apontada pela maioria dos cuidadores. Para Andrade (2009) e Ricarte (2009) o grau de dependência do idoso alvo de cuidados está diretamente relacionado com a perceção de sobrecarga por parte do cuidador e que quanto maior o nível de dependência nas Atividades de Vida Diárias (AVD) e AIVD's maior o nível de sobrecarga. Quanto maior a necessidade da pessoa alvo de cuidados, mais os cuidadores se veem *exauridos* na medida em que estão em vigilância constante e sem pausa para folgar. Esta situação é ainda agravada quando o cuidador não tem ajuda de outrem para o substituir ou apoiar em determinados momentos da sua vida.

O tipo e a intensidade do cuidado estão estreitamente relacionadas com as exigências objetivas deste, nomeadamente, com a deterioração cognitiva, as perturbações comportamentais e com a dependência funcional para as atividades de vida diária (Lage, 2007). De facto também os nossos cuidadores referem como fator de sobrecarga o grau de dependência do idoso. Na verdade dos nove idosos alvo de cuidados oito deles são dependentes em grau elevado na prestação de cuidados.

Cuidar de alguém para além das repercussões negativas pode, também, propiciar repercussões positivas (Brito, 2002; Figueiredo, 2007; Sequeira, 2010). Todavia a investigação sobre o impacto do cuidar no cuidador tende a centrar-se mais nos efeitos negativos. Só mais recentemente é que os efeitos positivos da tarefa de cuidar têm vindo a merecer destaque (Lage, 2005a) pelo que se verifica uma área escassa comparativamente aos efeitos negativos.

Como impacto positivo, alguns cuidadores apontam o reconhecimento social pela tarefa de cuidar: “A minha nora diz-me: oh ti Lurdes o ti António está aqui bem ao pé de si” E1 (2011, 2012); “Algumas pessoas, como as enfermeiras do Centro de Saúde, dizem que a minha mãe é umas das utentes que nós temos aqui mais bem cuidada aqui na zona... E isso ajuda-me muito (chora). Dá-me ânimo e ajuda-me a continuar a cuidar.” E8 (2011, 2012).

O reconhecimento social e familiar pelo cuidado prestado motiva o cuidador a assumir o seu papel e constitui um poderoso incentivo à continuidade do mesmo. Outros porém mencionam que obtém um sentimento de satisfação pessoal da tarefa de cuidar, pela realização pessoal e pelo bem-estar e dignidade da pessoa cuidada, tal como é evidente nas seguintes narrativas: “Tenho orgulho em saber que ela aqui está bem cuidada” E6 (2011, 2012); “Na casa dele é que é cuidado com dignidade” E9 (2011, 2012).

Todavia para Sousa et al. (2006, p. 78) “apesar de muitos cuidadores informais considerarem a tarefa de prestação de cuidados a um familiar idoso como algo de emocionalmente gratificante e uma oportunidade de enriquecimento pessoal, é inegável que este encargo acarreta consequências negativas”.

## **Necessidades do Cuidador**

Identificar as necessidades dos cuidadores informais é um processo complicado, dada a variabilidade individual, a fase da prestação de cuidados e o contexto em que o mesmo ocorre. Para além disto, realça-se que os próprios idosos cuidadores tiveram alguma dificuldade em formular e imaginar as suas reais necessidades, principalmente porque desconhecem os apoios formais existentes dos quais podem usufruir.

Os cuidadores quando questionados acerca das suas necessidades na prestação de cuidados centraram as suas respostas em torno dos seguintes parâmetros: tempo livre; apoio socio-relacional e espiritual, nomeadamente necessidades de conviver e religiosas; apoio financeiro; apoio no cuidar como necessidade de apoio informal; melhoria das respostas dos serviços e ajudas técnicas.

As narrativas dos cuidadores fazem sobressair que não dispõem de tempo para cuidar de si. E quando o fazem, surgem muitas vezes sentimentos de culpa associados à ideia de deixar o idoso ao abandono, como relatam as cuidadoras: “Nem às marchas de S. João aqui eu fui porque custa-me deixá-lo sozinho, tenho pena dele...” E1 (2011, 2012); “Olhe às vezes saio com a minha filha, mas chega-se aquela hora e tenho de voltar, porque não a consigo deixa-la muito tempo...mesmo estando os meus vizinhos a tomar conta...é mais forte que eu...tenho de vir.” E8 (2011, 2012).

Cuidar de um idoso faz com que o estilo de vida do cuidador seja modificado em função do outro, pois exige despender de muito tempo e dedicação a tempo inteiro. O cuidador face às necessidades do idoso dependente vê-se obrigado a converter o tempo, que anteriormente dedicava ao lazer, na prestação de cuidados.

Um dos maiores obstáculos apontados, enquanto vivenciam o processo de cuidar, é a impossibilidade de sair de casa de realizar atividades de lazer, pois de forma geral ficam amarrados à responsabilidade e à preocupação diária com a doença e o cuidado ao idoso (Botelho, 2011; Ekwall, Sivberg, & Hallberg, 2007; Ferreira, Alexandre, & Lemos, 2011; Figueiredo, 2007; Veríssimo & Moreira, 2004). As restrições de tempo livre são reais e resultam da combinação de uma série de fatores, nomeadamente a ausência de apoio externo, bem como o nível elevado de dependência da pessoa idosa, o que vai ao encontro dos achados deste estudo uma vez que dos nove idosos alvo de cuidados oito são totalmente dependentes em todas as AVD's. Para Bris (1994, p. 108) “a falta de

liberdade e de tempo cria frustrações, impossibilidade de recuperação e, ainda a perda de energia e de vontade de empreender o que quer que seja”.

Para quem vive esta experiência a impossibilidade de sair de casa, devido à responsabilidade constante e preocupação diária com o cuidado ao idoso, contribui para a diminuição das atividades sociais e consequente isolamento e perda de liberdade, porque o cuidador não usufrui de tempo para si. Para Sousa et al. (2006) a redução de atividades sociais acarreta uma dupla negatividade, pois o cuidador estabelece menos relações sociais assim como fragiliza as que já tinha, e perde oportunidade de obter apoio social.

A necessidade mais sentida pelos cuidadores é a de ter alguém com quem falar acerca da sua experiência, dificuldades, preocupações ou mesmo satisfação inerentes à prestação de cuidados. Na realidade denota-se que estes cuidadores vivem por vezes isolados e resignados na tarefa de cuidar. Realça-se que durante a realização das entrevistas alguns cuidadores deixaram escapar que aquela visita tinha sido uma das únicas nos últimos tempos.

Os participantes mencionaram ainda que devido à prestação de cuidados deixaram de poder realizar as suas práticas religiosas. Acredita-se que estes achados se prendem com o facto de os cuidadores prestarem cuidados permanentes o que limita o acesso às manifestações de âmbito espiritual e religioso.

A necessidade mais apontada pelos cuidadores foi de apoio financeiro. Na realidade todos os cuidadores referem enfrentar necessidades económicas e declaram escassez de rendimentos resultante de baixos valores das pensões e/ou reformas, das elevadas despesas com medicação e ajudas técnicas e da justaposição de necessidades dos idosos e dos cuidadores. Os encargos financeiros de cuidar dos idosos são elevados e assumem-se ainda mais pesados para os que são provenientes dos estratos socioeconómicos mais frágeis.

Por fim, mas não menos importante, alguns dos cuidadores indicam ainda como necessidade o apoio no cuidar. Neste sentido, o cuidador relata que necessitava de:

Uma pessoa para cá estar era importante, ou que viesse cá todos os dias mas sei lá não será possível a gente ter uma pessoa para tratar em casa (...) Virem mais vezes por exemplo uma enfermeira ou enfermeiro, umas pessoas fazerem mais vigia, virem cá visitar as pessoas. E3 (2011, 2012)

Este cuidador informal refere necessitar de mais ajuda ao nível dos apoios informais e formais, nomeadamente para a realização das tarefas do cuidado diário, para o

substituir, a fim de dispor de mais tempo para si mesmo, bem como para o apoiar emocionalmente. Esta necessidade de ajuda de outrem pode estar implícita na idade avançada do cuidador e, por conseguinte nos problemas de saúde que apresentam, que muitas vezes lhe dificultam a realização da sua tarefa. Também está patente que este cuidador considera que deveria ser mais apoiado pelos profissionais de enfermagem.

Também, o estudo conduzido por Andrade (2009) revela que todos os cuidadores pertencentes à sua amostra mencionam que uma das suas maiores necessidades por eles percebidas consistia no apoio social insuficiente para cuidar da pessoa idosa no domicílio, destacando os enfermeiros das equipas domiciliárias.

### **Estratégias utilizadas pelos cuidadores para lidar com o impacto do cuidar**

Para ultrapassar a vicissitude de cuidar de um idoso dependente no domicílio os participantes desenvolvem estratégias a nível social (o apoio formal e apoio informal), a nível pessoal (a coragem) e a nível espiritual (religiosidade).

Nas estratégias a nível social, os cuidadores socorrerem-se do apoio social informal e do apoio formal (apoio domiciliário): “Até antes dela se por de pé, a vizinhança vinha toda aqui perguntar quando é eu precisava de ajuda” E5 (2011, 2012); “Tenho o apoio domiciliário, que é o que me vale. Elas vêm cá e dão-lhe o banho e sentam-no na cadeira e depois vêm à tarde e deitam-no na cama.” E2 (2011, 2012).

O apoio informal é proporcionado maioritariamente pelos familiares (filhos e noras) e vizinhos, embora admitam que este nem sempre é adequado às suas necessidades. Centra-se essencialmente, nas visitas diárias, de fim de semana, ou meramente ocasionais. Também dá contributo na preparação da alimentação, passeios, cuidados à casa, aquisição de recursos materiais e em alguns casos acompanhamento e assistência na saúde.

O apoio fornecido pelos amigos e vizinhos é regular, essencialmente, a nível emocional e de supervisão. O facto de os cuidadores residirem num meio pequeno e, muitas vezes sozinhos proporciona laços de vizinhança e parece estar associado a um sentimento de solidariedade (Araújo, Paúl, & Martins, 2009), em que os vizinhos, muitas vezes, substituem os familiares porque se encontram mais próximos e porque estabelecem entre si relações de amizade.

O apoio da rede social é reconhecido como uma fonte importante. Os diferentes membros da rede social cumprem de forma conjunta ou individual diferentes funções de apoio técnico de serviços. No que se refere ao apoio formal o idoso dependente assim como o seu cuidador recebem ajudas do Centro de Saúde, do apoio domiciliário das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), do fisioterapeuta, este último em regime privado.

Foi também notório nos discursos dos participantes que, para além de limitar os cuidados a procedimentos técnicos, estes eram escassos na sua periodicidade, planeados muito espaçadamente no tempo. Estudos sobre a mesma matéria apresentam dados semelhantes aos encontrados neste trabalho (Araújo et al., 2009).

No discurso dos participantes, emerge a necessidade em manter uma atitude positiva/otimista. Neste sentido, acredita-se que as pessoas com este tipo de atitude lidam melhor com o stress, focando-se nos aspetos positivos da prestação de cuidados ao idoso dependente, sendo as atitudes e os comportamentos refletidos na forma como o idoso é cuidado (Lima & Marques, 2002). Os cuidadores ao valorizarem as crenças e os significados reconhecem uma história comum de sentimento de pertença, que faz com que tenham uma perceção positiva do cuidado e resulta numa melhor aceitação dos cuidados por parte dos idosos (Crist, 2004; Marcon, Sassá, Soares, & Molina, 2007).

A crença no divino é importante para lidar com o impacto da tarefa de cuidar pois cria no cuidador a necessidade de manter uma atitude positiva face à situação vivenciada, centrando-se assim em crenças religiosas, evocando Deus na tentativa de encontrar força para aliviar o sofrimento vivido: “Olhe, umas vezes rezo, outras vezes choro, e vou passando os tristes dias da vida...Não tenho mais ninguém que os passe por mim, é assim.” E1 (2011, 2012); “Tenho fé em Deus” E3 (2011, 2012).

A fé e as práticas religiosas são fatores essenciais para manter a esperança e para a perceção de saúde (Holt-Ashley, 2000), uma vez que a religião pode funcionar como um recurso pessoal estratégico para encontrar sentido para a vida. Sequeira (2010) salienta a importância dos aspetos religiosos, afirmando que os cuidadores que recorrem à fé/religião têm uma melhor perceção do cuidar, melhor relação com o idoso e níveis de depressão mais baixos.

## CONCLUSÃO

Este estudo, à semelhança da maioria dos estudos sobre esta temática, revela que quem preferencialmente assume os cuidados ao idoso dependente são as mulheres, cônjuges ou filhas.

O papel de cuidador, na sua essência, baseia-se em questões sociais de parentesco, género e idade, sendo o ato de cuidar uma *norma social* influenciada pelas mudanças socioculturais vivenciadas. A tarefa de cuidar está baseada em expectativas sociais pelo que se entende que o seu bom desempenho irá repercutir-se no reconhecimento social. Este reconhecimento social constitui assim uma fonte de motivação e satisfação pelo cuidar, uma vez que o cuidador está a realizar aquilo que a sociedade espera dele.

Assumir a responsabilidade de cuidar de um idoso dependente no domicílio, quando se também é idoso tem por base várias motivações, de âmbito pessoal, familiar, afetivo, social, económico e moral/ético.

Face aos resultados obtidos podemos afirmar que a motivação para cuidar do idoso dependente assenta numa díade entre duas pessoas, cuidador-pessoa e é importante para a compreensão da dinâmica do processo de cuidados.

A tarefa de cuidar tem um impacto positivo na vida dos cuidadores (reconhecimento social e familiar e satisfação pessoal) ao mesmo tempo que influencia negativamente a vida dos cuidadores (sobrecarga física, social, económica e emocional).

Os cuidadores mencionam como principais necessidades tempo livre/lazer, apoio sociorelacional e espiritual (religiosas e de conviver), apoio financeiro e apoio no cuidar, nomeadamente apoio formal.

As dificuldades percebidas são, essencialmente, a nível financeiro e físico (problemas de saúde e cansaço do cuidador). Por outro lado, parece emergir a ideia que os cuidadores idosos desenvolvem estratégias para lidar com o impacto negativo da tarefa de cuidar, nomeadamente estratégias de âmbito social (apoio informal e formal), pessoal (coragem) e a religiosidade.

Neste estudo observa-se que, globalmente, os cuidadores reconhecem fontes de satisfação na experiência do cuidar, apesar de todos os aspetos indicadores de sobrecarga. Estes achados são relevantes, pois sugerem que os cuidadores desejam manter o idoso dependente no seu ambiente familiar, preservando a sua identidade e dignidade, assim como o seu bem-estar e a satisfação das suas necessidades. Além disso, estes resultados têm implicações ao nível das respostas de apoio, pois a manutenção do idoso no domicílio requer, para além da disponibilidade da família, medidas articuladas, complementares e interdependentes entre as redes de apoio formais e informais, valorizando e reconhecendo o papel fulcral do cuidador, da pessoa idosa e da família neste processo.

Apesar de todos os cuidadores apresentarem situações semelhantes, ou seja, idoso que cuida de um idoso dependente, a rede de significados atribuídos à sua experiência enquanto cuidadores, assim como a forma como a interpretam, permite verificar que existe uma singularidade na prática de cuidar. Cada um tem a sua realidade e o seu mundo de cuidado. Desta forma multiplicam-se os mundos possíveis de cuidado e com eles a possibilidade de uma melhor compreensão dos determinantes psicossociais do bem-estar subjetivo e da saúde dos cuidadores.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, F. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: Necessidades educativas do cuidador principal* (Dissertação de mestrado). Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2009). Cuidar de idosos dependentes no domicílio: Desabafos de quem cuida. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(2), 191-197
- Ashworth, P., & Lucas, U. (1998). 'What is the 'World' of phenomenography? *Scandinavian Journal of Educational Research*, 42(4), 415- 431.
- Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia social*. Madrid, España: Piramide.
- Begany, T. (1996). *Caring for the caregiver. Patient care*, 15, 108-130.
- Botelho, M. (2011). *Idoso que cuida de idosa* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.
- Bris, H. (1994). *Responsabilidade familiar pelos idosos dependentes nos países e comunidades europeias*. Lisboa, Portugal: Conselho Económico e Social.
- Brito, L. (2002). *A Saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Cattani, R., & Girardon-Perlini, N. (2005). Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 6(2), 1-24.
- Cerqueira, M. (2005). O Cuidador e o doente paliativo: Análise das necessidades/ dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo no domicílio. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Coimbra, Portugal: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Costa, A., & Silva, M. (2000). Estudo exploratório sobre o bem-estar psicológico de familiares cuidadores de idosos com doença crónica. *Geriatrics*, 13(126), 15-18.
- Crist, J. (2004). The meaning for elders of receiving family care. *Journal of Advanced Nursing*, 49(5), 485-493.
- De La Cuesta, C. (1995). Familia y salud. *Revista Rol de Enfermería*, 18(203-204), 21-24.
- Dobrof, R. (1997). Sistema de suporte social. In E. Calkins, A. Ford, & P. Katz (orgs.), *Geriatrics prática* (pp. 53-60). Rio de Janeiro, Brasil: Revinter.
- Ekwall, A., Sivberg, B., & Hallberg, C. (2007). Older caregivers coping strategies and sense of coherence in relation to quality of life. *Journal of Advanced Nursing*, 57(6), 584-596
- Fernandes, M., Pereira, M., Ferreira, M., Machado, R., & Martins, T. (2002). Sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de doentes com AVC. *Sinais Vitais* (43), 31-35.
- Fernandes, M. (2005). Introdução à fenomenografia: Potencialidades de aplicação à investigação em saúde e enfermagem. *Revista Investigação em enfermagem*, 12, 3-10.

- Ferreira, C., Alexandre, T., & Lemos, N. (2011). Factores associados à qualidade de vida de cuidadores idosos em assistência domiciliar. *Saúde e Sociedade, 20*(2), 398-409.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Gonçalves, L., Alvarez, M., & Santos, S. (2000). Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In Y. Duarte, & M. Diogo (Orgs.), *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico*, (pp. 102-110). São Paulo, Brasil: Atheneu.
- Hespanha, M. (1993). Para além do estado: A saúde e a velhice na sociedade providência. In B. S. Santos, *Portugal: Um retrato singular*. Porto, Portugal: Edições Afrontamento.
- Hespanha, P., & Portugal, S. (2000). *Entre o estado e o mercado. As fragilidades das instituições de protecção social em Portugal*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Holt-Ashley, M. (2000). Nurses pray: Use of prayer and spirituality as a complementary therapy in the intensive care setting. *AACN Clin Issues, 11*(1), 60-7.
- Hortelão, A. (2003). *Qualidade de vida e envelhecimento: Estudo comparativo de idosos residentes a comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa* (Dissertação de mestrado). Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.
- Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Kinsella, G. (1998). A review of the measurement of caregiver and family burden in palliative care. *Journal of Palliative Care, 14*(2), 37-45.
- Lage, I. (2005a). Saúde do idoso: Aproximação no seu estado de saúde. *Nursing, 16*(195), 6-12.
- Lage, I. (2005b). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*, (pp. 203-229). Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Lage, I. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: Estudo do impacte do cuidado no cuidador informal* (Tese de doutoramento). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Portugal.
- Lima, L., & Marques, J. (2002). Relações interpessoais em famílias com portador da doença de Alzheimer. *PSICO, 38*(2), 157-165.
- Luders, S., & Storinl, M. (2000). Demência: Impacto para a família e a sociedade. In M.P. Netto (Ed.), *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 146-149). São Paulo, Brasil: Atheneu.
- Marcon, S. S., Sassá, A. H., Soares, N. T., & Molina, R. C. (2007). Dificuldades e conflitos enfrentados pela família no cuidado cotidiano a uma criança com doença crónica. *Ciência, Cuidado e Saúde, 6*(Supl. 2), 411-419.
- Marques, S. (2005). *Os cuidadores informais de doentes com AVC*. Coimbra, Portugal: Formasau
- Martín, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social. In C. Paul, & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal*, (pp. 179-202). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Martins, M. (2004). A família, um suporte ao cuidar. *Sinais Vitais, 5*, 52-56.

- McGarry, J., & Arthur, A. (2001). Informal caring in late life: A qualitative study of the experience of older carers. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 182-189.
- Monteiro, M. (2010). *Vivência dos cuidadores familiares em internamento hospitalar* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.
- Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar: Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra, Portugal: Fomasau.
- Moreira, P. (2001). *Saúde mental: Do tratamento à prevenção*. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Fernandes, M., Pereira, M., Ferreira, M., Machado, R., & Martins, T. (2002). Sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de doentes com AVC. *Sinais Vitais*, 43, 31-35.
- Morris, R., Morris, L. E., & Britton, P. (1988). Factors affecting the emotional wellbeing of the caregivers of dementia sufferers. *British Journal of Psychiatry*, 153, 147-156.
- Nakatani, A., Souto, C., Paulette, L., Melo, T., & Souza, M. (2003). Perfil dos cuidadores informais de idosos com deficit de auto cuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 5(1). Recuperado de [http://www.fen.ufg.br/revista/revista5\\_1/pdf/volume5\\_1.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_1/pdf/volume5_1.pdf).
- Neri, A. L. (2000). Qualidade de vida e atendimento domiciliário. In Y. Duarte, & M. Diogo (Orgs.), *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico* (pp. 33-47). São Paulo, Brasil: Atheneu.
- Neri, A., & Carvalho, V. (2002). O bem-estar do cuidador: Aspectos psicossociais. In E. V. Freitas, *Tratado de Gerontologia*. Rio de Janeiro, Brasil: Guanagara Koogan.
- Nogueira, M. (2007). Família cuidadora: Que necessidades? Qual o papel da enfermagem em contexto comunitário? *Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários*, 2, 12-14.
- Ory, M., Lee, J., Tennstedt, S., & Schulz, R. (1999). The extent and impact of dementia care: Unique challenge experimented by family caregivers. In R. Schulz (Ed.), *Handbook on dementia caregiving: Evidenced based interventions for family caregivers* (pp. 1-32). New York, NY: Springer.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra, Portugal: Livraria Almedina
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S., & Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Piccoli, F., & Pedroso, M. (2006) Qualidade de vida de cuidadores não-profissionais em portadores de Alzheimer. *Logos* 17(1), 53-62.
- Proot, I. (2003). Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home: Balancing between burden and capacity. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 113-121.
- Ribeiro, A. (2005). O percurso da construção e validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem. *Ordem dos enfermeiros*, 16, 53-60.

- Ricarte, L. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente: Um estudo do Concelho da Lourinhã* (Dissertação de mestrado). Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.
- Rodríguez, E., Alvarez, & Cortés, P. (2001). Cuidadores informales: Necesidades y ayudas. Barcelona. *Revista de Enfermería*, 24(3), 183-189.
- Rolo, L. (2009). *Sobrecarga e satisfação com a vida: Perceção dos cuidadores informais de idosos* (Dissertação de mestrado). Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Portugal.
- Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. *Quality of life research* 12(suppl.1), 33-41.
- Santos (2004). *Acidente vascular cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos familiares e cuidadores* (Tese de doutoramento). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal.
- Santos, C. (2006). *Representação Cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente e família*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Santos, D. (2008). *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados a idoso dependente: Um estudo no concelho da Lourinhã* (Dissertação de mestrado em Comunicação em Saúde). Universidade Aberta de Lisboa, Portugal.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Shanas, E. (1979). The family as a support system in old age. *The gerontologist*, 19, 169-174.
- Silva, J. V. (2009). O que significa ser idoso. In J. V. Silva, *Saúde do idoso e a enfermagem: Processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos* (pp. 139-157). São Paulo, Brasil: Iátria.
- Simonetti, J., & Ferreira, J. (2008). Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crónica. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 42(1), 19-25.
- Slepoj, V. (2000). *As relações de família*. Lisboa, Portugal: Editorial Presença.
- Sousa, L. (2004). O recurso aos apoios formais: A família, o idoso e os cuidado(re)s formais. In L. Sousa, D. Figueiredo, & M. Cerqueira, *Envelhecer em família* (pp. 95-141). Porto, Portugal: Âmbar.
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família* (2ª ed.). Porto, Portugal: Âmbar.
- Spar, J., & La Rue, A. (2005). Guia prático de psiquiatria geriátrica. In C. Sequeira, *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Stone, R., Cafferata, G., & Sangle, J. (1987). Caregivers of care for frail elderly: A national profile. *The Gerontologist*, 27(5), 616-626.
- Tennstedt, S., Mckinlay, J., & Sullivan, L. (1989). Informal care for frail elders: The role of secondary caregivers. *The Gerontologist*, 29(5), 677-83
- Veríssimo, C. & Moreira, I. (2004). Os cuidadores familiares/informais. Cuidar o idoso dependente em domicílio. *Pensar em Enfermagem*, 8(1), 60-65.
- Vitalino, P., Russo, J., Yong, H., Becker, J. E., & Maiuro, R. (1991). The screen for caregiver burden. *The Gerontologist*, 31, 76-83.



## CAPÍTULO III

# A EXPERIÊNCIA DOS ENFERMEIROS NO CUIDAR EM FASE AGÔNICA

ANDREIA ANDRADE  
SUZANA DUARTE

## INTRODUÇÃO

Com o aumento do envelhecimento e da prevalência de doenças crônicas e incuráveis houve a necessidade de adaptar os cuidados de saúde, aliando a humanização com a evolução técnica e científica. Assim, em 1968, surgiu o movimento dos Cuidados Paliativos que visa integrar os diversos aspectos físicos, psicológicos e espirituais do tratamento, permitindo que o doente se adapte ao processo de morte, de forma tão completa e construtiva quanto possível.

Atualmente, é evidente que esta filosofia de cuidados responde, de forma mais adequada, às necessidades destes doentes, ao seu sofrimento e das suas famílias integrando os diversos aspectos físicos, psicológicos e espirituais do tratamento, o que permite uma adaptação ao processo de morte de forma tão completa e construtiva quanto possível.

O doente com necessidade de cuidados paliativos é um desafio para as equipas de saúde e é necessariamente também para a enfermagem. Estes doentes podem encontrar-se numa de quatro fases: a fase aguda, a fase em deterioração, a fase estável e a fase terminal. Por doente terminal entende-se aquele que apresenta uma doença avançada, incurável e progressiva, que apresenta uma sobrevida esperada de três a seis meses, com elevadas necessidades de saúde pelas necessidades e sofrimento apresentado (Neto, 2010b).

Falar de doente terminal remete então para a necessidade de proporcionar uma atenção integral, tendo em vista o alívio do sofrimento - seja ele físico, psicológico, social ou espiritual - mantendo o melhor bem-estar possível e apoiando tanto o doente como a sua família, com o objetivo final de garantir a máxima qualidade de vida do doente e família (Moreira, 2001). Nos idosos esta atenção integral é reconhecidamente dificultada pela existência de várias patologias que, no seu conjunto, provocam um elevado número de sintomas físicos e emocionais que induzem sofrimento, pela deterioração do

estado mental, conduzindo, muitas vezes, à sobrecarga das famílias e ao consequente isolamento social e abandono (Davies & Higginson, 2004).

Entre os doentes terminais encontram-se os doentes agónicos, ou seja, aqueles em que, de acordo com a sintomatologia e sinais que apresentam, se prevê que tenham uma sobrevida estimada de horas ou dias (Neto, 2010a). No caso das pessoas idosas a identificação da fase agónica pode ser facilitada, na medida em que resulta de um processo complexo envolvendo vários problemas de saúde e de grande severidade, cujo efeito cumulativo conduz a um enfraquecimento e declínio súbitos, gerando grande necessidade de cuidados (Davies & Higginson, 2004).

A agonia é, portanto, a fase mais delicada da doença terminal, provocando um grande impacto nos prestadores de cuidados, onde a proximidade da morte exige que sejam enfatizados os diversos aspetos do *cuidar*, com a prestação de cuidados específicos que permitam manter a qualidade e a dignidade de vida até ao final. Para que esses cuidados sejam possíveis é essencial que os profissionais identifiquem as necessidades e os desejos do doente, assim como aprendam a reconhecer a proximidade da morte.

Especialmente na pessoa idosa, o reconhecimento da proximidade da morte e a caracterização do processo de morte irá possibilitar a preparação da sua vivência, a identificação das necessidades sentidas nesta fase, bem como o controlo adequado dos sintomas e a revisão dos cuidados prestados. É essencial que a equipa de saúde tenha presente que, nesta fase, as intervenções devem centrar-se na procura de bem-estar e conforto e no alívio do sofrimento.

De modo geral, falar de cuidados em fim de vida corresponde a acompanhar na vida e acompanhar para a morte. Acompanhar na vida refere-se à continuidade de cuidados de manutenção de vida, com o objetivo último de proporcionar qualidade de vida - através da escuta das necessidades, do alívio sintomático, do apoio na realização de desejos e projetos de cada dia - permitindo ao doente e sua família suportar esta última etapa de vida. Acompanhar para a morte é proporcionar a tomada de consciência da morte próxima, permitindo o desempenho dos últimos atos de vida e a comunicação das palavras de reconciliação e adeus, restituindo o significado do tempo que ainda resta (Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos, 2000).

A prestação de cuidados de Enfermagem na fase agónica ocorre com ênfase na importância do conforto físico, emocional e espiritual, com o estabelecimento de uma relação em que o doente/família são, simultaneamente objeto e parceiro de cuidados, onde os enfermeiros ajudam a viver, mas também acompanham para a morte.

A reflexão sobre os cuidados de enfermagem na agonia, resultado do exercício profissional, forçou a uma reflexão mais profunda sobre esta temática, com o emergir de alguns questionamentos: Quais os cuidados que prestamos? Qual a perceção que temos sobre

os cuidados que prestamos? Que sentido atribuímos aos cuidados que prestamos? Temos nós, enquanto cuidadores, ido ao encontro das necessidades dos doentes?

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Reconhecida a importância que o conhecimento relativo aos cuidados de enfermagem representa para uma melhoria dos cuidados prestados, definiu-se como objeto de estudo a experiência dos enfermeiros na prestação de cuidados ao idoso com doença oncológica em fase agónica.

Tendo por base o objeto de estudo, a investigação efetuada foi orientada de forma a dar resposta à seguinte questão de investigação *que cuidados de enfermagem são prestados ao idoso com doença oncológica em fase agónica no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil (IPOCFG)?*, sendo o objetivo do estudo compreender a experiência do cuidar em enfermagem ao idoso com doença oncológica em fase agónica no IPOCFG. Assim, foram objetivos específicos do estudo:

- Identificar as intervenções de enfermagem que os enfermeiros consideram caracterizar a prestação de cuidados ao doente idoso em agonia;
- Identificar as intervenções de enfermagem que os enfermeiros salientam como essenciais na prestação de cuidados ao doente idoso em agonia;
- Identificar os significados pessoais atribuídos pelos enfermeiros sobre os cuidados que prestam ao doente idoso em agonia;
- Identificar as dificuldades e sentimentos vivenciados pelos enfermeiros na prestação de cuidados ao doente idoso em agonia.

Sendo nosso propósito compreender o fenómeno segundo a perspetiva dos enfermeiros, assim como os significados e perceções que atribuem aos cuidados que prestam, considerámos pertinente orientarmo-nos para uma abordagem qualitativa de natureza fenomenográfica.

A utilização da fenomenografia na investigação em enfermagem é ainda algo desconhecida, sendo, no entanto, bastante útil para a investigação sobre a prestação de cuidados e o desenvolvimento da disciplina. Desta forma, consideramos pertinente abordar brevemente esta metodologia.

A fenomenografia teve origem nos anos 70, na área da investigação em educação por Ference Marton na Suécia. É um modelo de investigação que procura compreender e

descrever um fenômeno através da experiência das pessoas, identificando as semelhanças e as diferenças como estas concebem e compreendem essa realidade (Fernandes, 2009).

Assim, pode-se afirmar que a fenomenografia consiste no “estudo empírico do número de formas qualitativamente diferentes sob os quais os vários fenômenos do mundo à nossa volta e os seus aspetos são vivenciados, conceptualizados, compreendidos, percebidos e apreendidos” (Marton citado por Fernandes, 2009).

Dado o seu objeto de estudo, a fenomenografia é classificada como ontologicamente não dualista, pois o único mundo que pode ser comunicado é o mundo tal como ele é experienciado, tendo como base epistemológica que os seres humanos divergem na forma como experienciam o mundo, mas que essas diferenças podem ser descritas e compreendidas pelos outros. São essas diferenças - na forma como o fenômeno é experienciado e conceptualizado - que constituem o objeto de estudo da fenomenografia (Sjöström & Dahlgren, 2002).

Ao utilizar a fenomenografia, o investigador centra-se na descrição, vivência e compreensão do fenômeno, procurando a noção de *conceção* – o modo como os indivíduos experienciam e dão sentido ao seu mundo. Estas concepções são consideradas centrais para descrever o conhecimento, resultando este do processo de pensamento e dependendo do mundo que é externo ao indivíduo (Barnard et al., McCosker, & Gerber, 1999).

Para Marton citado por Fernandes (2009, p. 156) “a concepção de uma coisa é intermutável com o vivenciar essa mesma coisa, porque o que se procura é a forma de estar consciente de qualquer coisa”. Assim, na fenomenografia, o conhecimento são as concepções - as quais são deduções da realidade - formadas pelos indivíduos de acordo com os seus contextos de vivência, crenças, expectativas e experiências, o que permite que sejamos participantes ativos no mundo (Barnard, 1999).

Contudo, para ter a concepção de algo é necessário estar consciente dela, devendo ser vivenciada num dado momento por uma pessoa, o que implica que vejamos o mundo do ponto de vista de cada situação específica (Marton citado por Fernandes, 2009).

Resumindo, a fenomenografia consiste no estudo empírico do número limitado de formas qualitativamente diferentes, através das quais um fenômeno é experienciado, conceptualizado e apreendido, possibilitando identificar e descrever essas mesmas formas, ou seja como o fenômeno se apresenta a quem o vive.

A investigação em enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento e o desenvolvimento nesta disciplina permitindo, não só o estabelecimento de uma base de conhecimentos, como também a tomada de decisões adequadas para prestar os melhores cuidados aos utentes. Reconhecida a sua importância,

concordamos com Sjöström e Dahlgren (2002) no que se refere à aplicação da fenomenografia na investigação em enfermagem, pois esta pode fornecer conhecimento sobre o modo como os fenómenos são conceptualizados e vivenciados nas situações de cuidados de enfermagem e sobre as diferentes formas como os doentes vivenciam as suas situações e necessidades, o que possibilitará aumentar a consciência dos profissionais de saúde.

A colheita de dados foi realizada nos serviços de internamento de Radioterapia/Medicina e Cuidados Paliativos do IPOCFG, onde se verificou a viabilidade de seleccionar os participantes que satisfizessem os critérios de inclusão no estudo. Foram incluídos no estudo 12 participantes, optando-se por utilizar como instrumento de colheita de dados a entrevista semiestruturada, o que permitiu obter descrições sobre os cuidados de enfermagem prestados e as interpretações dos participantes sobre os mesmos.

Os dados foram submetidos a critérios de análise qualitativa inserida num paradigma hermenêutico, com recurso ao programa Nvivo QSR8. Após a análise das entrevistas encontraram-se as relações lógicas entre as diversas subcategorias e categorias, podendo o *espaço de resultados* ser esquematizado como demonstra a Figura 1.

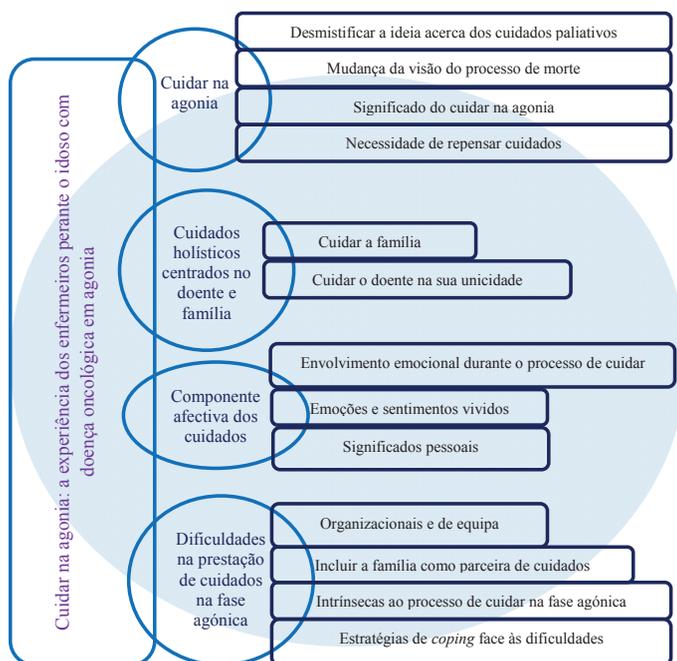


Figura 1. Temas e categorias resultantes da análise da informação.

## APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

O conhecimento *in loco* da experiência dos enfermeiros enquanto cuidadores de doentes em fase agónica permite conhecer quais as suas perceções relativamente aos cuidados que prestam e aos significados que atribuem às suas intervenções, obtendo assim uma melhor compreensão desta realidade, bem como das suas necessidades e dificuldades.

Da análise efetuada emergiram quatro grandes temas centrais: cuidar na agonia, cuidados holísticos centrados no doente e família, componente afetiva dos cuidados e dificuldades na prestação de cuidados na fase agónica.

### Cuidar na agonia

Numa perspetiva de abordar o cuidar na agonia, considerou-se pertinente saber quais os significados e as perceções que os enfermeiros atribuem a esta fase da vida. Constatou-se que para os enfermeiros esta fase deveria ser encarada como um processo de finitude de relação, onde deverá ser dado ênfase ao acompanhamento (pelos prestadores de cuidados e pela família), pois este irá marcar a diferença no momento da morte. Surge então a ideia de uma morte acompanhada, para que possa ser marcada por um período de alguma tranquilidade.

De fato, o não morrer sozinho é uma necessidade fundamental destes doentes, pois mesmo quando as palavras deixam de fazer sentido, basta a presença de alguém; o importante é estar ali para a pessoa que está a morrer (Kessler, 2007).

No que diz respeito ao acompanhamento de enfermagem, verificou-se a importância atribuída ao conforto e aos aspetos relacionados com o *cuidar*, onde as intervenções de enfermagem se revestem de carácter especial e extremamente reconfortante.

Sabemos, atualmente, que ainda há um longo caminho a percorrer para que os doentes possam ter acesso a cuidados paliativos. Podemos questionar-nos sobre *o que falta para que estes possam ser acessíveis à população?* Políticas económicas e de saúde à parte, falta, na opinião dos participantes no estudo, que sejam desmistificadas ideias pré-concebidas sobre os cuidados paliativos e sobre o processo de morte. É urgente desmistificar a ideia que nesta fase só existe sofrimento, pois esta fase também pode ser um processo de encerramento da vida, marcado pela serenidade e expressões de alegria.

Por outro lado, sendo importante assegurar uma vida com dignidade até à morte, para os participantes urge também a necessidade de repensar cuidados, por parte dos profissionais de saúde, com o objetivo de proporcionar o maior conforto, devendo estes cuidados serem sempre colocados na perspetiva do doente. Ao abordarem a questão do conforto nesta

fase, os enfermeiros mencionaram também o aspeto da preferência do doente/família de permanecer no domicílio e falecer no seu meio ambiente. Efetivamente, a institucionalização e medicalização da morte e do morrer, atualmente instituída, quase que fez esquecer que o cuidar no domicílio favorece uma perspetiva integral do doente, num ambiente que lhe transmite intimidade e proximidade com o que foi a sua vida até então.

### Cuidados holísticos centrados no doente e família

Procurou-se identificar junto dos enfermeiros quais as intervenções de enfermagem que consideram caracterizar os cuidados que prestam nesta fase. Do discurso dos participantes salienta-se que os cuidados de enfermagem em fim de vida envolvem um cuidado que abrange uma visão holística da pessoa e do seu processo de morte, e uma intervenção junto dos familiares. Para tal, mobilizam-se de diversos conhecimentos e competências que contribuem para uma melhor qualidade de vida através do alívio de sintomas e do sofrimento e, conseqüentemente, uma morte digna, e um luto saudável (Figura 2).

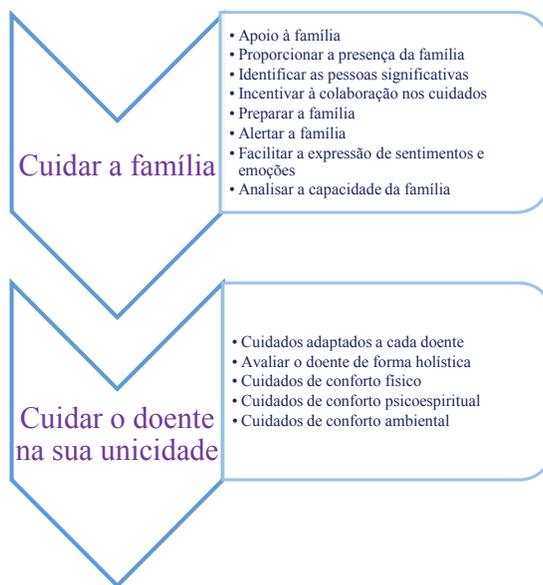


Figura 2. Cuidados holísticos centrados no doente e família.

Verificámos que os enfermeiros evidenciam a intenção de preservar potencialidades e reconhecer o papel da família, considerando-a como relevante no contexto de cuidados.

De fato, é imprescindível que a família seja considerada alvo de intervenção, devendo os profissionais de saúde avaliarem, não só as suas capacidades para a prestação de cuidados, mas também o seu estado de saúde e as dificuldades sentidas (Sequeira, 2010).

Os cuidados à família, reconhecidos pelos enfermeiros como essenciais para a humanização total dos cuidados, foram considerados como pedra basilar nesta fase. Os cuidados à família, reconhecidos pelos enfermeiros como essenciais para a humanização dos cuidados, foram considerados como pedra basilar nesta fase. No âmbito da caracterização das intervenções de enfermagem, verifica-se no discurso dos participantes uma ideia organizada dos cuidados, com a preocupação de responder ao seu sofrimento, utilizando a presença e a disponibilidade como estratégia de intervenção, permitindo a sua preparação, não só para o acompanhamento, mas também para a perda do seu familiar.

Contudo, constatámos que apesar do reconhecimento desta importância, os enfermeiros reconhecem que a preparação da família ainda não é efetuada de forma satisfatória, sendo essencial que haja consciência da necessidade de intensificação dos cuidados à família. Podemos questionar-nos relativamente ao porquê desta lacuna: será culpa do ritmo a que se trabalha? Das rotinas hospitalares instituídas em que, na grande maioria das vezes, os familiares apenas estão presentes durante as horas das visitas? É essencial que a equipa compreenda que os familiares esperam a sua orientação sobre as necessidades do seu familiar e de quais os cuidados corretos a adotar (Neto, 2010a) enquanto, ao mesmo tempo, desejam também ser escutados na sua dor.

Tornou-se claro pela análise das entrevistas que os enfermeiros, nesta fase, centram os seus cuidados na promoção do conforto, privilegiando a comunicação e a presença como fatores fundamentais para que os cuidados sejam centrados em cada pessoa. Para tal, consideram fundamental realizarem uma avaliação holística do doente, reconhecendo a sua individualidade e singularidade das suas necessidades.

Pelo discurso dos participantes percebemos que cuidar de um doente em fim de vida exige a adoção de intervenções que permitam a manutenção da dignidade. A complexidade destas intervenções pode ser explicada pela multidimensionalidade do indivíduo e a interação com o processo de morrer, onde a promoção do conforto físico, psicoespiritual e ambiental é a preocupação fundamental dos enfermeiros. As intervenções identificadas pelos participantes e dirigidas ao conforto (Figura 3) são consonantes com a teoria do conforto de Kolcaba, onde o conforto é um resultado desejável, holístico e associado à enfermagem, sendo as necessidades de conforto alvo da intervenção dos enfermeiros, que através da sua identificação, planeiam intervenções que visam a sua satisfação, de forma a manter ou aumentar o conforto (Apóstolo, 2010).

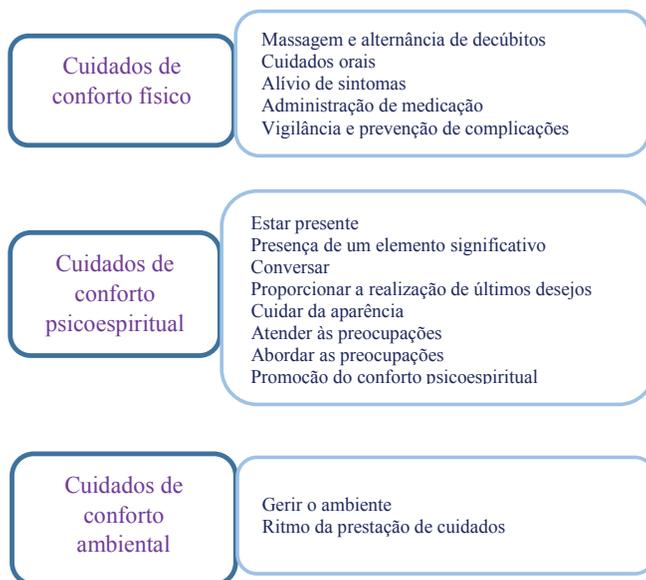


Figura 3. Intervenções dirigidas ao conforto.

### Componente afetiva dos cuidados

Da análise efetuada ao conteúdo das entrevistas muitos são, dada a complexidade da relação estabelecida entre enfermeiro e doente/família, os sentimentos e as emoções que caracterizam a componente afetiva dos cuidados. De fato, os enfermeiros reagem ao acompanhamento em fim de vida com sentimentos e emoções que lhes provocam um grande impacto emocional e interferem na forma como cuidam dos doentes e suas famílias (Sapeta & Lopes, 2007), sendo o processo de cuidar um processo relacional caracterizado por um envolvimento emocional e contagiado pela vivência de diversos sentimentos e emoções.

Constatámos que o envolvimento emocional caracteriza-se pelo estabelecimento de uma ligação com o doente que leva a que os enfermeiros sintam necessidade de o acompanhar, neste processo de fim de vida, podendo também sofrer pela perda dessa pessoa. Esta constatação veio contrariar a opinião de Mercadier (2004) que defende que os profissionais de saúde não desejam ver-se envolvidos numa relação íntima com o doente, distanciando-se deste e baseando a sua ação na protocolização dos cuidados.

Abordar a vivência de sentimentos e emoções não é fácil para os enfermeiros, talvez porque são educados, durante o seu processo formativo, a ocultar os mesmos e a evitar o envolvimento emocional com o doente (Diogo, 2006). Contudo, pela análise das entrevistas identificámos sentimentos de natureza positiva, que foram entendidos como geradores de um estado emocional de satisfação pessoal e profissional, bem como sentimentos de natureza negativa que são, de alguma forma, constrangedores para o bem-estar e confiança pessoal e profissional.

Foi notório que os enfermeiros têm consciência desta experiência emocional, conhecendo diversas formas de lidar com esta vivência no sentido de minimizar o seu impacto. Efetivamente surge a necessidade de os enfermeiros desenvolverem formas de lidar com as experiências emocionais, o que pressupõe a capacidade de reconhecer os seus próprios sentimentos e emoções (Goleman, 2000), reencontrando a dimensão emocional do cuidar. Contudo, admitimos que para que tal ocorra, o enfermeiro necessita de possuir um profundo conhecimento de si próprio e do seu papel, o que lhe permitirá identificar como as suas características pessoais influenciam a sua compreensão dos comportamentos e sentimentos do doente e, dessa forma, a relação estabelecida com este.

Estando esta experiência emocional tão presente nesta fase, podemos questionar quais os significados que os enfermeiros atribuem ao processo de acompanhar o doente em fim de vida. Na opinião dos participantes, o confronto diário com a morte obriga-os a refletir, conduzindo a um nível mais elevado de autoconhecimento, que se traduz num desenvolvimento pessoal. A oportunidade de acompanhar o doente neste processo foi, também, identificada como um processo de gratificação pessoal.

### **Dificuldades na prestação de cuidados na fase agónica**

Confirmámos que acompanhar o doente na sua última etapa de vida engloba um conjunto de experiências únicas e ricas na relação com o outro, podendo constituir uma atividade profissional claramente benéfica para o bem-estar do enfermeiro. Contudo, este acompanhamento não é um processo isento de dificuldades. Os enfermeiros referem deparar-se com algumas especificidades, consideradas como obstáculos à sua realização profissional e pessoal (Figura 4) o que lhes exige o desenvolvimento de mecanismos de adaptação que permitam fazer face às dificuldades e contribuam, de forma positiva, para a realização profissional.

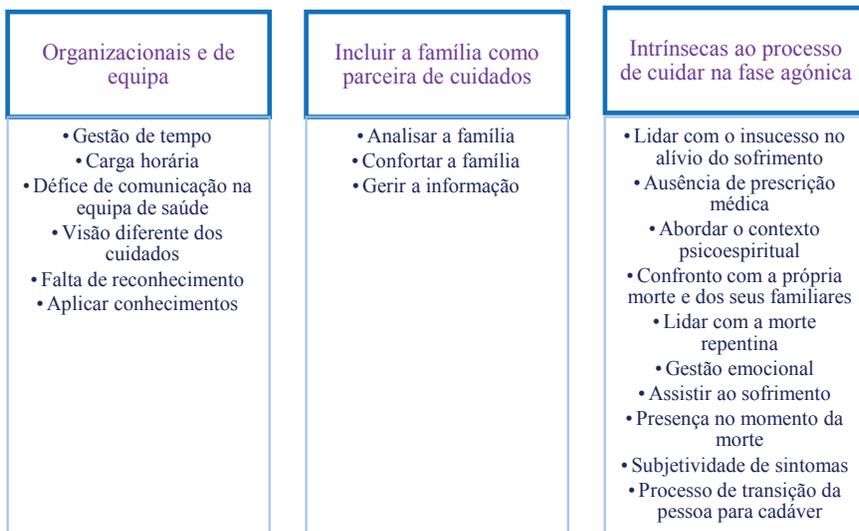


Figura 4. Dificuldades na prestação de cuidados na fase agónica.

No que se refere às dificuldades na prestação de cuidados na fase agónica, os enfermeiros identificam como principais condicionantes a existência de visões diferentes relativas aos cuidados, o défice de comunicação na equipa de saúde e a dificuldade em aplicar os seus conhecimentos, tornando assim difícil uma assistência que promova os cuidados adequados para proporcionar uma morte com dignidade e qualidade.

Sendo o trabalho em equipa um dos alicerces dos cuidados paliativos, pressupõe-se uma abordagem transdisciplinar, onde cada elemento da equipa desempenha a sua tarefa profissional integrada numa conceção comum. Efetivamente, da mesma forma que uma pessoa não consegue responder a todas as necessidades do doente, também uma categoria profissional não pode pretender ter, sozinha, todas as competências necessárias (Beaulieu citado por Martins, 2010).

Corroboramos a opinião de Hesbeen (2001) que uma prática de cuidados de qualidade pressupõe que os diversos atores envolvidos sejam alvo de uma atenção particular, criada pela preocupação com o respeito por elas e pela valorização das competências e dos contributos de cada um.

Para a preservação da dignidade da pessoa que está a morrer não basta apenas a natureza da relação que os enfermeiros, e outros prestadores de cuidados, estabelecem com o doente/família, sendo imprescindível que as estruturas institucionais permitam

que os enfermeiros valorizem o seu trabalho, se sintam motivados e, dessa forma, desenvolvam o seu processo de cuidar com vista à dignificação do processo de morte.

Verificámos também que, não obstante a reconhecida importância da unidade a cuidar ser o doente e sua família, a inclusão da família como parceira de cuidados é entendida como um fator de maior exigência. A inclusão da família exige do enfermeiro estar atento às características da relação entre os diversos elementos, às suas necessidades, ao seu estágio de adaptação perante a doença do seu familiar e à sua influência sobre o doente, de modo a arranjar estratégias que permitam um efetivo apoio à família. Inclui ainda providenciar apoio emocional, facilitar a informação e orientar para alguns procedimentos e formalidades.

Pela perspetiva de perda do seu ente querido, a inevitabilidade e a proximidade do momento da morte constitui um momento doloroso para os familiares do doente, exigindo que os enfermeiros adotem intervenções que permitam acompanhá-los neste processo, prevenindo, dessa forma, possíveis complicações após a morte. O confortar a família foi referido como dificuldade, seja pela revolta que os familiares apresentam, e que é difícil de trabalhar, seja pelo sentimento de impotência em aliviar o sofrimento da perda.

A singularidade e a subjetividade do sofrimento e dos sintomas existentes nesta fase causa algumas dificuldades na prestação de cuidados. O acompanhar um doente na fase final de vida, com a proximidade da morte, é um processo que não pode ser entendido sem uma componente emocional do cuidar muito marcada. De fato, o confronto com a doença e com a morte gera uma vivência emocional que vai interferir, não só nos cuidados que prestam, mas na própria relação que estabelecem com o doente/família.

Este acompanhamento é um processo difícil e complexo pela multiplicidade de papéis que o enfermeiro necessita desempenhar e pelo esforço emocional que envolve, podendo ser gerador de sentimentos de angústia e de interrogação nos enfermeiros, pelo carácter contagioso das emoções vivenciadas no processo de cuidar. Pode-se afirmar que não é a morte em si que angustia os prestadores de cuidados, mas sim o seu processo ser acompanhado de violência, lágrimas e emoções insustentáveis (Hennezel, 2009).

De fato, na prestação de cuidados a indivíduos em fim de vida é exigido aos enfermeiros uma gestão emocional que lhes permita um equilíbrio entre quem são, o que sentem e o que fazem, aprendendo a caminhar cuidadosamente entre a identificação emocional opressiva e o afastamento da pessoa em sofrimento. O vivenciar a morte de outra pessoa faz com que nos confrontemos com a nossa própria morte e dos nossos familiares. Neto (2004) relembra que, ao cuidar de doentes terminais temos que ultrapassar o receio de mexer nas próprias perdas e feridas e expormos a nossa fragilidade e vulnerabilidade, assumindo a fragilidade da nossa condição humana, aceitando e integrando os nossos limites, numa relação onde nos disponibilizamos a aprender com os que cuidamos, sem receio da partilha de poder estabelecida na aliança terapêutica.

Não sendo possível esquecer que as maiores dificuldades vividas por estes profissionais, são, muitas das vezes, vividas de forma solitária e silenciosa, é importante relembrar que estes também necessitam de ser alvo de atenção por parte da instituição onde desenvolvem a sua atividade, como complemento das estratégias de *coping* que vão desenvolvendo para fazer face às dificuldades sentidas (Figura 5).

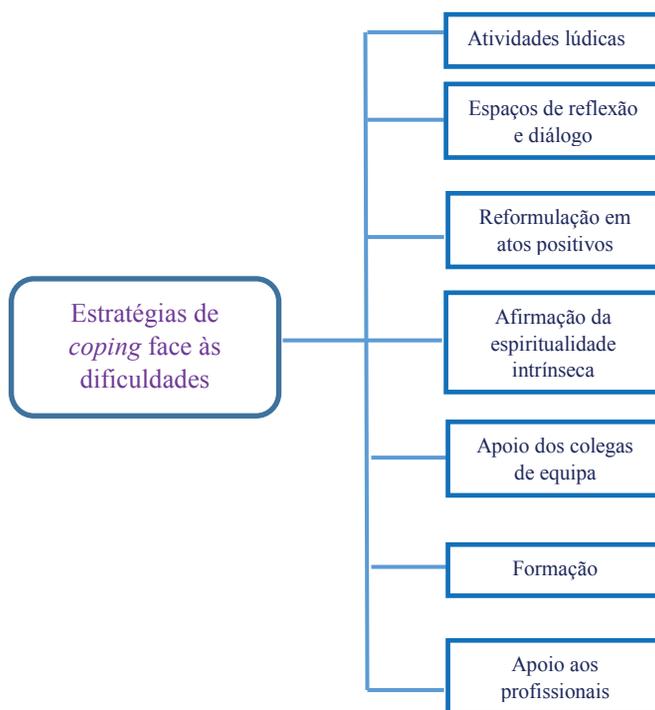


Figura 5. Estratégias de coping.

## CONCLUSÃO

No contexto da prática de cuidados, os enfermeiros têm o dever de direcionar todos os conhecimentos científicos e todas as competências técnicas e humanas para cuidar destes doentes. Tendo sempre presente que é o doente e sua família o foco de cuidados, é importante que nos interroguemos e reflitamos sobre as práticas que desenvolvemos.

Com a realização do estudo foi nossa intenção compreender o mundo vivido pelos participantes no seu contexto de cuidar, através da reflexão das experiências vividas na prestação de cuidados, o que permite perceber, não só as intervenções desenvolvidas, como também as dificuldades e as emoções e sentimentos vivenciados neste processo.

Considerámos o estudo do fenómeno, através da metodologia qualitativa, utilizando uma abordagem cuja conceptualização foi a fenomenografia, entendendo-a como uma opção válida e adequada, pois permitiu revelar como os enfermeiros experienciam a prestação de cuidados ao idoso oncológico em agonia. Tendo em conta a metodologia adotada, não pretendemos estabelecer generalizações, pelo que os achados apenas têm a ver com o contexto estudado. Contudo, como são poucos os estudos referentes a esta temática, consideramos que os achados deste estudo podem dar um contributo para uma melhor compreensão do fenómeno cuidar na agonia, o que se revela determinante para a melhoria dos cuidados prestados, podendo também contribuir para a reorganização e reestruturação de algumas dimensões das unidades de prestação de cuidados ou de formação de enfermeiros.

A exploração da experiência de cuidar do idoso com doença oncológica em agonia encontra-se estruturada em torno dos seguintes vetores: o cuidar na agonia; cuidados holísticos centrados no doente e família; componente afetiva dos cuidados e dificuldades na prestação de cuidados na fase agónica. Consideramos algumas limitações do estudo, nomeadamente as conclusões serem de carácter restrito pois apenas descrevem a experiência dos enfermeiros naquele contexto específico e nas condições apresentadas.

Tal como afirma Martins (2010), os enfermeiros ao prestarem cuidados a doentes em fim de vida desenvolvem um processo de acompanhamento específico, integral e dinâmico que se desenvolve em torno de duas fases: ajudam o doente a viver, com o menor sofrimento e o maior bem-estar possíveis, e ajudam-no a morrer, de forma tranquila e com dignidade.

A prestação de cuidados de enfermagem na fase agónica é caracterizada por atividades de avaliação, de relação, de suporte, de informação e de execução, tendo sempre presente a importância da existência de uma unidade dicotómica a cuidar: doente e família. Esta prestação de cuidados exige, não só o desenvolvimento de competências técnicas e científicas, mas também humanas e relacionais, tornando este processo como algo complexo.

A natureza destes cuidados reporta também para a vivência emocional do enfermeiro, que se traduz na experiência de sentimentos e emoções positivas e negativas, numa clara alusão às consequências da relação que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa cuidada. A ansiedade, a angústia, os sentimentos de impotência e frustração estão presentes neste envolvimento emocional com o doente, mas, pelas características únicas da relação estabelecida neste processo de acompanhamento, a gratificação e o desenvolvimento pessoal e profissional constituem as compensações que os enfermeiros retiram destas vivências.

A complexidade e especificidade do cuidar da pessoa em fase agónica geram alguns condicionalismos que dificultam o trabalho dos enfermeiros. Os entrevistados experienciam algumas dificuldades no que diz respeito ao integrar a família no processo de cuidados, às condições organizacionais e de equipa e relacionadas com a própria prestação de cuidados. Cientes destas dificuldades e da necessidade de as ultrapassar, desenvolvem estratégias que lhes permita fazer face às mesmas, como seja a procura de apoio nos grupos de pares, as atividades lúdicas extra profissionais, o investimento em formação e a reformulação positiva do sofrimento.

Face ao exposto, consideramos que o presente estudo contribuiu para um conhecimento mais profundo da experiência dos enfermeiros perante a prestação de cuidados nesta fase, a partir do qual se pode planear estratégias que contribuam para cuidados de enfermagem cada vez mais eficazes, no sentido de proporcionar uma morte com mais qualidade a estes doentes e suas famílias. Salientamos que os achados por nós obtidos podem promover a reflexão sobre o cuidar na agonia, no sentido de introduzir melhorias no desenvolvimento de uma prática de cuidados que proporcione uma morte digna àqueles que nos são confiados num momento tão importante da sua vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. (2010). *O conforto pelas imagens mentais na depressão, ansiedade e stress*. Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade.
- Barnard, A., McCosker, H. & Gerber, R. (1999). Phenomenography: A qualitative research approach for exploring understanding in health care. *Qualitative Health Research*, 9(2), 212-226.
- Davies, E., & Higginson, I. (2004). *Better palliative care for older people*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Fernandes, M. (2009). *Dinâmica do relacionamento entre profissionais de saúde e doentes*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Goleman, D. (2000). *Inteligência emocional*. Lisboa, Portugal: Temas e Debates.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Camarate, Portugal: Lusociência.
- Hennezel, M. (2009). *Diálogo com a morte* (7ª ed.). Alfragide, Portugal: Casa das Letras.
- Kessler, D. (2007). *The needs of the dying: A guide for bringing hope, comfort, and love to life's final chapter*. New York, USA: Harper.
- Martins, M. (2010). *Aliviando o sofrimento: O processo de acompanhamento de Enfermagem ao doente em final de vida* (Tese de doutoramento). Faculdade de Medicina de Lisboa, Portugal.

- Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar: Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Neto, I. (2004). *A dignidade e o sentido da vida: Uma reflexão sobre a nossa existência*. Cascais, Portugal: Pergaminho.
- Neto, I. (2010a). Agonia. In A. Barbosa, & I. Neto, *Manual de cuidados paliativos*, (2ª ed., pp. 387-400). Lisboa, Portugal: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina.
- Neto, I. (2010b). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In A. Barbosa, I. Neto, *Manual de cuidados paliativos*, (2ª ed., pp. 1-42). Lisboa, Portugal: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina.
- Sapeta, A. & Lopes, M. (2007). Cuidar em fim de vida: Factores que interferem no processo de interacção enfermeiro-doente. *Revista Referência*, 2(4), 35-59.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Sjöström, B., & Dahlgren, L. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 40(3), 339-345
- Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos. (2000). *Desafios da enfermagem em cuidados paliativos*. Loures, Lisboa: Lusociência.

## CAPÍTULO IV

# VIVENDO O ENVELHECER: UMA PERSPETIVA FENOMENOLÓGICA

SÉRGIO FILIPE SILVA ABRUNHEIRO  
JOÃO LUIS ALVES APÓSTOLO  
JOSÉ MANUEL DE MATOS PINTO

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento foi, desde o início da civilização, preocupação do ser humano, que sempre almejou a eterna juventude, a imortalidade. Para o idoso esta questão torna-se mais relevante dada a consciencialização da proximidade da sua finitude. Perante esta condição, o Homem tem procurado encontrar sentido para a sua vida, mas também para a sua morte, recorrendo por exemplo à espiritualidade.

Com o decorrer do processo de envelhecimento emergem múltiplas alterações de índole fisiológica, cognitiva e social na pessoa idosa, que tornam este grupo etário extremamente heterogéneo. Considera-se então um processo altamente individualizado, mas também universal e irreversível.

A pessoa idosa insere-se num determinado contexto social e a interação estabelecida influencia a autoperceção que o idoso tem do seu processo de envelhecimento. Esta etapa de vida do ser humano pode ser experienciada em contextos vários, nomeadamente no seu domicílio, na casa de familiares ou em equipamentos geriátricos.

Numa sociedade consideravelmente envelhecida é fundamental a existência de um maior conhecimento do idoso, de modo a possibilitar um aumento da sua qualidade de vida. Particularmente, os profissionais de saúde devem procurar compreender o sentido que a pessoa idosa atribui ao seu processo de envelhecimento, de modo a garantir uma melhoria dos cuidados dirigidos a esta população. Quais as suas dificuldades, ambições, necessidades, aspirações? Como percecionam o envelhecimento nesta fase da sua vida? O que representa experienciar o envelhecimento num equipamento geriátrico? Estas são algumas questões às quais se procurará encontrar resposta seguidamente.

## CONSIDERAÇÕES CONTEXTUAIS E CONCEPTUAIS DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento populacional nas sociedades desenvolvidas é uma realidade inquestionável. Esse fenômeno tem originado desafios complexos, sobretudo de índole social e econômica. Destacam-se a sustentabilidade dos sistemas de pensões, sistemas de saúde, idade da reforma e obviamente a manutenção da qualidade de vida da pessoa idosa. Múltiplos fatores permitiram mitigar os efeitos negativos do envelhecimento biológico, contudo as sociedades atuais têm-se revelado impotentes para controlar os efeitos negativos do envelhecimento social (Franco, 2010; Pinto, 2006; Silva, 2009).

O envelhecimento é considerado um processo natural, influenciado por fatores endógenos e exógenos e caracterizado por diversas alterações bio-psico-morfológicas (senescência e senilidade) que reduzem a capacidade de adaptação da pessoa idosa à adversidade (Franco, 2010; Santos, 2012).

De entre os fatores exógenos referidos anteriormente, salienta-se a denominada representação social da velhice, isto é, o modo como a sociedade *olha* para os seus idosos. Esta visão social condiciona significativamente o modo como o idoso percebe o seu processo de envelhecimento (Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012). Numa sociedade contemporânea que assenta a sua filosofia na jovialidade, produtividade e vigor físico, assiste-se frequentemente a uma atitude idadista por parte da mesma, isto é, uma atitude negativa (preconceitos/estereótipos negativos e discriminatórios) face à população de idade mais avançada (Marques, 2011).

O aumento da população idosa, bem como as alterações da dinâmica e estruturas familiares observadas nas últimas décadas, conduziram ao aparecimento de um maior número de idosos institucionalizados em equipamentos geriátricos, como lares e centros de dia, sendo um acontecimento extremamente significativo na vida da população idosa. Apesar desta realidade a família continua ainda assim a assumir um papel de relevo no suporte prestado ao idoso (Cordeiro, 2008; Ferreira, 2009; Pimentel, 2001).

Tem-se verificado igualmente uma evolução dos equipamentos geriátricos, todavia os mesmos têm ainda uma conotação essencialmente negativa, sendo considerados antecâmaras da morte, promotores da solidão e símbolo do abandono familiar. É portanto fundamental estimular o apoio familiar e garantir uma assistência geriátrica nas várias instituições promotora da qualidade de vida do idoso (Biel, 2011).

## METODOLOGIA

### Enquadramento onto-epistemológico

Tal como referido anteriormente, o envelhecimento humano é um processo altamente individualizado e portanto apenas diretamente acessível a quem o experiencia, deste modo considerou-se a metodologia fenomenológica a mais adequada para o fenómeno em estudo. Segundo Merleau-Ponty (1999) e Loureiro (2006), a Fenomenologia procura descrever a experiência tal como ela é vivida, mostrando a essência do fenómeno, sem procurar relações causais. De forma a aceder aos fenómenos foi efetuada pelo investigador a designada redução fenomenológica ou *epoché*, que segundo Lyotard (1999), consiste em abandonar a atitude natural, as diversas teses cognitivas, colocando o mundo idealizado em dúvida. Para reforçar esse *vazio* do investigador, o enquadramento contextual/conceptual apenas foi realizado após a análise dos achados.

### Questão e objetivo de investigação

Questão de investigação: Como se caracteriza a estrutura essencial da experiência vivida por idosos residentes num centro de dia e lar da região centro de Portugal?

Objetivo da investigação: Descrever as vivências de envelhecimento de idosos residentes num centro de dia e num lar da região centro de Portugal.

### Participantes: contexto e amostra

O estudo foi desenvolvido numa amostra de nove participantes institucionalizados num lar de terceira idade e a frequentar um centro de dia da região centro de Portugal. A amostragem efetuou-se através de seleção intencional, tendo sido selecionados os indivíduos com idade superior a sessenta e cinco anos, que previsivelmente conseguissem uma melhor descrição do fenómeno e que não apresentassem compromisso cognitivo, atestado com recurso ao Mini Exame do Estado Mental (MEEM; Guerreiro, Silva, & Botelho, 1994).

### Características da amostra

A dimensão da amostra foi determinada pela informação colhida e analisada simultaneamente, isto é, até o investigador perceber que foi atingida a saturação dos dados.

Foram realizadas quatro entrevistas num centro de dia da região centro de Portugal. Participaram três indivíduos do género feminino e um do género masculino. A sua idade estava compreendida entre os 71 e os 84 anos, atingindo uma média de idades de 77,5 anos. O *score* do MEEM variou de 27 a 29. Dos quatro indivíduos, três tinham três anos de escolaridade e apenas um apresentava quatro anos de escolaridade. O tempo de permanência na instituição variava entre os três e os quatro anos.

Por sua vez, dos cinco participantes de um lar da região centro de Portugal, participaram dois do género masculino e três do género feminino. A idade estava compreendida entre os 77 e os 95 anos, com média de idades de 83,5 anos. O *score* do MEEM oscilou entre os 25 e os 29. Três dos participantes eram analfabetos, enquanto dos outros indivíduos, um tinha dois anos de escolaridade e o outro, quatro anos de escolaridade e o Curso de auxiliar de análise química da Escola Industrial. O tempo de institucionalização variava dos dois meses até aos 16 anos.

## **Recolha de informação**

Na colheita de informação além dos dados sociodemográficos anteriormente evidenciados, foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental e ainda utilizada uma entrevista pouco estruturada, com as seguintes questões: Como é chegar a esta idade? Viver todos estes anos? Como tem vivido esta experiência neste Lar/Centro de dia?. Foi escolhida a entrevista, pois como referem Creswell (2010) e Fortin (2009) a mesma permite a compreensão de determinado fenómeno relatado por quem o experiencia.

## **Análise da informação**

Após a recolha de informação, a mesma foi transcrita para o aplicativo *Word*, e transferida posteriormente para o programa de apoio Nvivo, versão QSR8, que auxiliou o investigador na análise e organização dos dados. Foi realizada uma leitura flutuante das entrevistas, num longo *mergulho intuitivo* na informação, como preconizam Streubert e Carpenter (2002). Por via indutiva selecionaram-se as unidades naturais de significado que foram codificadas. As mesmas foram inicialmente organizadas em subtemas e depois numa estrutura temática compreensiva. Por fim descreveu-se o fenómeno traçando o perfil constitutivo dos temas constituintes da sua estrutura.

O processo de análise de informação e validação (Figura 1) foi efetuado segundo o esquema proposto por Apóstolo (2010).

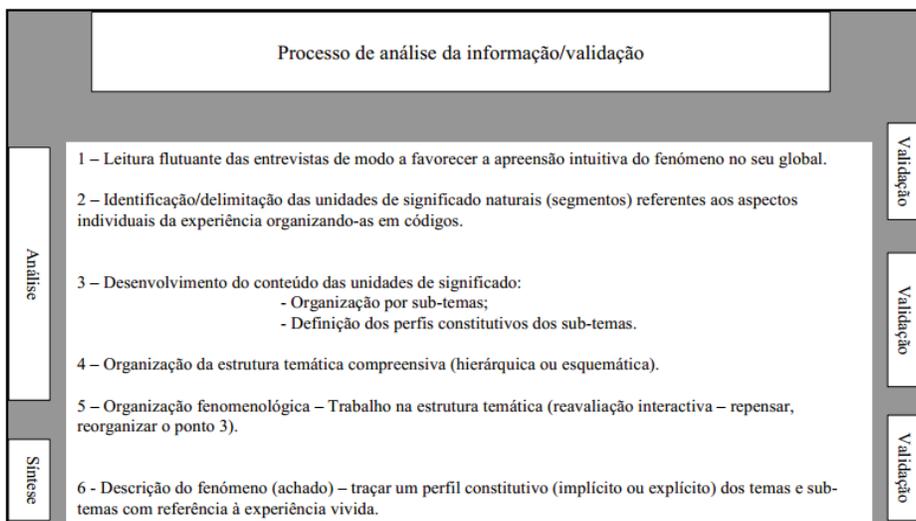


Figura 1. Processo de análise e validade da informação. De *O Conforto Induzido Pelas Imagens Mentais na Depressão, Ansiedade e Stresse* (p. 106), by J. L. A Apóstolo, 2010, Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

### Procedimentos éticos

O projeto de pesquisa teve inicialmente o parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em ciências da Saúde da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com o parecer nº 34 – 05/2011. Foi obtida autorização das duas instituições onde se desenvolveu o estudo e o consentimento livre e esclarecido dos participantes. Também a confidencialidade dos participantes e da informação recolhida foi garantida.

## ANÁLISE/DISCUSSÃO DOS ACHADOS

Após a análise dos achados foi obtido o seguinte esquema compreensivo dos achados, apresentado na Figura 2.

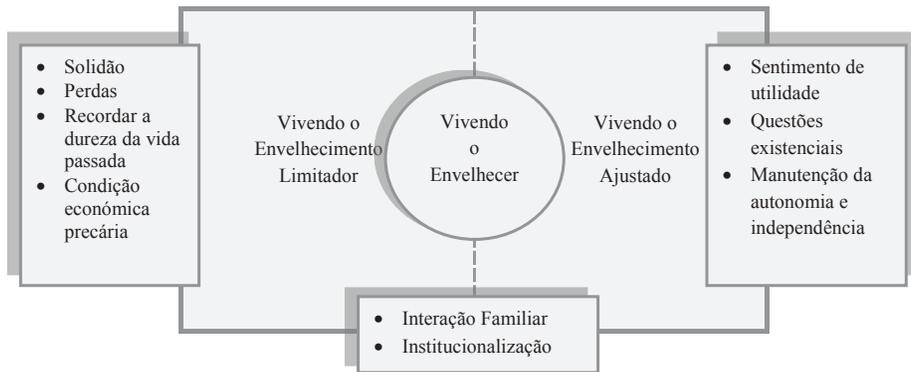


Figura 2. Esquema compreensivo dos achados.

Como se constata no esquema anterior foram identificados dois grandes temas do discurso dos participantes, após um longo *mergulho intuitivo*, nomeadamente: *Vivendo o envelhecimento limitador* e *Vivendo o envelhecimento ajustado*.

O primeiro tema significa que os idosos vivenciam determinados aspetos do seu envelhecimento como limitador do seu percurso. Consideram que esse mesmo processo acarretou para as suas vidas determinadas limitações que se refletem na atual fase do seu ciclo vital. Esses aspetos negativos são essencialmente a solidão e o isolamento social, as perdas, as lembranças do sofrimento passado, dificuldades económicas, abandono e relação conflituosa estabelecida com a família e algumas atividades desenvolvidas na instituição. A este tema estão associadas unidades naturais de significado como: "não devo ter um envelhecimento bom ... não era isto que eu pensava para a minha vida" (E1, 2013); "Com muito sacrifício" (E6, 2013).

Já o segundo tema representa a vivência ajustada do processo de envelhecimento, por parte dos idosos. Este tema apresenta os mesmos como conscientes da sua utilidade social, caracterizados ainda por uma elevada autonomia e independência, impulsionados e sustentados pela espiritualidade e religiosidade, sentindo-se apoiados pela família e seguros e respeitados no ambiente institucional. Neste tema estão integradas expressões como: "não me custa nada chegar à idade" (E2, 2013); "Estou contente com a vida" (E4, 2013).

Estes dois grandes temas centrais acima referidos, transportam-nos claramente até à teoria do desenvolvimento psicossocial de Erik Erikson. A mesma defende que o ser humano, acima de tudo é um ser social e que o seu desenvolvimento aconteceria em nove estágios ao longo do seu ciclo vital. Nesses estágios, o indivíduo seria confrontado com uma crise (tensão dinâmica estabelecida entre um componente harmonioso e não harmonioso). A resolução positiva dessa mesma crise condicionaria a passagem ao estágio seguinte e o *ego* do indivíduo, proporcionando ao mesmo a obtenção de uma força psicossocial (Ehlman & Ligon, 2012; Erikson, 1972; Erikson, 1998; Lima & Coelho, 2011).

É sobre o oitavo e nono estágio que importa refletir, pois estes reportam-se à população idosa, onde se integram os participantes do presente estudo.

Segundo Erikson, é nestas etapas finais do seu desenvolvimento, que o idoso faz um balanço da sua vida, pois tem a consciência da aproximação do seu final. Os principais desafios associados a estas últimas etapas são a resolução de conflitos anteriores, reforço das relações sociais e assimilação da finitude como parte integrante do ciclo vital. Nestes estágios o indivíduo confronta-se com a crise psicossocial desespero vs integridade e com o ressurgimento das crises anteriores (Erikson, 1972; Erikson, 1998; Veríssimo, 2002).

Se o mesmo considerar que nada mais pode fazer pela família e pela sociedade, que não cumpriu os seus objetivos de vida e olha a morte com extrema apreensão, então apresentará sentimentos de desespero, de inadaptação. O idoso consciencializa-se que já não terá tempo para atingir a integridade (Ehlman & Ligon, 2012). A estes sentimentos, está associado o grande tema *Vivendo o envelhecimento limitador*.

Se por outro lado, nestes últimos estágios de desenvolvimento, o indivíduo realizar uma retrospectiva do seu percurso e sentir que atingiu os seus objetivos, ainda se sente útil, valorizado pela família e sociedade, e encara a morte serenamente, então apresentará sentimentos de integridade, dignidade presente e satisfação pessoal. As virtudes adquiridas na resolução positiva destas crises do oitavo e nono estágio são a sabedoria e a gerotranscendência. A mesma diz respeito à superação dos limites corporais, experimentação de novas relações sociais e manutenção das relações intergeracionais. Atingir esta virtude representa estar ligado à vida, esperando serenamente a morte. (Lima & Coelho, 2011). O tema *Vivendo o envelhecimento ajustado*, é espelhado neste contexto de resolução positiva das crises, da oitava e nona etapa da teoria psicossocial de Erikson.

O primeiro grande tema identificado *Vivendo o envelhecimento limitador*, contempla os seguintes subtemas: *Solidão*, *Perdas*, *Recordar a dureza da vida passada* e *Condição económica precária*.

Relativamente ao subtema *Solidão*, manifestado por diversos participantes do estudo em expressões do tipo “a solidão para mim mata” (E4, 2013); “assim passo sozinha” (E3, 2013), encontram-se várias definições para o mesmo, sendo consensual que é uma experiência subjetiva, desagradável e que decorre da deficiente resposta quantitativa e qualitativa da rede social. Não é sinónimo de isolamento social, apesar do mesmo potenciar sentimentos de solidão (Freitas, 2011).

Um número significativo de estudos nesta área demonstra uma maior vulnerabilidade por parte dos idosos para experienciar esse sentimento, como consequência da morte do cônjuge e pares, saída do mercado de trabalho e consequente aposentação e mudança de residência para casa dos filhos, ou institucionalização (Paúl, 2005).

As expectativas que os idosos depositam na sua rede social, irão determinar o sentimento de solidão, sendo que este sentimento não surge apenas em idosos que estão isolados da sociedade, sem contactos frequentes com a mesma, surge também no seio familiar, na instituição que os acolhe, que não proporciona inúmeras vezes uma verdadeira participação social e afetiva (Freitas, 2011).

Todos os participantes que abordaram a solidão atribuíram-lhe uma conotação negativa, e apontaram sobretudo a morte do cônjuge e a morte dos vizinhos (pares), como potenciadora dessa mesma solidão. Dados corroborados, por exemplo pelo estudo de Mendes e Dixe (2008), que verificaram no seu estudo que o aspeto negativo relativo ao envelhecimento mais referenciado foi a ausência de relação, nomeadamente a presença de sentimentos de solidão.

Contudo, existem estudos que demonstram não existir uma relação direta entre a solidão e este segmento populacional. Por exemplo Freitas (2011) afirma que não há uma relação direta entre velhice e solidão.

Outro dos subtemas identificado no discurso dos participantes, e que faz parte do tema *Vivendo o envelhecimento limitador*, foi as *Perdas*, essencialmente a perda do *corpo saudável* e a perceção da sua maior dependência e incapacidade para realizar determinadas atividades do quotidiano, que anteriormente executavam de forma independente. Este subtema reporta-se fundamentalmente à dimensão biológica, de acordo com a informação transmitida pelos participantes do estudo. Auscultaram-se narrativas como: “ficar impossibilitado” (E2, 2013); “chegou as doenças”(E4, 2013).

Segundo Biel (2011), as alterações biológicas decorrentes do processo de envelhecimento, sejam elas relativas à senescência ou à senilidade, são habitualmente as que mais preocupam o idoso. Vários participantes do estudo atual abordaram a perda gradual da sua capacidade motora, da sua independência e funcionalidade, resultado do seu processo de envelhecimento e associando a mesma ao aparecimento da doença, como

a diabetes *mellitus*, alterações osteoarticulares e alterações sensoriais. De qualquer forma, é de salientar que nenhum dos idosos que participaram no presente estudo, apresentava um elevado grau de dependência nos diversos autocuidados.

Estas perdas foram encaradas pelos idosos como obstáculo à sua qualidade de vida impossibilitando-os de desenvolver determinadas atividades domésticas, laborais e mesmo sociais, que até então realizavam. Existem várias referências à impossibilidade de cuidar a casa, deslocar-se a longas distâncias e conduzir. Essa mesma dependência do idoso, que deriva frequentemente de processos patológicos (senilidade), gera no mesmo sentimentos de angústia, pela necessidade de serem auxiliados, e diversas vezes pela mudança de contexto a que tal obriga (institucionalização, mudança para casa dos filhos, entre outras).

Villegas e Pérez (2009) verificaram igualmente no seu estudo que os idosos frequentemente percecionam o seu envelhecimento como a etapa das perdas físicas, consequência da deterioração do seu estado de saúde. Olham para esta etapa do seu ciclo vital, considerando que irão necessitar de ajuda de terceiros para realizar determinadas atividades, que até então executavam de forma independente.

A este propósito, Cavaleiro (2012) afirma que a atividade motora é fundamental para o desenvolvimento global da pessoa, para a sua vivência quotidiana e adaptação a um contexto que se altera frequentemente. O mesmo autor afirma que o processo de envelhecimento conduz a um declínio da capacidade funcional, nomeadamente na força, equilíbrio, flexibilidade, agilidade e coordenação motora.

*Recordar a dureza da vida passada* foi outro dos subtemas identificado como influenciador do processo de envelhecimento. Cada idoso tem o seu percurso de vida e pelo discurso dos participantes, parece que esse mesmo percurso influencia o modo como vivem o seu envelhecimento. Alguns participantes ao longo do seu discurso, recordaram um passado de sofrimento, de pobreza, de dificuldades económicas, de grande esforço para garantir o sustento dos filhos ao afirmarem por exemplo “passei uma vida ruim” (E2, 2013); “foi uma vida complicada” (E9, 2013).

Importa recordar que a juventude dos participantes foi vivenciada num país sobretudo ruralista, onde a atividade económica dominante era a agricultura e pecuária de subsistência. Habitava no país a repressão salazarista, caracterizada pela perseguição e manifesta falta de liberdade individual (Barreto, 2002).

Tal como foi possível observar no presente estudo, também Franco (2010) afirma que envelhecer é ter a possibilidade de recordar e navegar nas lembranças positivas, mas também negativas, revivendo momentos importantes do percurso de vida. O mesmo autor refere que o passado não são meros factos, nem a juventude ficou recalçada

e esquecida. O passado é o percurso do idoso, o que o tornou único e diferente dos demais e lhe permite encarar esta última fase do seu ciclo de vida à sua maneira e de forma diferente de todos os outros.

Um estudo de Frumi e Celich (2006), sobre o sentido de envelhecer, com a participação de idosos, evidenciou que as lembranças do vivido são importantes para os mesmos. Os idosos mantêm no seu interior a memória das vivências passadas, sendo que o envelhecer promove a recordação dessas mesmas vivências, sejam elas positivas ou negativas. Os acontecimentos passados perpetuam-se na sua existência, fortalecendo a interação existencial passado-presente.

A *Condição económica precária* foi o último subtema identificado no primeiro grande tema do trabalho. Três dos participantes referiram que atualmente sentem uma significativa instabilidade económica, chegando mesmo a afirmar a necessidade de realizar um grande racionamento, que possibilite a preservação e acesso aos bens de primeira necessidade como os alimentos, terapêutica, água, luz e também para suprir as despesas da institucionalização. Constataram-se unidades naturais de significado como: “chego ao fim do mês, pouco tenho” (E3, 2013); “a minha reforma são só trezentos e tal euros” (E9, 2013).

Segundo Chau et al. (2012), a população idosa é dos grupos etários mais expostos às dificuldades económicas e à pobreza, sendo que o risco de pobreza aumenta à medida que aumenta a idade. Um estudo da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), apresentado pelo Observatório das Desigualdades, demonstra que na primeira década do presente século, em Portugal existiam 14,4% de idosos com idade compreendida entre os 70 e 75 anos que se encontravam em situação de pobreza (OCDE, 2011). Já acima dessa idade a população que se encontrava nessa situação situava-se nos 19,9%. Vários estudos apontam para a importância atribuída pelos idosos à sua condição económica, quando são questionados sobre o seu envelhecimento e a forma como o vivenciam. Silva e Boemer (2009), num dos seus estudos, concluem que uma das principais preocupações dos idosos, quando questionados acerca do que significa envelhecer, diz respeito à independência financeira. Também Maia, Londero, e Henz (2008) apresentam as dificuldades económicas como um dos principais obstáculos ao bem-estar do idoso.

Apesar da maior suscetibilidade à pobreza e da taxa significativa de pobreza nesta população, existem também estudos que apontam para a satisfação relativamente à situação económica. Mendes e Dixe (2008), num estudo português acerca da opinião do idoso sobre a sua vida, verificaram que cerca de 75% dos idosos participantes classificaram como razoável e satisfatória a sua situação económica.

No segundo grande tema do trabalho *Vivendo o envelhecimento ajustado*, foram identificados os subtemas: *Sentimento de utilidade*, *Questões existenciais* e *Manutenção da autonomia e independência*.

O primeiro subtema identificado foi então o *Sentimento de utilidade*, que integra expressões como: “ainda sou útil ao próximo”; “gosto de estar a cuidar das minhas coisitas” (E8, 2013).

Fontaine (2000) aborda esta temática relativa aos sentimentos de utilidade/inutilidade do idoso, afirmando que muitos idosos desenvolvem sentimentos de inutilidade, por não estarem empenhados ou não terem condições de desenvolver qualquer atividade produtiva. Oliveira (2008) declara que a passagem para a reforma (aposentação), que habitualmente acontece por volta dos 75 anos nos países ocidentais, pode ser potenciadora de sentimentos de inutilidade no indivíduo. O idoso pode não conseguir adaptar-se à nova realidade, à perda de determinado papel social, portanto é fundamental ser capaz de assumir outros papéis para evitar este sentimento negativo face ao envelhecimento. Já Simões (2005) apresenta o empenhamento na vida e o desempenho de uma atividade produtiva, como um dos três pilares fundamentais para a vivência de um envelhecimento bem-sucedido.

Outro dos subtemas identificado neste segundo tema do estudo foi as *Questões existenciais*, abordadas pela maioria dos participantes. Questões relacionadas com a espiritualidade e religiosidade foram diversas vezes proferidas, tais como: “Deus é que me ajuda” (E3, 2013); “sou religiosa” (E1, 2013), reforçando a importância destas para os mesmos.

Este subtema emergiu após notar as várias referências dos participantes a Deus, considerando-O motivo das alegrias das suas vidas, protetor nas dificuldades do seu percurso, confidente na tristeza, companhia na solidão e esperança para enfrentar os obstáculos que se impõem no seu quotidiano. Existem várias referências ao modo como cada um dos participantes manifesta a sua prática religiosa privada, seja na frequência da missa, na conversa habitual com o sacerdote, na recitação do terço, na visita ao cemitério, na leitura da Bíblia ou na pregação dos denominados *princípios divinos* pelo mundo. Neste subtema foram também incluídas as referências à finitude humana, à aceitação ou inquietação perante a certeza da morte.

Apesar de habitualmente serem conceitos considerados sinónimos, a espiritualidade e a religiosidade não o são. A espiritualidade é mais ampla do que a religiosidade e consiste na tentativa de autotranscendência, de realização pessoal e de significância existencial. Associa-se à mesma uma relação profunda de intimidade entre a pessoa e o divino, transformando a vida e a morte em algo transcendental. A espiritualidade não é dada a ritualismos, nem existe uma autoridade que conduza o culto. Inclui ainda os relacionamentos, amor, desejo, criatividade, fé, crença e altruísmo. Já na religiosidade o indivíduo continua a relacionar-se com a divindade, contudo existe uma interação com uma comunidade no culto e prática religiosa. A pessoa religiosa tende a aceitar a tradição religiosa e frequenta um espaço sagrado, que habitualmente apresenta uma autoridade como um padre ou pastor (Almeida, 2011; Figueira, 2010; Oliveira, 2008).

Num estudo de Lima e Coelho (2011), que corrobora os achados da presente investigação, verifica-se que a religião oferece ao idoso sentimentos de continuidade existencial e consolo, sendo também considerada um recurso facilitador na compreensão e aceitação das limitações e perdas que surgem na população idosa. No mesmo sentido, Almeida (2011) concluiu que para os participantes do seu estudo a religião proporciona conforto espiritual, suporte psicológico na crise e tristeza, sentido para o sofrimento e para a doença, diminuição do sentimento de solidão e é fonte de esperança.

Neste subtema foi também enquadrada a finitude do ser humano, a sua inevitabilidade e o *olhar* manifestado pelos idosos participantes perante a mesma. Referiram por exemplo: “Aceito que já vivi a minha vida” (E3, 2013); “encaro a morte como natural” (E8, 2013); “o caminho está aberto para eu ir lá para o terreno” (E2, 2013).

O ser humano nasce para morrer e o idoso de uma forma particular adquire a consciência que o seu percurso já está mais próximo do seu fim. Segundo Oliveira (2010), preparar a morte é uma das tarefas mais importantes e complexas da vida humana, de uma forma particular para a pessoa idosa. Continuamente o idoso tenta encontrar um verdadeiro significado para a sua morte, habitualmente com recurso ao transcendente, seja pela espiritualidade, seja pela religiosidade.

O idoso é confrontado frequentemente com a morte, sobretudo devido à maior suscetibilidade à doença, consequência do seu envelhecimento biológico e também porque se confronta com o desaparecimento de pessoas próximas como o cônjuge e outras pessoas significativas (Fontaine, 2000).

Existem ainda poucos estudos que abordam esta temática, sobretudo na população idosa, porém um dos aspetos mais estudados é efetivamente a ansiedade e medo perante a morte, ou também chamada de tanatofobia. Diversas variáveis parecem influenciar essa mesma ansiedade e medo da morte. Fortner e Neimeyer (2000), dois investigadores que se têm dedicado ao estudo destas questões existenciais, referem que não são os idosos que habitualmente mais temem a morte, mas sim os adultos de meia-idade, o que parece corroborar os achados do presente estudo, onde se verificou que os idosos que abordaram o tema da morte não manifestaram ansiedade ou medo perante a mesma.

Cada idoso sofrendo ou não de tanatofobia, pode desenvolver mecanismos de *coping* para enfrentar a inevitabilidade da morte, como a somatização, a sublimação, a agressividade, a racionalização, a dissociação, o altruísmo e mesmo o humor (Oliveira, 2010).

O terceiro e último subtema associado ao tema *Vivendo o envelhecimento ajustado*, é a *Manutenção da autonomia e da independência*. É possível constatar que os participantes do estudo referem a importância da sua autonomia e independência para a manutenção

da sua qualidade de vida. Há também referência de alguns idosos para determinados comportamentos preventivos de âmbito biológico e cognitivo, como a leitura diária, a adoção de uma dieta regrada e a prática de atividade física regular.

Autonomia e independência apesar de serem conceitos frequentemente tidos como sinónimos, na realidade não o são, mas relacionam-se de forma significativa. Segundo Cavaleiro (2012), autonomia diz respeito à autodeterminação, à competência da pessoa para decidir sobre si, à escolha sem coerção. Já a independência consiste na capacidade da pessoa para desempenhar determinada atividade sem qualquer auxílio.

Silva e Boemer (2009) concluem no seu estudo que para os idosos a saúde é fundamental para a manutenção da autonomia e da independência, de modo a manter a interação com a sociedade. Similarmente Murakami e Scattolin (2010) concluíram que a manutenção da independência funcional no idoso promove a sua qualidade de vida.

É portanto fundamental desenvolver estratégias que promovam a saúde com vista à manutenção da autonomia e independência da pessoa idosa (Ioshimoto, 2010).

Segundo Fonseca (2005), essa mesma estimulação promove o envelhecimento ativo. Já Freitas e Haag (2009) referem no seu estudo que as principais atividades associadas à manutenção da independência são a adoção de uma dieta equilibrada, a prática de exercício físico regular e a participação em atividades lúdicas. Estes dados corroboram os achados do presente estudo.

Os dois últimos subtemas identificados foram a *Interação familiar* e a *Institucionalização*. Os mesmos não foram associados exclusivamente a nenhum dos grandes temas, fruto do seu duplo sentido. Os idosos encontram tanto na institucionalização, como na sua relação familiar aspetos limitadores do seu envelhecimento, mas também aspetos que facilitam o seu ajustamento ao mesmo.

O presente estudo parece efetivamente apontar as relações familiares como significativas para os idosos participantes, visto que todos sem exceção abordam esta temática. Existem vários estudos que corroboram essa mesma ideia, da importância que a família e a relação estabelecida com a mesma representam para o idoso.

Fonseca (2005) apresentou evidência que atesta este achado, apresentando um estudo na qual o idoso destacava a vida conjugal e familiar como fundamental para uma boa adaptação à condição de reformado, que naturalmente surge em idades mais tardias. No mesmo sentido, Freitas, Queiroz, e Sousa (2010) apresentam um estudo no qual os idosos participantes manifestam a satisfação de estarem com os filhos e netos. Mendes e Dixe (2008) constataram similarmente que a família para os idosos é considerada o segundo aspeto mais positivo no seu envelhecimento.

Dos discursos dos idosos participantes do estudo, emergiram acerca da interação familiar alguns achados interessantes, como relação conjugal conflituosa com presença de violência doméstica, sobrecarga do cuidador (cônjuge), importância da sexualidade, sentimentos de suporte ou de abandono proporcionado pela família ou pessoa de referência, e finalmente a manifestação por parte de alguns idosos em não querer sobrecarregar a família.

A família é habitualmente o espaço de relações complexas, onde se desenvolve a partilha de trabalho, de competências, dos valores, de emoções, de afinidades. A relação que a pessoa idosa estabelece com a sua família, pode ser percebida como positiva ou negativa. Particularmente no estudo atual assiste-se a referências positivas, mas também a referências negativas sobre essa mesma relação.

Começando por abordar as negativas, desde logo se evidencia a violência doméstica, que é descrita por três participantes do sexo feminino. Curiosamente, este aspeto é corroborado por diversos estudos, que evidenciam o homem como principal agressor, apesar do contrário também se verificar.

Muitos dos idosos vivem um casamento segundo um paradigma de compromisso, associado a conceções socioculturais muito rígidas e onde existe uma grande pressão social, o que os leva segundo Martins e Carvalho (2009), ao consentimento de atos de violência doméstica de diferentes naturezas por parte dos cônjuges, que se perpetuam frequentemente desde a juventude, tal como se verifica no presente estudo. No estudo das autoras supracitadas, verifica-se que a violência doméstica pode afetar a pessoa em qualquer idade, sendo que inúmeras vezes a pessoa idosa já sofre com este aspeto desde a sua juventude.

Oliveira (2008) interessou-se igualmente pela questão da violência sobre os idosos, verificando que é a violência doméstica a mais comum, na qual os principais agressores identificados são o cônjuge e os filhos, o que vai de encontro ao que se verificou no atual estudo.

Ainda acerca da relação conjugal, é importante referenciar que dois idosos participantes do presente estudo abordaram a questão da sexualidade, demonstrando assim que a mesma é valorizada pelos mesmos nesta etapa da sua vida. Um dos participantes que aborda a sexualidade manifesta tristeza pela relação conjugal conflituosa com o marido que conduziu a um distanciamento afetivo, apresentando expressões como: “já não fico com ele na cama”; “relações nunca mais” e “cada um fica no seu quarto” (E1, 2013).

O outro participante a abordar esta temática referiu a perda da esposa como fator condicionante da sua sexualidade. Santos e Marques (2006) apontam também a morte do cônjuge como uma das causas mais comuns de declínio sexual nesta fase do ciclo vital.

A sexualidade refere-se então ao modo individual e singular de experienciar a função sexual, dependendo de variáveis como o nível de desenvolvimento e bem-estar biopsicossocial. Depreende-se que a mesma não se limita apenas à genitalidade e ao coito, mas que contempla a individualidade e a autenticidade da pessoa (Pena & Freitas, 2008). A sexualidade traduzida em afeto, ternura, sonho, diálogo, partilha, enfim como parte integrante do amor, é então reconhecida como uma dimensão fulcral para o bem-estar e qualidade de vida do ser humano (Oliveira, 2008).

Vivemos numa sociedade, na qual a sexualidade tem deixado gradualmente de ser um assunto tabu, resultado da desmistificação de determinados estereótipos e maior exposição por parte dos *media*. Todavia, esta mesma sociedade continua a querer acreditar, que os idosos são assexuados e que na velhice já não há espaço para a sexualidade. A maioria dos estudos nesta área demonstra precisamente o contrário, revelando que uma grande percentagem dos idosos se mantém sexualmente ativos.

O mesmo é defendido por Jacob (2009), quando afirma a existência da transição de um domínio marcadamente físico, para um domínio predominantemente emocional. Bretschneider citado por Jacob (2009) concluiu num dos seus estudos, que a atividade sexual mais frequente nos idosos eram as carícias e o toque, surgindo só depois o coito nas suas preferências.

Outro dos aspetos que dois dos participantes do presente estudo abordaram quando questionados sobre o seu envelhecimento, foi a questão da sobrecarga sentida enquanto cuidador do cônjuge, portanto sobrecarga do cuidador informal. A sobrecarga de uma forma geral diz respeito às consequências que ocorrem no cuidador, após um contacto frequente com uma pessoa dependente. Em diversos estudos verifica-se que é o próprio idoso, que se vê inúmeras vezes confrontado com a necessidade de cuidar do seu familiar, habitualmente o seu cônjuge. Por exemplo num estudo de Fernandes (2009), sobre os cuidadores informais de familiares com doença paliativa, identifica-se essa mesma idade avançada do cuidador, oscilando as mesmas entre os 66 anos e os 76. Também Oliveira, Carvalho, Stella, Higa, e D' Elboux (2011) demonstraram num estudo acerca da sobrecarga do cuidador, com uma amostra de 126 cuidadores, que 40% apresentavam mais de 60 anos. A este respeito, Sequeira (2010) refere que habitualmente os cuidadores são adultos com idade superior a 40 anos, ou idosos com idade superior a 60 anos. Frequentemente o cuidador é o cônjuge ou familiares próximos, como os filhos.

Contudo, como nos diz Sequeira (2007), as consequências face ao cuidado do familiar, não são só negativas. Segundo o autor podem surgir no cuidador sentimentos de realização pessoal, melhoria da autoestima e reconhecimento social.

Relativamente ao apoio familiar, os idosos participantes foram apresentando sentimentos diferentes. Se alguns consideraram que os familiares, nomeadamente os filhos, se

preocupavam com o seu bem-estar, contactando-os e visitando-os frequentemente, facultando o apoio necessário perante as dificuldades, outros idosos sentiam-se abandonados pela família, consequência do contacto esporádico com a mesma.

Oliveira (2010) refere que existem diferentes famílias, com uma relação pacífica ou conflituosa, unida ou desunida, feliz ou infeliz, rígida ou flexível. Essas mesmas características determinarão o apoio ou abandono, suporte ou isolamento e solidão que será proporcionado ao seu familiar idoso.

Apesar de todas as alterações ao nível da estrutura familiar já referenciadas em vários estudos, segundo Pimentel (2001) a sociedade portuguesa revela ainda robustos laços familiares, de solidariedade, de apoio ao elemento da família que necessita de qualquer tipo de apoio. E se tal não se verificar por uma questão de solidariedade, acontece não raras vezes pela pressão social sentida.

O último subtema a ser identificado foi a *Institucionalização*, que de facto parece ser valorizada pelo idoso no seu processo de envelhecimento. Há inúmeras referências ao motivo e decisão de institucionalização e aos sentimentos experienciados na instituição. Os idosos vislumbram na institucionalização aspetos limitadores, mas também adaptativos e promotores do ajustamento ao seu processo de envelhecimento.

Quatro dos participantes do estudo abordaram a decisão e motivo de institucionalização, quer em centro de dia quer em lar. Foi possível observar que o principal motivo apontado para essa mesma institucionalização foi o isolamento social e a solidão, consequência da impossibilidade da família prestar o suporte necessário.

O estudo de Cordeiro (2008) corrobora os achados do presente estudo, demonstrando que a solidão, isolamento social e condição económica deficitária são dos principais motivos de institucionalização da pessoa idosa. Similarmente, Ferreira (2009) aponta na sua investigação a presença de doença e a solidão também como uns dos principais motivos de institucionalização. Pimentel (2001) apresenta igualmente a solidão, o aumento da dependência e a inexistência de uma verdadeira rede de suporte social e mesmo familiar que permita responder às suas necessidades, como principal razão de admissão em lar ou centro de dia.

Relativamente à decisão de institucionalização, verificamos que alguns participantes tomaram eles próprios a decisão, enquanto uma das participantes refere que foi o sobrinho que tomou essa decisão. Estes dados são contrariados pelo estudo de Oliveira, Souza, Freitas, e Ribeiro (2006), que apresenta os filhos como os principais decisores da institucionalização. Similarmente, Villegas e Pérez (2009) afirmam que a decisão da institucionalização pertence aos filhos ou outros familiares, existindo porém alguns idosos que decidem eles próprios sobre a sua admissão num equipamento geriátrico.

O número de idosos institucionalizados tem vindo a aumentar, bem como os equipamentos geriátricos como lares ou centros de dia, de acordo com a Carta Social de 2011. Nesse mesmo relatório é possível constatar o aumento em 2011, de 43% das respostas sociais (lares, centros de dia e serviço domiciliário), quando comparado com o ano de 2000 (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2011).

Segundo Murakami e Scattolin (2010), essa tendência manter-se-á, pois a institucionalização é determinada pelo perfil social e condição de saúde e atualmente constata-se alterações familiares como o aumento das famílias monoparentais, redução do número de filhos e emigração dos mesmos que potenciarão a institucionalização dos mais idosos.

Pimentel (2001) afirma que apesar da imagem negativa que a sociedade tem das instituições para idosos, e dos vários estudos que corroboram esta visão, existem instituições com instalações adequadas e com profissionais que valorizam e respeitam a pessoa idosa. De qualquer forma a entrada para um lar ou centro de dia, implica sempre uma mudança radical na vida do idoso, sendo considerado um acontecimento stressante e assustador para o mesmo.

Num estudo de Paúl (1997), verificou-se que os idosos residentes em lares tendem a sentir-se sós e insatisfeitos com a sua vida, sobretudo devido ao quotidiano monótono, o que na globalidade não se verificou no presente estudo.

A maioria dos idosos participantes do estudo atual referiu sentimentos positivos e de segurança em relação à sua presença na instituição. Auscultaram-se expressões como: “é aqui que eu me distraio...neste espaço valorizo tudo” (E1, 2013); “acarinharam-me muito” (E3, 2013).

Esta atitude positiva face à institucionalização quer em centro de dia quer em lar, nem sempre se verifica, mas é por exemplo encontrada num estudo de Cordeiro (2008), onde se constata que alguns idosos após a admissão num lar, manifestam sentimentos de segurança, estabilidade emocional e melhoria das condições de vida.

A institucionalização trouxe também alguns aspetos limitadores do processo de envelhecimento manifestada por um dos idosos participantes. Um dos aspetos referidos prende-se com a não-valorização da individualidade da pessoa nas atividades desenvolvidas, sendo as mesmas caracterizadas pelo participante como *ultrapassadas*. A instituição desenvolve atividades recreativas, mas que não se coadunam com os seus gostos, com as suas preferências. Pimentel (2001) refere a este propósito que a maioria das instituições para idosos não consegue proporcionar aos mesmos serviços individualizados que respeitem efetivamente a singularidade de cada indivíduo. Também Guedes (2008) conclui no seu estudo com idosos institucionalizados, que devido

à imposição de atividades triviais e ao progressivo afastamento de papéis e funções que asseguram o sentimento de utilidade social, a identidade pessoal do idoso está verdadeiramente ameaçada.

A investigação de Cordeiro (2008) corrobora também este achado do presente estudo, acerca da existência de atividades despersonalizadas nas instituições para idosos. A autora verificou que a nível institucional as atividades são extremamente limitadas e não promotoras da autorrealização do idoso. A vida social na instituição fica assim comprometida, pois perante uma população significativamente heterogênea e atividades lúdicas repetitivas e despersonalizadas, será de esperar pouca adesão às mesmas por parte dos idosos.

É portanto essencial proporcionar ao idoso, a oportunidade de decidir as atividades a desenvolver, valorizando deste modo a sua autonomia e potenciando a sua autorrealização e qualidade de vida.

## CONCLUSÃO

Viver o envelhecimento significa experienciar um processo caracterizado por mudanças significativas que podem conduzir ao aparecimento de aspetos limitadores do percurso humano. No entanto, envelhecer representa simultaneamente a vivência de elementos integradores que facilitam o ajustamento a este processo.

A sociedade contemporânea ao confrontar-se com o envelhecimento significativo da população começa a consciencializar-se da importância de adotar comportamentos que permitam um envelhecimento bem-sucedido. Necessita também, a atual sociedade, de assimilar que a sua atitude e comportamento face ao idoso condiciona o modo como o mesmo percebe o seu processo de envelhecimento. O *mundo* deve compreender que a pessoa idosa é singular, consequência da interação num contexto próprio.

Através da análise dos achados e discussão dos mesmos, verificou-se também a importância que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, devem conceder às vivências do idoso, do seu processo de envelhecer, de modo a personalizarem os seus cuidados, não contribuindo para a permanente homogeneização com base na idade, esquecendo a identidade de cada pessoa idosa. O enfermeiro não deve somente centrar-se na dimensão biológica, deve atender também às outras dimensões da pessoa como a dimensão psicossocial, cultural, entre outras. Deve promover e facilitar o envolvimento da família do idoso, bem como estimular o idoso nas suas várias dimensões com vista à obtenção do seu máximo potencial.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M. L. (2011). *Autocuidado e promoção da saúde do idoso: Contributo para uma intervenção em enfermagem* (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.
- Apóstolo, J. L. (2010). *O Conforto induzido pelas imagens mentais na depressão, ansiedade e stresse*. Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Barreto, A. (2002). *Mudança social em Portugal 1960/2000*. Lisboa, Portugal: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Biel, J. (2011). *Gestão de custos com medicamentos, aptidão física funcional e qualidade de vida em idosos institucionalizados do concelho de Leiria*. Recuperado [http://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/17572/1/\\_Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf](http://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/17572/1/_Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf)
- Cavaleiro, A. J. (2012). *Actividade motora da pessoa idosa após AVC: Desafios e contributos de enfermagem* (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.
- Chau, F., Soares, C., Fialho, J. A., & Sacadura, M. J. (2012). *O envelhecimento da população: Dependência, activação e qualidade*. Recuperado de [http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento\\_populacao.pdf](http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf)
- Cordeiro, M. P. (2008). Ambiente institucional de um lar de idosos. *Revista de Psicologia*. 1(1), 379-383.
- Creswell, J. W. (2010). *Projecto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto* (3ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Ehlman, K., & Ligon, M. (2012). *The application of a generativity model for older adults*. Recuperado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=9fe6d63e-f579-4867-886a-f62fff645a28%40sessionmgr4001&hid=4212>
- Erikson, E. (1972). *Adolescence et crise, la quête de l'identité*. Paris, França: Flammarion.
- Erikson, E. (1998). *O ciclo vital completo*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Fernandes, J. J. (2009). *Cuidar no domicílio a sobrecarga do cuidador familiar*. Recuperado de [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1088/1/20820\\_ulsd57600\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1088/1/20820_ulsd57600_tm.pdf)
- Ferreira, C. A. (2009). *Envelhecimento e lazer: Um caminho para a qualidade de vida*. Recuperado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/13532>
- Figueira, A. R. (2010). *Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas*. Recuperado de <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3755/1/Dissert%20Antero2010.pdf>
- Fonseca, F. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

- Fortner, B. V., & Neimeyer, R. A. (2000). *Death anxiety in older adults: A quantitative review*. Recuperado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=66090be6-f0f2-429d-b8c4-88b318f941d5%40sessionmgr112&hid=113>
- Franco, J. A. (2010). Envelhecer bem: Uma questão de sucesso. *Nursing*, 22(254), 31-37.
- Freitas, P. C. (2011). *Solidão em Idosos: Percepção em função da rede social*. Recuperado de <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8364/1/SOLID%C3%83O%20EM%20IDOSOS.pdf>
- Freitas, M. O. & Haag, G. S. (2009). Sentimentos do idoso frente à dependência física. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 14(2), 225-235.
- Freitas, M. C., Queiroz, T. A. & Sousa, J. A. V. (2010). O Significado da Velhice e da Experiência e Envelhecer para os Idosos. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 44, 2, 407-412.
- Frumi, C., & Celich, K. L. (2006). O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 92-100.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2011). *Carta social: Rede de serviços e equipamentos*. Recuperado de <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2011.pdf>
- Guedes, J. (2008). Desafios identitários associados ao internamento em lar. In *VI Congresso português de sociologia: Mundos sociais saberes e práticas*, Porto, Portugal, 25-27 Jun. 2008.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., & Botelho, M. A. (1994). Adaptação à população Portuguesa na tradução do "Mini Mental State Examination". *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
- Ioshimoto, T. (2010). Dependência funcional, mortalidade e qualidade de vida nos Idosos. *Revista Neurociência*, 18(4), 423-424.
- Jacob, L. (2009). *Sexualidade na Terceira Idade*. Recuperado de <http://www.socialgest.pt/cgi-bin/registos/scripts/redirect.cgi?redirect=EkukVAykyFTgHpuhpA>
- Lima, P. M., & Coelho, V. L. (2011). A arte de envelhecer: Um estudo exploratório sobre a história de vida e envelhecimento. *Psicologia Ciência e Profissão*, 31(1), 4-19.
- Loureiro, L. (2006). Adequação e rigor na investigação fenomenológica em enfermagem: Crítica, estratégias e possibilidades. *Revista Referência*, 2(2), 21-31.
- Liotard, J. F. (1999). *A fenomenologia*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Maia, G. F., Londero, S., & Henz, A. O. (2008). Velhice, instituição e subjectividade. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 12(24), 49-59.
- Marques, S. (2011). *Discriminação da terceira idade*. Lisboa, Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Martins, A. M., & Carvalho, C. I. (2009). No crepúsculo da vida: Um olhar sentido sobre a vivência conjugal. *Revista de Ciències de l'Éduació*, 3, 319-337.
- Mendes, C. S. & Dixe, M. A. (2008). Opinião do idoso sobre esta etapa da sua vida. *Revista Sinais Vitais*, 78, 57-60.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.

- Murakami, L., & Scattolin, F. (2010). Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Medica Herediana*, 21, 18-26.
- Oliveira, J. H. (2008). *Psicologia do idoso: Temas complementares*. Porto, Portugal: Livpsic.
- Oliveira, J. H. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (4ª ed.). Porto, Portugal: Livpsic.
- Oliveira, B. C., Carvalho, G. S., Stella, F., Higa, C. M., & D' Elboux, M. J. (2011). Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. *Texto Contexto Enfermagem*, 20(2), 234-240.
- Oliveira, C. R., Souza, C. S., Freitas, T. M., & Ribeiro, C. (2006). *Idosos e família: Asilo ou casa?*. Recuperado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0281.pdf>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2011). *Idosos sós em Portugal estão fortemente expostos à pobreza*. Recuperado de <http://observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/index.jsp?page=news&id=163>
- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra, Portugal: Livraria Almedina.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-27). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Pena, R. & Freitas, M. (2008). A sexualidade na adultez velha. In E. N. Moraes, *Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia* (pp. 261-269). Belo Horizonte, Brasil: Coopmed.
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do idoso na família: Contextos e trajetórias*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Pinto, A. M. (2006). *Reflexão sobre o envelhecimento em Portugal*. Recuperado de [http://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20268/1/Reflex%C3%A3o%20sobre%20o%20envelhecimento%20em%20Portugal\(Geriatics%20EdPort%202006\).pdf](http://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20268/1/Reflex%C3%A3o%20sobre%20o%20envelhecimento%20em%20Portugal(Geriatics%20EdPort%202006).pdf)
- Santos, S. M. (2012). *Viúvas e mudanças de vida: Estudo narrativo com idosas*. Recuperado de <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/9208/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Santos, G., & Marques, T. R. (2006). Sexualidade do idoso. In Firmino, H., *Psicogeriatria* (pp. 95-103). Coimbra, Portugal: Psiquiatria Clínica.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: Diagnósticos e intervenções*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Silva, S. M. (2009). Envelhecimento activo: Trajetórias de vida e ocupações na reforma. Recuperado de <http://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/12294>
- Silva, M. G., & Boemer, M. R. (2009). Vivendo o envelhecer: Uma perspectiva fenomenológica. *Revista Latino-Americana Enfermagem* 17(3), 380-386.
- Simões, A. (2005). Envelhecer bem?: Um modelo. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 39(1), 217-227.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

- Veríssimo, R. (2002). *Desenvolvimento psicossocial: Erik Erikson*. Porto, Portugal: Ramiro Veríssimo.
- Villegas, S., & Pérez, R. (2009). Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez. *Revista Kairós*, 12, 39-58.

## CAPÍTULO V

# OS MEUS NETOS ENSINARAM-ME A SER AVÓ

VIRGÍNIA A. GONÇALVES PAIS

MARIA DE LURDES ALMEIDA

LISA ALEXANDRA NOGUEIRA VEIGA NUNES

## INTRODUÇÃO

A estrutura familiar tem sofrido mutações a vários níveis, nomeadamente na sua extensão e na interação entre os seus membros. Estas devem-se sobretudo à diminuição do número de casamentos e ao aumento das uniões livres; ao aumento do número de divórcios e à reorganização familiar; à diminuição de pessoas disponíveis para integrarem as redes de apoio; ao decréscimo da fecundidade e da natalidade e à diminuição do tempo disponível para os cuidados, decorrente da valorização da carreira profissional, do aumento da carga laboral e da redefinição dos papéis de género, associada a uma vivência menos tradicional da conjugalidade e a uma recusa das mulheres em restringirem a sua ação e realização ao espaço doméstico (Pimentel & Albuquerque, 2010).

Neste contexto, onde as exigências sociais e profissionais crescem, e as famílias têm cada vez menos membros e menos tempo para partilhar, a relação entre os seus elementos assume demasiada importância. São estas relações intergeracionais na família que vão proporcionar redes de apoio, construir vínculos e promover a solidariedade e a transmissão de valores. De entre as várias relações intergeracionais que se estabelecem na família, aquela a que se dará relevo nesta investigação é a relação entre avós e netos.

Na tentativa de melhor compreender a temática, delinearam-se os seguintes objetivos: identificar os significados que os avós atribuem à sua relação com os netos; identificar as atividades que os avós realizam em conjunto com os netos; descrever o que é que os avós transmitem aos netos; identificar, na ótica dos avós, o que é que os netos transmitem aos avós e analisar os fatores que condicionam os avós no desempenho do seu papel.

Realizou-se um estudo do tipo exploratório, através de uma abordagem de natureza qualitativa, com recurso à investigação fenomenográfica.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### A família na perspetiva do ciclo vital

Os resultados dos Censos de 2011 apontam o aumento de cerca de 11% de famílias clássicas. Verifica-se que as famílias são de menor dimensão (média do número de membros em 2011 é de 2,6, enquanto que, em 2001, era de 2,8). Também as famílias de maior dimensão têm vindo a perder expressão: em 2011, as famílias com cinco ou mais pessoas representavam 6,5%, face a 9,5% em 2001 e a 15,4% em 1991 (Instituto Nacional de Estatística, 2012). Contudo, esta alteração na configuração familiar, não se verifica somente em Portugal, sendo também transversal aos países desenvolvidos (Olivares & Tur, 2005).

O conceito de família, ao longo do tempo, foi incorporando diversos significados, sendo concebido, atualmente, para além dos laços de consanguinidade, valorizando as relações de vínculo e afeto (Schwonke, Silva, Casalinho, Santos, & Vieira, 2008). A família pode definir-se como um grupo que vive junto pela necessidade de estar acompanhado, onde uns elementos entram e outros saem, numa aprendizagem constante de mudança e atualização da rede de afetos (Schmidt, 2007). Alarcão (2006) salvaguarda que o mais importante é ver a família como um todo, como uma emergência dos seus elementos, o que a torna unida e única.

A família constitui a mais pequena célula social fundamental para a vida de cada sociedade e constitui-se de forma a assegurar a procriação necessária à continuidade dos grupos, a transmissão da herança social, material e cultural e para permitir a sua inclusão no grupo e adquirir posição social (Dutras, 2009). Assim, o núcleo da sociedade humana está na família e na sua capacidade para a personalização e para a socialização (Pires, 2010).

A família é um sistema em constante interação e qualquer ocorrência com um dos seus elementos afeta todos os outros (Assis, 2006). Por isto, quando a família vive o impacto de eventos inesperados (divórcios, mortes, doenças, desemprego) a sua estrutura relacional é modificada e as tarefas de superação e coesão são dificultadas (Schmidt, 2007). Por outro lado, ao lidar com situações incomuns, a família cria alternativas, podendo reorganizar algumas das suas regras básicas (Schenker, 2005).

As alterações na estrutura da família assumem uma nova denominação: a verticalização, que se refere, por um lado, ao menor número de membros por geração nas famílias (decrésimo da taxa de natalidade) e, por outro lado, à maior convivência das múltiplas gerações dentro da mesma família (aumento da esperança média de vida; Triadó & Villar, 2000). Vicente e Sousa (2010) referem que esta verticalização permite o encontro e o entrecruzar de várias gerações, no entanto, outras mudanças (mobilidade geográfica) podem promover o desencontro das mesmas, apesar da coexistência temporal.

A própria conceção de família também se modificou. Alarcão (2006) cataloga como novas configurações familiares, as famílias reconstituídas, as famílias monoparentais, as famílias adotivas, as famílias homossexuais e as famílias comunitárias, sendo que há a probabilidade de virem a existir novas configurações familiares. De acordo com Costa (2011), há um aumento muito significativo das famílias monoparentais; das chamadas famílias *puzzle* (em que mãe/pai e filho vivem com o companheiro(a) da mãe/pai, os filhos deste(a) e ainda com os filhos dos dois); das famílias *alternativas* (em que os avós tomam conta dos netos ou os tios dos sobrinhos) bem como das *famílias de acolhimento*.

Um dos prismas possíveis de olhar a família é através do ciclo vital, ou seja, das etapas na qual se desenvolve (Cardoso, 2010). Estas etapas são esperadas em todas as famílias, apesar de vivenciadas de maneiras distintas. De acordo com Sousa, Figueiredo, e Cerqueira (2004), as várias abordagens ao ciclo de vida olham a família como um sistema que se move ao longo do tempo, que integra elementos (nascimento, adoção e casamento) e que perde membros. A passagem de uma fase da vida, condição, ou status para outra, é definida, por Meleis (2010) como transição.

Um dos eventos significativos do ciclo vital individual e um dos papéis que se atribui às pessoas à medida que envelhecem é tornarem-se avós (Cardoso, 2010). O momento em que nasce um neto marca a passagem para uma outra fase no ciclo de vida familiar, que implica modificações, não só na estrutura familiar, como na estrutura psíquica dos novos avós – uma nova identidade tem de ser criada e novos papéis adquiridos (Kipper & Lopes, 2006).

O período de ser avô é descrito como o momento em que as pessoas que são avós são chamadas a assumir o seu papel. Ao perceberem-se o ser avô desta forma, ao invés de só se olhar para a realidade biológica, olha-se para o ser avô como um papel social, cultural e historicamente construído. Compreender o papel dos avós sugere que existem várias maneiras de ser avô e diferentes lugares onde ser avô pode ser expresso (Tarrant, 2010).

## **Intergeracionalidade entre avós e netos**

Há um conjunto de fatores que vão influenciar o relacionamento entre as várias gerações e as diferentes formas de desempenhar os papéis de pais, avós e filhos, nomeadamente a qualidade das relações dentro das gerações, as condições socioeconómicas, as particularidades familiares, a idade, personalidade e estado de saúde, os locais de residência, a forma como as famílias estruturam o tempo e a cultura (Ramos, 2005).

As relações intergeracionais são descritas por Peacock e Talley (2006) como interações planeadas, de grupos de pessoas com idades desiguais, em diferentes fases da vida e em

distintos contextos. Estas adquirem maior relevo no sentido em que a intergeracionalidade entre avós, pais e netos pode ser utilizada como meio para reduzir a violência, lutar contra o desemprego dos mais velhos, desenvolver competências específicas nos jovens (por exemplo, apoiá-los nos estudos, ajudar a lidar com assuntos como o álcool e as drogas; Pinto & Rodrigues citado por Cardoso, 2010). Bernard, Phillipson, Barnard, Phillips, & Ogg (2001) acrescentam que a família é considerada como provedora da base de apoio para as pessoas idosas.

A relação intergeracional avós-netos é, na opinião de Vicente e Sousa (2010), a relação intergeracional não contígua com maior relevo na literatura, existindo vários estudos sobre o papel dos avós na família e a sua importância para as distintas gerações do sistema familiar.

Surtem cada vez mais avós com perfis completamente distintos de outrora: avós jovens, com filhos dependentes, a cuidarem dos seus próprios pais e a sentirem que ser avô é uma parte importante do ciclo de vida como experiência pessoal, avós que estão envolvidos em atividades profissionais e sociais, que praticam exercício físico regular (Dias, 2002; Olivares & Tur, 2005). As pessoas idosas que outrora foram netos desempenham, hoje, o papel de avô e avó e o vínculo que tiveram no passado com os seus avós repercute-se na sua personalidade, na maneira de se relacionarem com os seus netos, nos valores e nas tradições (Minuzzi, 2007). É esperado que os avós sejam os principais agentes educadores das crianças, imediatamente a seguir aos pais, pela novidade que o papel representa e pela necessidade que os pais têm de recorrer aos seus próprios pais para cuidarem dos netos, enquanto trabalham ou realizam outras atividades (Dias & Silva, 2003).

No entanto, Hader (1965) opina que os avós percebem os netos como uma continuidade sua e que a culpa sentida por alguns deles em relação aos filhos pode gerar atenção exagerada aos netos. Assim como, as atitudes conflitantes entre pais e avós podem gerar comportamentos desajustados nos netos e, em alguns casos, a presença dos avós pode infantilizar os pais. Oliveira (2010) desdramatiza ao afirmar que a intervenção dos avós na educação dos netos é bastante positiva, desde que tenham a competência mínima e não se sobreponham, contradigam ou critiquem os pais das crianças, mas antes colaborem generosamente segundo as linhas pedagógicas estabelecidas.

Os netos também personificam uma audiência nova para as experiências dos avós porque os avós nunca partilharam essas vivências com eles, podendo contar-lhes tudo sem estarem a ser repetitivos. Este encontro entre avós e netos pode constituir uma oportunidade para os netos desenvolverem atitudes positivas em relação à velhice e ao envelhecimento. No entanto, o contrário também é possível, se as crianças não tiverem oportunidades suficientes para interagir com os seus avós terão maior probabilidade

de desenvolverem estereótipos acerca destes e do seu processo de envelhecimento (Seefeldt, Jantz, & Chen, 1997). Também, se uma relação entre avós e netos estiver envolvida num clima de conflito e desentendimento, levará a que as imagens negativas da velhice ganhem relevo (Sousa, 2006).

São muitas as variáveis que influenciam o relacionamento entre avós e netos: a idade, o género, a distância geográfica, o trabalho e saúde dos avós, o nível sócio-educacional da família e a ocorrência de eventos disruptivos, nomeadamente separações, crises e doenças (Dias, 2002). Para Cardoso (2010), deve-se considerar também o relacionamento dos avós com os seus filhos (pais das crianças) e com os seus próprios pais e avós. De forma geral, vai depender de diferentes fatores relacionados com o avô, o neto e a família (Bernal & Anunciabay, 2008).

A maioria dos estudos enfatiza que as relações avós/netos, com maior qualidade, são aquelas onde existe uma maior frequência de contacto, sendo que, com o crescimento dos netos, a relação torna-se mais distante (Olivares & Tur, 2005). A proximidade geográfica facilita o contacto regular entre as gerações, o que é de extrema importância para a troca de apoio social e económico, bem como para manter a solidariedade familiar (Park, Phua, McNally, & Sun, 2005).

Atualmente assiste-se a uma maior convivência intergeracional que se traduz numa multiplicidade de benefícios para avós e netos. A relação entre avós e netos é, indiscutivelmente, um espaço de encontro de gerações (Sousa, 2006). Para os netos, os avós representam a possibilidade de viver uma relação educativa e afetiva diferente da dos progenitores: os avós têm mais tempo para brincar e passear, enquanto os pais têm menos disponibilidade de tempo, trabalham muito e chegam a casa cansados e chateados. Acresce o facto de os avós terem um potencial de imaginação e criatividade superior, devido à sua maturidade, experiência de vida e disponibilidade (Sousa, 2006). Kemp citado por Veleza et al. (2006) declara que os netos costumam descrever a relação com os avós como um relacionamento de amor incondicional, respeito, amizade e confiança. Os jovens relatam que os avós são mais calmos e experientes que os pais, o que pode proporcionar um relacionamento mais intenso e menos conflituoso (Dias & Silva, 2003).

Para os avós, este papel pode permitir-lhes o desenvolvimento e aumento do seu bem-estar, atenuando ou evitando o desânimo ou a desmoralização, resultantes de situações como a da perda do cônjuge, a entrada para a reforma, a perda do estatuto social e até a diminuição de rendimentos (António, 2009). Ser avô, segundo Ramos (2005), proporciona novas identidades, novos papéis e dá um sentido à vida. Para os avós é principalmente a realização de um sonho, sendo este laço sentido como a concretização do desejo de continuidade (sobreviver à morte através de recordações).

No entanto, podem existir dificuldades e aspetos negativos decorrentes da relação. Um exemplo disso é o dos avós que cuidam e têm a seu encargo os netos (ou a ajudar a criar) em situações económicas difíceis dos filhos. Além deste facto, muitos avós ainda estão a exercer as suas profissões e outros que podem ser obrigados a arranjar um emprego, para ajudar economicamente, especialmente nas famílias sem pais presentes (Casper & Bryson, 1998). A convivência domiciliar entre avós e netos pode conduzir a uma queda na qualidade da saúde física e emocional dos avós, além de alterações na vida social e familiar, sobrecarga financeira e stresse (Lopes, Neri, & Park, 2005). Apesar destas dificuldades, no geral, as gerações mais jovens e as mais velhas têm muito que ensinar e aprender, conjuntamente. Marangoni (2007) sublinha que o encontro entre avós e netos apresenta-se como um terreno fértil para mudanças em conceções estereotipadas sobre o que é ser velho e o que é ser jovem, bem como contribui para a promoção de melhores condições de saúde, qualidade de vida e desenvolvimento para ambos.

Uma das vantagens da relação intergeracional é a de os netos transmitirem conhecimentos relativos às novas tecnologias (através do domínio no manuseio de aparelhos eletrónicos e da linguagem digital) e novos valores mais ajustados ao tempo atual (Ferrigno, 2006). Assim, os avós poderão ter ideias mais atuais e se permitam ousar e transferem valores como a valorização da idade como sinónimo de experiência, a capacidade de dar importância às coisas significativas (por exemplo o convívio em família), a desmistificação do envelhecimento como um processo unicamente patológico e o respeito pelo outro (Schmidt, 2007). Na opinião de Ferrigno (2006), as pessoas mais velhas transmitem também a memória cultural e valores éticos fundamentais, além de conhecimentos práticos e habilidades aplicadas ao quotidiano, permitindo aos jovens conhecerem as suas origens e se enraizarem na sua própria cultura.

Neste entrelaçar, a transmissão de saberes não é linear, uma vez que ambas as gerações detêm saberes distintos, o que possibilita que se dê origem a uma história em comum, a partir da experiência de cada elemento, funcionando como uma via dupla, pois as duas ensinam e aprendem (Oliveira, 2011). A comunicação intergeracional e a transmissão de saberes, apesar de diluída pela evolução social ao longo das gerações, podem perder-se em termos de ação, mas não de conhecimento (Rodrigues, 2008).

Apesar da importância reconhecida das relações intergeracionais, percebe-se que o papel dos avós ainda não está devidamente valorizado socialmente. A participação em grupos e atividades contribuiria para um melhor desempenho no papel, como também implicaria ganhos por parte das pessoas envolvidas com estes avós (Dias, 2002). É nesta perspetiva que a autora desafia os enfermeiros a formarem grupos com avós que vivem situações semelhantes, como é o caso dos que educam os netos; realizem workshops ou grupos com avós de crianças com deficiências no sentido de habilitá-los a

melhor lidar com elas e apoiar os pais; incrementem programas e cursos que capacitem os avós a desempenharem melhor o seu papel; apoiem a terapia com casais ou famílias, incentivando a participação dos avós, quando necessário; criem programas que incluam a participação das pessoas idosas na comunidade e sensibilizem os mais novos para as dificuldades inerentes ao processo do envelhecimento e para a incorporação de estilos de vida saudáveis, de modo a envelhecerem com mais qualidade.

A questão intergeracional deve ser abordada pelos enfermeiros, no cuidado à pessoa idosa e à sua família. É que, se por um lado, a relação entre os mesmos conduz a alguns conflitos, por outro, pode ser considerada como um processo de ajuda mútua, uma vez que as pessoas idosas não são apenas cuidadas e ajudadas pelos seus familiares mas também cuidam e ajudam os membros familiares mais jovens, possuindo uma sabedoria e experiência mais abrangente (Souza, Skubs. & Brêtas, 2007). Também Rodrigues (2008) considera importante incluir os avós na educação para a saúde, realizada pelos profissionais de saúde, porque são os avós, muitas vezes, quem estão mais tempo com as crianças.

### **Opções metodológicas**

A intergeracionalidade avós e netos é um tema ainda pouco desenvolvido na área da investigação. Os estudos são escassos e na área da enfermagem quase inexistentes. Assim, optou-se pela realização de um estudo exploratório, qualitativo com uma abordagem de natureza fenomenográfica. A fenomenografia apresenta-se como uma abordagem empírica que tem como objetivo procurar a diversidade de formas sob as quais as pessoas vivenciam o mundo à sua volta (Marton & Booth, 1997). Sandberg (1997) acrescenta que a ideia geral da abordagem fenomenográfica é identificar e descrever as conceções individuais sobre algum aspeto da realidade, o mais fielmente possível. De acordo com Fernandes (2005), esta abordagem distingue-se de outras pois procura identificar aspetos similares e diferentes, na forma como se vivencia e se compreende o mundo circundante.

A amostragem foi realizada por seleção racional. A lógica desta amostragem está na seleção de casos ricos de informação para examinar em profundidade (Carpenter, 2002). Antes do início da colheita de informação, o projeto do estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Foram seguidos todos os passos preconizados para uma investigação, nomeadamente, o pedido/ autorização para a colheita de dados às instituições envolvidas e aos participantes foi solicitada a participação voluntária, o consentimento informado e assegurado o anonimato e a confidencialidade das informações.

Definiram-se como critérios de inclusão no estudo: pessoas idosas (com idade superior ou igual a 65 anos), que sejam avós; pessoas que expressem vontade de participar no estudo; frequência de contacto com os respetivos netos de, pelo menos, uma vez por semana; e pessoas que apresentem uma condição cognitiva que lhes permita descrever a experiência vivida. Esta condição foi avaliada através do Mini-Exame do Estado Mental, cuja pontuação média foi 26. Constituíram a amostra 10 pessoas idosas utentes de dois centros de dia de apoio ao idoso, em meios rurais (um no concelho de Coimbra e outro do concelho de Oliveira de Azeméis).

A técnica escolhida para a colheita de informações foi a entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas de dezembro de 2012 a março de 2013.

Tendo em conta que a fenomenografia permite padronizar e conceptualizar a informação, na organização dos dados foram seguidas as etapas sugeridas por Marton (Fernandes, 2005). Na identificação das categorias e subcategorias foram considerados os critérios de exaustividade, exclusividade, pertinência e objetividade. Diversas estratégias foram exploradas para aumentar a fiabilidade dos dados e das conclusões. Uma dessas estratégias é a triangulação. Esta define-se como o “emprego de uma combinação de métodos e perspetivas que permitem tirar conclusões válidas a propósito de um mesmo fenómeno” (Fortin, 1999, p. 322). Neste estudo utilizámos a triangulação de investigadores (Jenks, 2002).

## APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Através das entrevistas, surgiram duas dimensões de categorização dos achados: percepção da relação avós-netos, na perspetiva dos avós, e fatores que condicionam os avós no desempenho do seu papel.

A amostra constituída por 10 pessoas idosas caracteriza-se por ser maioritariamente do género feminino (oito) e apenas dois do género masculino, com uma média de idades de 84 anos, nove viúvos. Cinco dos participantes vivem sozinhos e os restantes cinco vivem acompanhados (um vive com a esposa e quatro vivem com os filhos). O facto de as quatro pessoas idosas viverem com os filhos é um dado relevante já que a família é a fonte de apoio informal mais presente para a população idosa. No que respeita à frequência de contacto, quatro participantes (40%) estão com os netos ao fim de semana, três (30%) estão um dia por semana e três (30%) estão diariamente.

Nenhuma pessoa idosa coabita com os netos. Dos três participantes que estão diariamente com os netos, averigua-se que são pessoas que vivem com os(as) filhos(as) (pais dos netos), o que sugere que a periodicidade de contacto com os netos seja maior e seja potenciada pela proximidade aos pais e/ou pelo não isolamento das pessoas idosas. Cada

participante tem, em média entre quatro a cinco netos, com uma média de idades de 25 anos. Ressalva-se que três dos participantes não sabem ao certo a idade dos netos, pelo que não foram consideradas as suas aproximações.

### **Relação avós-netos, na perspetiva dos avós**

A dimensão *relação avós-netos, na perspetiva dos avós* caracteriza a forma como os avós percebem a sua relação com os seus netos, ou seja, de que modos descrevem essa mesma interação, tendo surgido três categorias. A primeira aborda o apoio, a segunda o lazer e diz respeito às atividades que os avós partilham com os seus netos e a terceira categoria engloba a transmissão de valores/saberes e nomeia os conhecimentos que os avós transmitiram aos seus netos e os conhecimentos que os netos passaram aos avós.

#### **Apoio**

A relação entre os participantes e os seus netos pauta-se pelo apoio, muitas vezes mútuo, que se subdivide em *apoio afetivo* e *apoio instrumental*.

O *apoio afetivo* remete para a valorização dos afetos, para a vulnerabilidade, e para a mediação, que envolve os avós como conciliadores da relação. A valorização dos afetos é um dos pilares em que a relação avô e neto baseia-se, tal como é expressado por vários participantes e transparece no discurso dos mesmos como uma relação biunívoca: “Eles [netos] querem-me bem. Eles vêm muito bem, gostam muito de mim e eu gosto deles.” (E10, 2013)

Ao longo dos relatos dos avós, tornou-se evidente que, mesmo que os tempos de antigamente tenham sido mais duros e impossibilitassem uma relação mais enraizada entre os avós e netos, o afeto esteve presente: “A gente ia à nossa avó do lado da minha mãe, a gente beijava-a, consumia-a. Gostávamos de a consumir. Ela ia lá sempre tomar o cafezito.” (E6, 2012). No entanto, existem diferenças na relação entre os participantes e os seus netos e a relação que estes participantes tinham com os respetivos avós. Um participante afirma que antes: “...Havia mais carinho, mais amor.” (E4, 2012).

Também Schmidt (2007) concluiu que o respeito, o afeto e a demonstração de carinho estão presentes na relação intergeracional, avós e netos. Associado ao afeto, surgem outros sentimentos positivos que revestem a relação dos participantes com os seus netos: orgulho, encorajamento, prazer, respeito, tolerância e admiração.

As melhores relações com os avós, na opinião de Cunha e Matos (2010), estão associadas a crenças mais positivas relativamente aos mais velhos. Assim, é provável que os netos

que consigam admirar genuinamente os seus avós estejam mais disponíveis para olhar o envelhecimento de forma mais positiva e com menos preconceitos.

A *vulnerabilidade*, subcategoria do apoio afetivo, parte da premissa que a relação entre avós e netos pode ser influenciada por sentimentos negativos ou causadores de angústia, o que pode inviabilizar uma conexão segura e positiva e tornar a relação frágil. Desta forma, a relação entre alguns entrevistados e os seus netos também comporta vulnerabilidades, que podem ser passageiras ou permanentes. A tristeza surge no discurso de alguns participantes devido a dois fatores: distância dos netos e morte de um neto. O sacrifício é outro sentimento que também desponta de algumas relações entre os avós participantes e os netos:

Via-o comer da mãe e: ‘não quero o comer da minha mãe! Oh vó, não tens comer para mim?’. E lá vinha a correr e eu às vezes não tinha, dava-lhe o meu! ‘Então tu, oh vó, tu dás-me do teu comer e não comes?’ . . . ‘Não te aflijas que eu arranjo para mim!’ (E6, 2012).

Também ao longo de várias entrevistas foi possível perceber que na relação que os participantes mantêm com os seus netos, existe um menosprezo em relação ao que os netos sabem e àquilo que podem transmitir aos avós, ou seja, há uma desvalorização dos saberes dos netos: “Mais de resto, o que é que eles [netos] vão ensinar? Não têm nada para ensinar.” (E3, 2012). O que se verifica neste caso é, de certo modo, um idadismo invertido. Como refere Vieira (2010), o idadismo refere-se à discriminação de pessoas de qualquer grupo etário por motivos da idade; desta forma, não só acontece das gerações mais novas em relação às mais velhas (como inicialmente era considerado), mas também das gerações mais velhas em relação às mais novas.

A *mediação* é um tipo de apoio afetivo que resultou da análise dos discursos dos idosos. Assim, os avós surgem como conciliadores entre a geração dos seus filhos e a geração dos seus netos, como nos explicita um idoso: “Esta minha neta que agora não tem pai [face triste], o pai deixou-as, deixou a mãe e a filha e eu estou-lhe sempre a dizer para se dar bem com a mãe, e a mãe a dar-se bem com ela.” (E10, 2013).

Rodrigues (2008) salienta que os avós podem servir de elo de ligação na comunicação intergeracional e minimizar conflitos entre pais e filhos. As funções dos avós, o tipo de interações entre avós e netos e o apoio associado ao papel de avô, em função de diferentes variáveis (género, idade, habilitações, frequência de contacto, estado de saúde e proximidade geográfica), espelha-se na sua intervenção na família enquanto moderador de conflitos, mesmo que isso implique desempenhar um papel que não é seu, mas fazem-no devido ao *amor incondicional* que têm pelos seus netos (Morgado & Vitorino, 2012).

O *apoio instrumental* acontece ao nível do cuidado, quer dos avós em relação aos seus netos, quer dos netos em relação aos seus avós. Saber cuidar é, na perspetiva de Schmidt (2007), preocupar-se com o outro, dar atenção ao outro, sendo que a pessoa que presta cuidado se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro.

Alguns dos participantes entrevistados assumiram que a relação com os seus netos se fundamenta no cuidado aos mesmos, podendo este ser um cuidado esporádico (em que prestam algum auxílio aos pais, ficando de guarda com os netos, por exemplo) ou um cuidado permanente (no sentido em que, em determinada altura, adotaram o papel de pais, residindo com os netos e prestando toda a assistência).

Foi comum, ao longo das entrevistas, ouvir os avós compararem a sua relação com os netos com a relação que têm com os filhos. Algumas vezes, o afeto e o cuidado que disponibilizam aos seus netos são maiores do que o que proporcionam ou proporcionaram aos seus próprios filhos. Ao nível do cuidado permanente convém salientar que muitos foram os participantes que assumiram a responsabilidade total pelos netos: “Mas aquele que mais se aproximou de mim nunca me disse nada. Foi criado comigo . . . (E4, 2012); “Foram criados comigo, eram como meus filhos.” (E6, 2012).

Silva (2012), ao estudar o tipo de relações existentes entre avós e netos, apurou que as crianças que têm o apoio dos avós como cuidadores são mais calmas, concentradas e têm melhores relações de socialização do que as crianças cuidadas apenas pelos pais ou outras pessoas. O papel dos avós é bastante claro, assemelhando-se ao dos pais, que tanto dão afeto e carinho como repreendem quando necessário.

Evidenciou-se que existe uma preocupação dos netos em relação aos avós, nomeadamente no que respeita às suas necessidades básicas, como a segurança, higiene, saúde e alimentação. A segurança rodoviária e a prevenção das quedas são duas das áreas que mais preocupam os netos: “Oh avó, você vá pela beirinha, não vá pelo meio da estrada. Vá sempre pela beirinha”. ‘Tá bem, eu vou’.” (E8, 2012); “Porque não querem que eu caia, que eu tenho andando com esta mão esforçada.” (E1, 2012).

Mas o cuidar, além de intemporal, é abrangente e pode assumir especificidades que devem ter tidas em conta, nomeadamente o cuidar a pessoa idosa, da pessoa doente e os cuidados pós-morte. Os participantes revelaram que com as mudanças na família, alterou a forma como os membros da família cuidam e são cuidados. As mudanças que ocorreram na família foram muitas e segundo os participantes no estudo pois, antigamente, a família: “. . . tinha um valor extraordinário.” (E4, 2012). Os mais jovens respeitavam e estimavam mais os progenitores, apesar de as famílias serem maiores. Também existia um maior cuidado com a pessoa idosa, assumindo-se o cuidado desta até ao final da sua vida.

## Lazer

O lazer inclui as subcategorias socializar e atividades lúdicas, ou seja, as atividades que os participantes compartilham com os seus netos. Socializar envolve a partilha de momentos que não têm como finalidade fomentar a relação entre os avós e netos mas que são adjuvantes da construção de uma relação sólida. São também situações em que outras pessoas podem estar presentes, não invalidando o estreitamento de laços entre os avós e os netos. As atividades que esta subcategoria apoia são: partilhar refeições, conversar e ver televisão. Conviver durante a partilha de refeições é, tradicionalmente, uma das atividades que a população portuguesa, em geral, mais adota. Tal como salienta Ishige (1987), todas as pessoas pertencem a um grupo social determinado que permite ter relações sociais, como o ato de se alimentarem juntas. As refeições feitas em comum reforçam o grupo, no sentido em que são um meio de comunicação que permite a cada um manifestar a sua identidade dentro do grupo.

Conversar com os netos é um ato de comunicar privilegiado pelas pessoas idosas, e surge como uma das atividades mais frequentes entre os participantes e os seus netos. As conversas podem revestir-se de tons mais formais, abranger confidências ou pautar-se por tons mais descontraídos e brincalhões: “O que é casado vem para o pé de mim! Sai de casa dele e vem para casa da mãe, por causa de estar comigo na conversa.” (E2, 2012); “Conversam comigo assim coisas da vida, contam-me as vidas deles, contam-me assim coisas da namorada.” (E9, 2012).

As atividades lúdicas surgem como as ações mais requisitadas pelos avós, no que diz respeito ao passar tempo com os seus netos e compreendem ocasiões específicas, restritas a avós e netos. Destacam-se o brincar/jogar, passear, nadar e novas tecnologias.

São as atividades aparentemente mais simples, como os passeios e jogos que permanecem na memória de ambas as gerações. Estas são as situações ideais para, de forma informal, se fortalecerem laços e se criarem aprendizagens mútuas e duradouras (Macedo, 2007). As atividades realizadas entre avós e netos são uma forma de estabelecer união pois, assim como os avós ensinam aos seus netos, eles também têm muito a aprender, logo esta troca é mútua e enriquecedora para ambas as gerações (Dias & Silva, 2003).

## Transmissão de valores/saberes

A partilha e transmissão de conhecimentos e valores são inerentes ao processo de socialização. Dos ensinamentos entre avós/netos e os netos/avós, destacam-se os valores, os saberes socioculturais e os saberes académicos.

Os valores podem ser definidos como uma crença duradoura num modelo específico de conduta ou estado de existência, que é pessoalmente ou socialmente adotado. Podem expressar sentimentos e propósitos de vida, transformando-se, frequentemente, na base da existência humana (Rokeach, 1973).

Para os participantes deste estudo, os valores transmitidos aos netos são valores espirituais, pessoais, familiares e morais. Os valores espirituais são aqueles que os avós mais transmitiram. A religião Católica assume-se como a única focada pelos participantes, como explicitam: “Ensinava os valores da sua religião que todos éramos católicos e, portanto, amar a Deus, acima de tudo!” (E4, 2012).

Os valores morais que as pessoas idosas referem transmitir aos netos são, essencialmente, o respeito, a humildade, o *serem bem-educados*, a integridade pessoal, o não recurso à violência, a tolerância e o saber colocar-se no lugar do outro. Relativamente aos *valores pessoais*, os participantes verbalizaram valores relacionados com o trabalho, o estudo e a valorização pessoal: “Os valores que eu transmiti foram do trabalho. Especialmente do trabalho.” (E4, 2012) “Outro neto tem duas meninas e eu: ‘Vê se tu governas lá o teu trabalhinho porque se ficas sem trabalho, tás a pagar uma casa, tens dois filhos’” (E9, 2012).

Em relação aos valores familiares, a importância da família trespassa gerações e a transmissão dos valores familiares mantém-se no discurso dos participantes como uma das áreas que deve ser valorizada: “Criei os meus filhos com educação. Levantavam-se de manhã da cama e eram como eu fui para os meus pais: ‘Passou bem, meu pai? Dê-me a sua bênção.’ Ensinei os meus filhos assim e os meus netos também.” (E9, 2012).

Para os participantes, antes, existia mais responsabilidade, respeito e humildade. A família, enquanto instituição, era mais valorizada e havia mais respeito das gerações mais jovens para com as mais velhas. Também Macedo (2007) encontrou estas diferenças no seu estudo, justificando que os avós nasceram numa época mais tradicional e os netos, por seu turno, são fruto de uma geração mais livre e, ao mesmo tempo, carente de limites.

Os resultados obtidos no presente estudo corroboram os de Schmidt (2007) que, ao estudar as transmissões educacionais verbalizadas pelas pessoas idosas, percebeu a pretensão de garantir uma ligação e uma transição entre a geração dos filhos e a dos netos. Identifica-se nesses relatos a preocupação dos idosos em transmitir valores tais como: o estudo, o trabalho, o cuidado com pessoas desconhecidas, o respeito para com os pais e a honestidade. No entanto, os valores e a sua hierarquia alteraram-se ao longo dos tempos.

As diferenças de valores e comportamentos entre as gerações dos avós e dos netos apresentam-se, na opinião de Minuzzi (2007), como marcas de identidade próprias

dessas mesmas gerações. As diferenças devem ser lidas à luz das alterações sociais, demográficas e económicas que surgem ao longo das décadas, isto é, devem ser enquadradas no tempo em que ocorreram, para que haja uma melhor compreensão das mesmas.

Relativamente à transmissão de valores, os participantes do estudo são da opinião de que não foram apenas eles a transmitirem aos netos alguns valores. Os netos, ainda que de forma indireta e não intencionada, levaram aos avós valores pessoais: “Ensinaram-me a ser avó como devia de ser.” (E4, 2012).

Os saberes socioculturais englobam saberes tradicionais que passam de geração em geração, em áreas distintas, estando social e culturalmente implícitos e sendo importantes na gestão do quotidiano. Incluem-se saberes ligados às tarefas domésticas (como o limpar a casa e a lavoura do campo) que são ensinamentos que os participantes transmitem aos netos, uma vez que são conhecimentos práticos e essenciais para o dia-a-dia, conhecimentos esses no domínio do *saber fazer*: “. . . lavar a louça do comer e a varrer, ensinava-as lá a cuidar da casa, também.” (E7, 2012). Além das tarefas domésticas, estes saberes abrangem os saberes lúdicos que os idosos transmitiram aos netos: jogos, cantigas e danças.

Para os avós torna-se importante poderem mostrar os jogos e as danças e cantigas do passado pois, de certo modo, isso mostra aos netos a sua experiência. Também relembra aos netos que os seus avós já tiveram a sua idade, o que pode proporcionar um vínculo mais acentuado e permitir uma troca de saberes mais fluida. As pessoas idosas reconhecem ainda que os netos lhes transmitiram saberes socioculturais, nomeadamente a nível da prática desportiva e dos saberes lúdicos.

Os saberes académicos adquirem neste estudo o sentido de ensinamentos ligados ao que se aprende no contexto escolar. De acordo com os participantes, o que mais ensinaram aos seus netos foi a ler: “E ensinei-lhes a ler.” (E2, 2012) e os saberes ligados à matemática: “Olhe, eu não tenho a 4<sup>a</sup> classe mas dei-lhes muitas instruções de contas.” (E2, 2012). No que concerne aos saberes académicos que os netos transmitiram, na opinião dos avós, foram conhecimentos a nível de ler mais rápido e do falar adequadamente.

Silva (2012) verificou que os avós valorizam muito a escola e a educação e, quando sentem que não conseguem ajudar os netos nos trabalhos escolares, definem estratégias para encontrar uma solução. Este facto pode ser explicado tendo em atenção que muitos avós foram impossibilitados de estudar e a percepção de que, ao estudarem, podiam ter adquirido melhores condições de vida, leva-os a planear para os netos, atividades que estimulem as suas capacidades para o ato de estudar e de adquirir conhecimentos.

## **Fatores que condicionam os avós no desempenho do seu papel**

A segunda dimensão deste estudo refere-se aos fatores que condicionam o desempenho do papel de avó/avô. Existem entraves ao desenvolvimento de uma relação mais ou menos vantajosa quer para avós, quer para os seus netos. Os participantes desta pesquisa apontaram os seguintes aspetos: disponibilidade, distância geográfica.

### **Disponibilidade**

A falta de tempo por parte dos netos para visitar os avós é uma das mais referidas dificuldades que os avós revelam: “. . . é uma relação boa só que [pausa] pouco tempo, não é?” (E1, 2012). Inclusive, há um participante que refere que as novas tecnologias roubam tempo aos netos para estes poderem desfrutar com qualidade a relação com os avós.

De acordo com Clarke Roberts citado por Pires e Meireles-Coelho (2011), fatores como a idade (quer dos netos, quer dos avós), a proximidade geográfica, o género, o estado civil e a situação de emprego dos avós influenciam a extensão e a natureza dos contactos intergeracionais. Os avós com pouca saúde são, por norma, mais formais; os avós mais novos e com mais saúde são mais divertidos e os avós que vivem mais longe tendem a assumir um estilo mais distante (Sousa, 2006). Assim, um avô mais jovem, mesmo que mantenha o seu emprego, terá melhor condição física para se dedicar às brincadeiras com os seus netos.

### **Distância geográfica**

Analogamente à disponibilidade, a distância física é um dos fatores que mais impossibilita que os participantes se relacionem com os netos. O facto de os netos viverem longe de casa dos avós é um grande condicionante à partilha de momentos juntos: “E pronto, é bom, quer-se dizer, é pena não estarmos perto, sempre nos víamos.” (E5, 2012).

Os estudos divulgam que quanto maior for a proximidade física, maiores são as probabilidades de as relações intergeracionais trazerem benefícios para os netos e avós. Também Silva (2012) conclui que um aspeto importante para que haja uma troca de afeto e de conhecimentos entre as gerações mais jovens e as mais velhas é a coresidência ou um convívio constante. O contacto diário ou semanal é condição para florescer e cristalizar a reciprocidade entre as gerações. Também Morgado e Vitorino (2012), na sua pesquisa, concluíram que a transmissão de conhecimentos dos avós é tanto maior, quanto maior for a proximidade em relação aos netos.

Fatores como a idade da reforma a aumentar, os fluxos migratórios mais frequentes, as alterações nas composições das famílias e o facto de doenças crónicas e incapacitantes

terem taxas de incidência em pessoas cada vez mais jovens, pode conduzir a um afastamento mais vincado entre avós e netos, impossibilitando que se desenvolvam atividades e momentos de transmissão de conhecimentos.

Apesar de todas estas contrariedades e de existirem situações incontornáveis, deve apostar-se em tempo de convívio de qualidade e pensar-se em políticas que promovam as relações intergeracionais.

## CONCLUSÕES

Ao longo do ciclo de vida, há papéis predefinidos para cada pessoa, apesar das constantes mudanças familiares, sociais e financeiras. É no decorrer das mudanças operadas na sociedade que o próprio conceito de envelhecer se tem vindo a modificar: as pessoas vivem mais anos, com mais recursos passíveis de prolongar a existência humana, independentemente das limitações deste processo.

Sendo o envelhecimento um período transversal a todas as gerações é imperioso contribuir com ações eficazes para que esta etapa seja vivida com dignidade, qualidade e consideração, devendo por isso respeitar-se a pessoa e os seus objetivos e projetos pessoais, promovendo a sua integração e participação ativa na sociedade. Neste contexto, a promoção das relações intergeracionais assumem-se cada vez mais como uma opção válida para fomentar a solidariedade social, num *continuum* de transmissão cultural e familiar.

Neste estudo destaca-se que, para os avós, a relação que mantêm com os netos assenta num apoio instrumental e afetivo. Os avós valorizam os afetos e são mediadores entre a geração dos seus filhos e a dos seus netos, apesar de poderem existir vulnerabilidades que abalem a conexão com os seus netos. Ao nível das atividades que ambas as gerações realizam em conjunto, estas podem ser de cariz social, como a partilha de refeições, o conversar e o ver televisão; ou mais lúdicas e restritas a avós e netos, como o brincar/jogar, passear, nadar e a partilha das novas tecnologias. Avós e netos transmitem mutuamente valores, saberes socioculturais e saberes académicos. A disponibilidade e a distância geográfica são descritas como os fatores que condicionam os avós no desempenho do seu papel.

Compreender como cada avô/avó vivencia este papel pode ser um elemento facilitador do cuidar em todas as suas dimensões (comunitário, hospitalar). O enfermeiro está habilitado a assistir as pessoas nos seus processos de transição, devendo, deste modo, deter o conhecimento teórico assim como as habilidades necessárias para o utilizar (Meleis, 2010). Em cenários atuais, em que se promove a prevenção como atitude

basilar para se manter um equilíbrio no estado saúde-doença, o enfermeiro deve estar atento às transições que acompanham o indivíduo e a família e fazer a ponte com a comunidade. Desmitificar a velhice como algo patológico e distante para as crianças, jovens e adultos é um forte contributo para a valorização social da pessoa idosa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios familiares* (3ª ed.). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- António, S. (2009). A matrilinearidade dos afectos: Relações intergeracionais: Os netos e avós. in P. Aizpuru (Coord.), *Familias y relaciones diferenciales: Género y edad* (pp. 225-240). Murcia, Espanha: Editium.
- Assis, W. R. (2006). *O caminho intergeracional dos sentimentos: Estudos dos padrões afectivos transmitidos pela família* (Dissertação de mestrado não publicada). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil.
- Bernal, J. G., & Anunciabay, R. F. (2008). Relevancia psico-socioeducativa de las relaciones generacionales abuelo-nieto. *Revista Española de Pedagogía*, 239, 103-118.
- Bernard, M., Phillipson, C., Berrnard, M., Phillips, J., & Ogg, J. (2001). Continuity and change in the family and community life of older people. *Journal of Applied Gerontology*, 20(3), 259-278. doi: 10.1177/073346480102000301
- Cardoso, V. S. (2010). *Os avós e a concessão de guarda judicial de netos na perspectiva do ciclo de vida familiar* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10482/7868>
- Carpenter, D. R. (2002). Método fenomenológico. In H. J. Streubert & D. R. Carpenter (Eds.), *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ª ed., pp. 49-73). Loures, Portugal: Lusociência.
- Casper, L. M., & Bryson, K. R. (1998). *Co-resident grandparents and their grandchildren: Grandparent maintained families*. Recuperado de <http://www.census.gov/prod/99pubs/p23-198.pdf>
- Costa, A. F. (2011). *Educação dos valores: A educação moral e religiosa católica entre a família e a escola* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/8278>
- Cunha, B., & Matos, M. P. (2010). Relações intergeracionais: Significados de adolescentes sobre avós e idosos. In *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, Braga, Portugal, 4-6 Fevereiro 2010 (pp. 1038-1052).
- Dias, M. B. (2002). A influência dos avós nas dimensões familiar e social. *Revista Symposium*, 6(1/2), 34-38. Recuperado de <http://www.maxwell.lambda.ele.pucRio.de.br/5743/5743.PDF>
- Dias, C. M., & Silva, M. S. (2003). Os avós na perspectiva de jovens universitários. *Psicologia em Estudo*, 8(Esp.), 55-62. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa08.pdf>
- Dutras, H. M. (2009). *O papel da avó na promoção de estilos de vida saudáveis junto dos netos* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10451/1028>

- Fernandes, M. A. (2005). Introdução à fenomenografia: Potencialidades de aplicação à investigação em saúde e enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 12, 3-10.
- Ferrigno, J. C. (2006). A co-educação entre gerações. *Revista Brasileira de Educação Física e Exporte*, 20, 67-69. Recuperado de [http://citrus.uspnet.usp.br/eef/uploads/arquivo/19\\_Anais\\_p67.pdf](http://citrus.uspnet.usp.br/eef/uploads/arquivo/19_Anais_p67.pdf)
- Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Hader, M. (1965). The importance of grandparents in family life. *Family Process*, 4(2), 228-240. doi: 10.1111/j.1545-5300.1965.00228.x
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011: Resultados definitivos*. Recuperado de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_bbou=107624784&DESTAQUESTema=55466&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_bbou=107624784&DESTAQUESTema=55466&DESTAQUESmodo=2)
- Ishige, N. (1987). O homem o comensal. *Correio da Unesco*, 15(7), 18-21.
- Jenks, J. M. (2002). A triangulação como estratégia de investigação qualitativa. In H. J. Streubert & D. R. Carpenter (Eds.), *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ª ed., pp. 331-342). Loures, Portugal: Lusociência.
- Kipper, C. D., & Lopes, R. S. (2006). O tornar-se avó no processo de individuação. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(1), 29-34. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n1/29841.pdf>
- Lopes, E. S., Neri, A. L., & Park, M. B. (2005). Ser avós ou ser pais: Os papéis dos avós na sociedade contemporânea. *Textos sobre Envelhecimento*, 8(2), 239-253.
- Macedo, F. B. (2007). *Famílias ludovicenses: Um estudo sobre a transmissão dos valores culturais e familiares na perspectiva de avós e netos* (Dissertação de mestrado, Universidade Católica de Pernambuco). Recuperado de [http://www.unicap.br/tede//tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=133](http://www.unicap.br/tede//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=133)
- Marangoni, J. F. (2007). *Meu tempo, seu tempo: Reflectindo sobre as relações intergeracionais a partir de uma intervenção no contexto escolar* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10482/3060>
- Marton, F., & Booth, S. (1997). *Learning and awarness*. New Jersey, USA: Lawrence Erlbaum.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursin research and practice*. New York, USA: Springer.
- Minuzzi, I. H. (2007). *Elos da memória: O discurso dos avós sobre a cultura* (Dissertação de mestrado, Universidade de Caxias do Sul). Recuperado de [http://tede.ucs.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=128](http://tede.ucs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=128)
- Morgado, S., & Vitorino, A. (2012). Envelhecimento positivo ao serviço dos netos. *INFAD Revista de Psicologia*, 1(2), 13-24.
- Olivares, J. O., & Tur, C. T. (2005). Las relaciones abuelos netos. In S. P. Hernandez & M. S. Martinez (Eds.), *Gerontologia: Actualización, innovación y propuestas* (pp. 259-290). Madrid, España: Pearson Educación.

- Oliveira, B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (4ª ed.). Porto, Portugal: Lúgia.
- Oliveira, C. M. (2011). *Relações intergeracionais: Um estudo na área de Lisboa* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.5/3100>
- Park, K. S., Phua, V., McNally, J., & Sun, R. (2005). Diversity and structure of intergenerational relationships: Elderly parent–adult child relations in Korea. *Journal of Cross- Cultural Gerontology*, 20(4), 285–305. doi: 10.1007/s10823-006-9007-1
- Peacock, E. W., & Talley, M. (2006). Best practices in intergenerational programming: Connections generations tool kit. In E. W. Peacock & M. Talley, *United Generations Ontario*. Documento não publicado.
- Pimentel, L. G., & Albuquerque, C. P. (2010). Solidariedades familiares e o apoio a idosos: Limites e implicações. *Textos & Contextos*, 9(2), 251-263. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7783/5787>
- Pires, M. F. (2010). *Presença e papel dos avós: Estudo de caso* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://ria.ua.pt/handle/10773/3601>
- Pires, M. F., & Meireles-Coelho, C. (2011). Contextos e representações dos avós: estudo de caso. In C. S. Reis & F. S. Neves. (Coords.). *Livro de Atas do XI Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação, Guarda, Portugal* (Vol. IV, pp. 413-417). Guarda, Portugal: Instituto Politécnico.
- Ramos, N. (2005). Relações e solidariedades intergeracionais na família: Dos avós aos netos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 39(1), 195-216.
- Rodrigues, J. P. (2008). *Práticas e saberes das avós no cuidar das crianças: Uma abordagem intergeracional e intercultural* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.2/728>
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York, USA: Free Press.
- Sandbergh, J. (1997). Are phenomenographic results reliable? *Higher Education Research & Development*, 16(2), 203-212. doi: 10.1080/0729436970160207
- Schenker, M. (2005). *Valores familiares e uso abusivo de drogas* (Tese de doutoramento não publicada). Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, Brasil.
- Schwonke, C. R., Silva, J. R., Casalinho, A. L., Santos, M. C., & Vieira, F. P. (2008). Internação domiciliar: Reflexões sobre a participação do cuidador/família/enfermeiro no cuidado. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, 12(1), 77-90. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/260/26012806009.pdf>
- Schmidt, C. (2007). *As relações entre avós e netos: Possibilidades coeducativas?* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10183/13741>
- Seefeldt, W., Jantz, G., & Chen, N. (1997). Building Bridges: An intergenerational program. *Journal of Extension*, 35(5). Recuperado de <http://www.joe.org/joe/1997october/iw2.php>
- Silva, A. M. (2012). A colaboração dos avós na educação dos netos. *Interfaces Científicas – Educação*, 1(1). 67-75.

- Sousa, L. (2006). Avós e netos: Uma relação afectiva, uma relação de afectos. In J. M. Oliveira (Coord.), *Povos e culturas: Os avós como educadores* (pp. 39-50). Lisboa, Portugal: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto, Portugal: Âmbar.
- Souza, R. F., Skubs, A. T., & Brêtas C. P. (2007). Envelhecimento e família: Uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 263-267. doi: 10.1590/S0034-71672007000300003
- Tarrant, A. (2010). Constructing a social geography of grandparenthood: A new focus for intergenerationality. *Area*, 42(2), 190–197. doi: 10.1111/j.1475-4762.2009.00920.x
- Triadó, T. C., & Villar, P. F. (2000). El rol de abuelo: Cómo perciben los abuelos las relaciones con sus nietos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 35(S2), 30-36.
- Veleda, A. A., Neves, F. B., Baisch, A. L., Vaz, M. R., Santos S. S., & Soares, M. C. (2006). Os significados e contribuições da convivência entre avós e netos para o desenvolvimento da criança. *Psicologica*, 43, 27-40.
- Vicente, H. M., & Sousa, L. (2010). Funções na família multigeracional: Contributo para a caracterização funcional do sistema familiar multigeracional. *Psicologica*, 53, 157-181.
- Vieira, C. (2010). *Paredes que separam gerações: Crianças e idosos em instituições* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10773/3703>

## CAPÍTULO VI

# O CUIDADO DE ENFERMAGEM GERIÁTRICA EM HOSPITAIS PORTUGUESES – UM MODELO EXPLICATIVO

JOÃO TAVARES  
ALCIONE LEITE DA SILVA

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico tem vindo a crescer de forma acentuada em todas as regiões do mundo (Population Reference Bureau, 2011). Este fenómeno tem e terá um enorme impacto na utilização dos recursos de saúde, considerando que as pessoas idosas hospitalizadas necessitam de mais cuidados de saúde comparativamente a outros grupos etários. Estas pessoas, internadas por doença aguda, apresentam, concomitantemente, mais multimorbilidades, propensão a desenvolver incapacidade e elevado risco de declínio funcional. Deste modo, as necessidades das pessoas idosas hospitalizadas são complexas, o que requer enfermeiros(as) com conhecimento e competências específicas para desenvolver um cuidado de boa qualidade (Graf, 2006).

A par da formação dos(as) enfermeiros(as), outros fatores influenciam a qualidade do cuidado de enfermagem geriátrica, nomeadamente, o Ambiente de Trabalho dos(as) Enfermeiros(as) (ATE). Este é considerado um dos fatores que mais afeta a qualidade do cuidado às pessoas idosas (McKenzie, Balndford, Menec, Boltz, & Capezuti, 2011). O *Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans* (2008, p. 130) destaca que *“poorly designed systems and models of care – the structures and processes of organizations that create the nurse work environment – contribute to undesirable outcomes for hospitalized older adults”*.

Em Portugal, o conhecimento sobre o cuidado de enfermagem geriátrica ainda é incipiente, o que demanda grandes investimentos na área, considerando, principalmente, o envelhecimento populacional das últimas décadas. Diante do exposto, este capítulo tem como objetivo analisar a relação entre as variáveis demográficas, profissionais e as características de hospitais e o ATE com especificidade geriátrica.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O ATE é um constructo complexo e multidimensional (Lake, 2002), sendo amplamente discutido e investigado na disciplina de Enfermagem. O ATE é definido como: “*the organizational characteristics of a work setting that facilitate or constrain professional nursing practice*” (Lake, 2002, p. 178). Um dos modelos pioneiros na compreensão e articulação do ambiente de trabalho dos(as) enfermeiros(as) e a qualidade do cuidado foi desenvolvido e testado por Aiken, Sochalski, e Lake (1997), o qual estabelece as relações entre as características organizacionais (ex.: tipo de hospital), o ATE (mecanismo operante; ex.: ambiente das práticas de enfermagem), e a eficácia organizacional e os resultados de saúde (ex.: qualidade do cuidado, *burnout*, satisfação). As autoras defenderam que as características e atributos organizacionais afetavam o ambiente da prática de enfermagem, e que as concepções que alicerçavam este ambiente tinham um impacto no cuidado desenvolvido por enfermeiros(as), que se traduz em resultados de saúde favoráveis para utentes, enfermeiros(as) e organizações (Aiken et al., 1997; Kim, Capezuti, Boltz, & Fairchild, 2009).

Tendo por base este modelo, inúmeros estudos têm sido realizados e diferentes instrumentos têm emergido para avaliar o ATE. Independentemente do instrumento utilizado, os dados demonstram uma associação significativa entre o ATE e os resultados de saúde para utentes, enfermeiros(as) e organizações (Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2008; Friese, Lake, Aiken, Silber, & Sochalski, 2008; Kovner et al., 2007; McHugh et al., 2013).

A literatura sobre o ATE é extensa e inequívoca quanto à sua importância para compreender o desenvolvimento do cuidado de enfermagem. Contudo, os instrumentos utilizados para avaliar *estes mecanismos operantes* centram-se em aspetos gerais, pelo que se torna importante incluir conceptualizações específicas para aspetos concretos do cuidado, como por exemplo, o cuidado geriátrico. Reorganizar o ATE nos hospitais é uma das recomendações do relatório do *Institute of Medicine* dos Estados Unidos (EUA) para melhorar a qualidade do cuidado das pessoas idosas (*Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans*, 2008). Neste sentido, na última década, em especial nos EUA, surgiu um interesse crescente pelo ATE, mas com enfoque na complexidade e especificidade do cuidado geriátrico. Considerando que a maioria dos estudos tinha pouca especificidade em relação aos resultados de saúde das pessoas idosas, Boltz et al. (2008) adotaram o modelo de Aiken et al. (1997) para o cuidado de enfermagem geriátrica em serviços hospitalares. Inspiradas pelo trabalho de Lake (2002), o conceito de organização do cuidado de enfermagem inclui o Ambiente Geriátrico de Trabalho dos Enfermeiros (AGTE), bem como o *nursing staffing*. Para além disso, as autoras procuraram expandir este modelo ao incluir as características demográficas e profissionais dos enfermeiros.

Capezuti et al. (2013) referem que é necessário pesquisar a forma como os(as) enfermeiros(as) percebem o seu ambiente de trabalho e como este apoia o seu cuidado às pessoas idosas. Estudos com foco no AGTE demonstraram que este apresenta uma forte relação com a qualidade do cuidado geriátrico (Boltz et al., 2008, McKenzie et al., 2011). Deste modo, os resultados apresentados podem indicar que o suporte organizacional ao cuidado de enfermagem geriátrica exerce uma importante influência relativamente à percepção da qualidade do cuidado geriátrico (Boltz et al., 2008). De acordo com Mezey, Capezuti, e Fulmer (2004), as escalas que avaliam o AGTE são únicas porque podem ser utilizadas para avaliar o cuidado geriátrico considerando a sua complexidade e especificidade, bem como o ambiente da prática de enfermagem necessário para que os enfermeiros possam promover a qualidade do cuidado de enfermagem às pessoas idosas hospitalizadas.

Por este facto, foi desenvolvido um instrumento de avaliação do ATE com mais sensibilidade e especificidade em relação ao AGTE, denominado de *Geriatric Institutional Assessment Profile* (GIAP). O GIAP tem oferecido importantes contribuições para o cuidado de enfermagem às pessoas idosas hospitalizadas, principalmente nos EUA e Canadá.

## **METODOLOGIA**

Este estudo teve por base uma abordagem quantitativa, do tipo descritivo-exploratório, transversal, prospetivo e correlacional.

### **Contexto e amostra**

Este estudo foi realizado em cinco hospitais da região norte e centro do país. Destes hospitais, três são centros hospitalares e dois são considerados hospitais com ensino universitário.

A amostra foi não-probabilística e por conveniência, tendo como critérios de inclusão enfermeiros(as) que trabalhavam em serviços de especialidades médicas, cirúrgicas e Serviço de Urgência/Unidade de Cuidados Intensivos (SU/UCI). Foram excluídos da amostra profissionais que trabalhavam nos serviços de pediatria, ginecologia e maternidade, pois a sua população alvo maioritariamente não era idosa, e também aqueles(as) que não desenvolviam cuidados diretos às pessoas idosas.

### **Recolha de dados**

O investigador (JT) em parceria com os enfermeiros chefes das unidades realizou a recolha de dados, no período de fevereiro a maio de 2011. A recolha de dados realizou-

se através da aplicação de um questionário, em suporte de papel ou na versão online. Do total de 2.271 questionários, resultaram 1.173 respostas, 943 em suporte papel e 230 online, o que representou uma taxa de resposta de 51,7%, valor que é considerado aceitável (Polit & Beck, 2009). Contudo, 105 foram excluídos, pela ausência de respostas em alguns campos, o que comprometia o adequado tratamento de dados. No final, 1.068 participantes constituíram a amostra deste estudo.

## Instrumento

O *Geriatric Institutional Assessment Profile* (GIAP) é da autoria do Programa *Nurse Improving Care for Healthsystem Elders* (NICHE; *John A. Hartford Institute for Geriatric Nursing at New York University College of Nursing*). Este questionário é constituído por 152 itens de autopreenchimento distribuídos por variáveis sociodemográficas, profissionais e oito escalas principais:

1 - Conhecimento e atitudes geriátricos - avaliam o conhecimento e atitudes de enfermeiros em relação a quatro síndromes geriátricas: úlceras de pressão, incontinência, restrição física e distúrbios do sono, sendo constituída por 32 itens;

2 - Ambiente de cuidado geriátrico - reporta-se as características organizacionais que facilitam ou constroem o AGE, sendo composta por quatro subescalas: disponibilidade de recursos - 11 itens; desenvolvimento de cuidado sensível à idade - 7 itens, valores institucionais relativos às pessoas idosas e equipa - 6 itens, continuidade de cuidado - 3 itens;

3 - Questões profissionais (compreendendo seis escalas) - avalia os aspetos interpessoais e coordenativos da prática profissional: desacordo entre equipa/família/pessoa idosa - 10 itens; vulnerabilidade legal percebida - 6 itens; sobrecarga causada por comportamentos estranhos ou pouco comuns (inadequados) - 7 itens; discordância entre os membros da equipa - 10 itens; percepção de comportamentos estranhos ou pouco comuns (inadequados) - 7 itens; utilização de serviços/recursos geriátricos - 5 itens.

Estas escalas são do tipo *Likert*, variando de 0 a 4, sendo que, quanto mais elevados forem os *scores*, mais positivo é o ATGE, e o conhecimento e atitudes de enfermeiros(as).

A tradução e validação das escalas do GIAP para a população portuguesa foram desenvolvidas por Tavares, Silva, Sá-Couto, Boltz, e Capezuti (2013a), tendo por base as normas da *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* (ISPOR) *Task Force for Translation and Cultural Adaptation*. Estas escalas apresentaram uma boa consistência interna  $\alpha \geq 0,8$ , com exceção da escala conhecimento e atitudes  $\alpha \geq 0,6$ , sendo considerado um valor aceitável.

## **Análise dos dados**

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, utilizou-se técnicas da *estatística descritiva e inferencial*, nomeadamente: frequências, medidas de tendência central e variabilidade. A normalidade (análise do gráfico quantil-quantil *plot*) e homogeneidade (Teste de Levene) foram avaliadas. A análise de variância (ANOVA) foi utilizada para a comparação entre os grupos. Quando produzidas diferenças estatisticamente significativas, a análise foi complementada com *Turkey's HSD test*. O teste de Spearman foi também utilizado para verificar correlações entre as escalas e as variáveis contínuas. No tratamento estatístico dos dados, foi utilizado o programa estatístico *Predictive Analysis Soft Ware Statistics 18 (PASWS)*. O nível de significância considerado foi de 5%.

## **Procedimentos éticos**

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética das Instituições e de acordo com as normas previstas no Decreto-lei nº 97/1995, em Portugal. Todo o processo de pesquisa obedeceu criteriosamente aos preceitos éticos, sendo mantido o anonimato dos participantes, a confidencialidade das informações, e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O modelo proposto por Aiken et al. (1997), e posteriormente adaptado ao cuidado geriátrico por Boltz et al. (2008), orientou o desenvolvimento do modelo explicativo que seguidamente se apresenta. Nas últimas duas décadas tem-se intensificado a pesquisa sobre o ambiente de trabalho destes profissionais e a sua relação com os resultados de saúde para utentes, enfermeiros(as) e organizações (Aiken et al., 2008; Aiken, Sloane, Bruyneel, Van den Heede, & Sermeus, 2013; Friese et al., 2008; Kovner et al., 2007; McHugh et al., 2013). Os dados demonstraram a relação entre o ambiente de trabalho de enfermeiros(as) e a qualidade do cuidado de enfermagem (Aiken, Clarke, & Sloane, 2002; Aiken et al., 2012; Djukic, Kovner, Brewer, Fatehi, & Cline, 2013; Kim et al., 2009; Kovner et al., 2007; Van Bogaert, Clarke, Roelant, Meulemans, & Van de Heyning, 2010). Resultados idênticos foram reportados quando este ambiente é avaliado numa perspetiva geriátrica (Boltz et al., 2008; Capezuti et al., 2012; Capezuti et al., 2013; McKenzie et al., 2011).

O ATE que inclui conceptualizações específicas para determinadas facetas, tais como o AGTE (Boltz et al., 2008; Kim et al., 2009). Tendo por base estas conceptualizações específicas, os estudos desenvolvidos (Tavares et al., 2013a, 2013b, 2015) procuraram analisar os fatores associados às características estruturais de hospitais e de enfermeiros(as) que podem influenciar o AGTE.

Através da análise dos dados, identificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis analisadas e as escalas do GIAP. Estas diferenças, juntamente com o modelo proposto por Boltz et al. (2008), permitiu organizar e sistematizar os resultados no modelo explicativo apresentado na Figura 1. Este modelo evidencia a influência das características das organizações e dos(as) enfermeiros(as) em relação aos mecanismos operantes do AGTE e conhecimento e atitudes geriátricos em Portugal. Os dados existentes na literatura suportam a possível relação entre os mecanismos operantes do cuidado de enfermagem geriátrica e os resultados de saúde dos utentes, enfermeiros(as) e organizações.

A influência das características de hospitais e de enfermeiros(as) sobre a perceção do AGTE tem sido analisada em estudos realizados na América do Norte (Boltz et al., 2008; Kim et al., 2009; Kim et al., 2007; McKenzie et al., 2011). Os nossos dados contribuem para o conhecimento da área ao centrar-se num sistema de saúde público e universal, como é o caso do contexto português. Por outro lado, esta pesquisa foi a primeira a explorar como o AGTE é influenciado pela perceção de enfermeiros(as) em relação: ao apoio do hospital na formação, à autoavaliação do conhecimento geriátrico, e à dificuldade, sobrecarga e gratificação no cuidado às pessoas idosas.

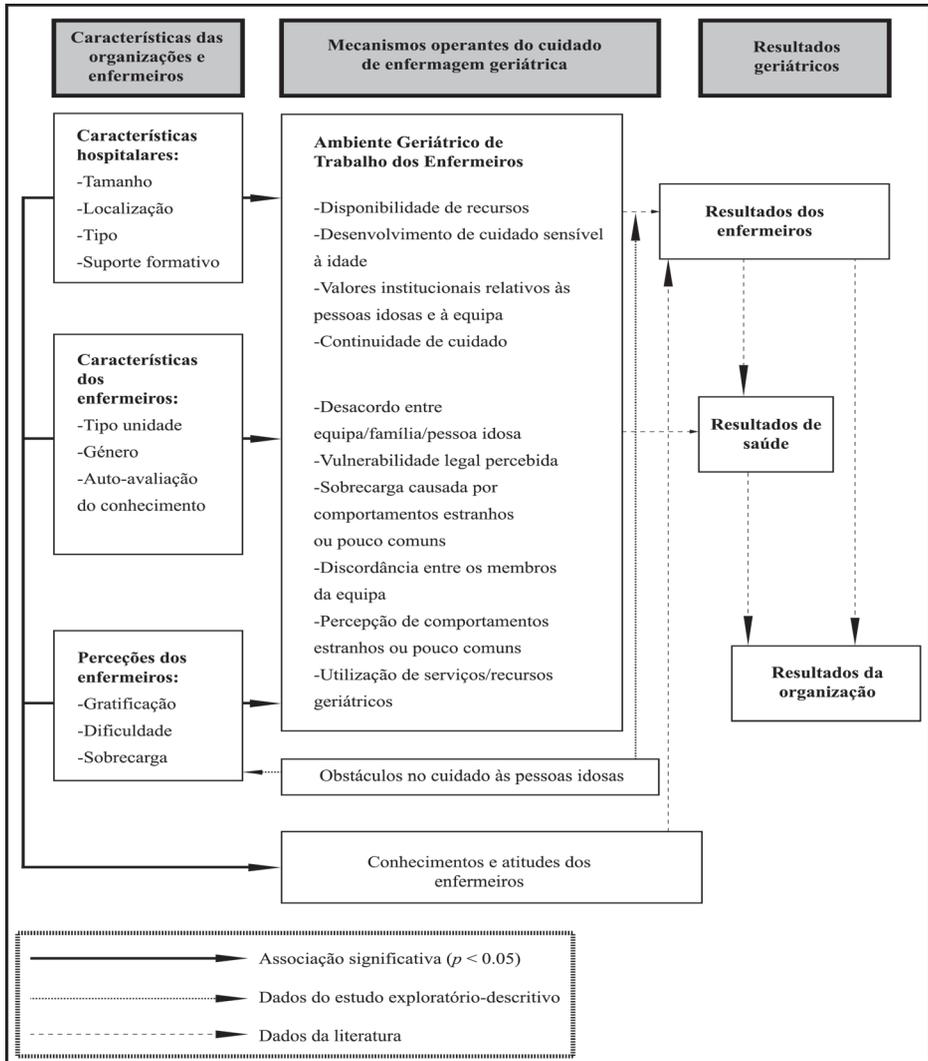


Figura 1. Relação entre as características de enfermeiros(as), hospitais do estudo e percepções do cuidado, mecanismos operantes do cuidado de enfermagem geriátrica e resultados geriátricos. Adaptado de “Hospital nurses’ perception of the geriatric nurse practice environment” by M. Boltz et al, 2008, *Journal Nursing Scholarship*, 40, p. 284.

## **Influência das características das organizações e enfermeiros(as) e o Ambiente de Cuidado Geriátrico**

As *características dos hospitais* portugueses apresentaram uma associação significativa com a escala do Ambiente de Cuidado Geriátrico (ACG). Enfermeiros(as) que trabalham em centros hospitalares (de menores dimensões), localizados na região norte do país e que mais apoiam a formação destes profissionais, apresentaram percepções mais positivas em relação ao ambiente de cuidado geriátrico.

Na literatura existem resultados discrepantes entre a influência do tipo de hospital e a percepção do ACG. O estudo de Boltz et al. (2008) mostrou que as características do hospital não apresentaram uma associação estatisticamente significativa com a percepção dos(as) enfermeiros(as) sobre o ACG, contrariamente aos resultados reportados por McKenzie et al. (2011). Contudo, a organização do sistema de saúde parece ser um fator a considerar na análise do ACG. Quer em Portugal, quer no Canadá (país no qual foi realizado o estudo de McKenzie et al., 2011), o sistema de saúde é público, contrariamente à organização do sistema de saúde nos EUA. Futuros estudos são necessários para determinar com maior exatidão de que forma o tipo de sistema de saúde influencia os modelos de organização dos hospitais e conseqüentemente a prática dos(as) enfermeiros(as).

Enfermeiros(as) que trabalhavam em hospitais universitários demonstraram percepções mais negativas em relação ao ACG, comparativamente com colegas que trabalhavam nos centros hospitalares. Uma possível explicação pode ser decorrente destes hospitais terem: menores dimensões, menor hierarquização entre profissionais, maior autonomia dos(as) enfermeiros(as), relações mais cordiais e colaborativas entre profissionais, maior acesso a recursos humanos e materiais, trabalho interdisciplinar, e continuidade no cuidado. Além do mais, nestas organizações, os(as) enfermeiros(as) podem ter uma voz mais ativa e participativa nas tomadas de decisão, maior facilidade em reportar as características desfavoráveis à sua prática junto dos seus superiores hierárquicos, bem como lideranças mais comprometidas com o seu bem-estar e desenvolvimento profissional. Estas características podem igualmente ser aplicadas aos líderes hospitalares na região norte do país, embora fatores de ordem social e cultural possam igualmente contribuir para a percepção dos(as) enfermeiros(as) desta região. Futuras pesquisas são necessárias para determinar com maior precisão quais as características dos hospitais que influenciam o ambiente de cuidado geriátrico. Relativamente às *características dos(as) enfermeiros(as)*, somente o tipo de unidade e autoavaliação do conhecimento geriátrico apresentaram associações significativas com os fatores extrínsecos do ACG. Em relação ao tipo de unidade, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre enfermeiros(as) que trabalhavam no

SU/UCI e na unidade de internamento (médico e cirúrgico). A dinâmica de trabalho, a organização e a filosofia de cuidado nestas unidades podem contribuir para estes resultados. As perceções mais negativas foram identificadas no SU/UCI, sendo este resultado influenciado pela região no qual exercem funções (mais positivas no norte). Considerando que um grande número de pessoas idosas recorre aos serviços de urgência e que se encontra internada em unidades de cuidados intensivos, é crucial que diretores e enfermeiros-chefes destas unidades desenvolvam estratégias para tornar o ACG mais favorável. Uma preocupação crescente em relação ao cuidado a estes utentes, nestas unidades, é reportada na literatura (Balas, Casey, & Happ, 2011). Segundo Balas et al. (2011, p. 581):

the critical care nurses caring for older adults must not only recognize the importance of performing ongoing, comprehensive physical, functional, and psychosocial assessments tailored to the older patient, but also must be able to identify and implement evidence-based interventions designed to improve the care of this extremely vulnerable population.

A idade, género e tempo de experiência profissional não condicionaram a perceção do ambiente de cuidado geriátrico. Resultados similares foram encontrados em outros estudos (Boltz et al., 2008; Capezuti et al., 2013). Estes resultados sugerem que o ACG pode influenciar positivamente o cuidado de enfermagem geriátrica, independente das características demográficas e profissionais dos(as) enfermeiros(as). Por último, quanto maior a autoavaliação do conhecimento, mais positiva é a avaliação do AGTE. Possivelmente esta autoavaliação pode basear-se no desempenho profissional dos(as) enfermeiros(as), a qual pode não estar fundamentada cientificamente.

O modelo esquemático proposto (cf. Figura 1) acrescenta à literatura a influência de três variáveis (sobrecarga, dificuldade e gratificação) que se associam com o ACG. Estas variáveis devem ser abordadas no planeamento, implementação e avaliação de iniciativas que tenham como objetivo promover ambientes de prática geriátrica favorável. Os conselhos de administração hospitalar deveriam considerar estas variáveis como fatores predisponentes sobre as quais devem encetar um conjunto de intervenções com o objetivo de promover perceções mais positivas dos seus colaboradores em serviços com elevadas taxas de internamento de pessoas idosas.

As experiências negativas associadas ao cuidado das pessoas idosas podem ser decorrentes dos obstáculos percecionados pelos(as) enfermeiros(as) no cuidado a esta população. Pode igualmente contribuir para o *idadismo* existente entre estes(as) profissionais. Um estudo, que analisou as crenças de 25 enfermeiros(as) em unidades de internamento, demonstrou que estes(as) profissionais mantêm crenças ligadas à

dependência, à inatividade e ao isolamento em relação às pessoas idosas (Almeida, 1999). Por último, a dependência das pessoas idosas, as alterações cognitivas e a maior vulnerabilidade e fragilidade destas pessoas, associadas à falta de conhecimentos e recursos humanos e materiais, podem imiscuir-se nas perceções negativas do cuidado de enfermagem geriátrica (Williams, 1998), o que contribui para a sobrecarga destes profissionais. Cuidar de pessoas idosas, em especial, dependentes, com demência e/ou em fases terminais, tem sido referido como uma fonte de stresse para profissionais de saúde, incluindo enfermeiros(as) (Cowdell, 2010; Nübling et al., 2010). Este fator é referido por muitos enfermeiros(as) como um dos motivos para pedir transferência dos serviços geriátricos (Nauert, 2008). Em Portugal, o cuidado às pessoas idosas hospitalizadas, em especial nos serviços de Medicina, é, nas palavras de Costa (2006), *o parente pobre* dos cuidados de saúde, contribuindo para o stresse associado aos cuidados geriátricos nestas unidades. Por este facto, *“workload was also frequently reported in the literature as a Nursing work Environment issue, often directly related to staffing; where adequate staffing is perceived to reduce the work pressure and workload of nurses”* (Schalk, Bijl, Halfens, Hollands, & Cummings, 2010, p. 3).

A necessidade de captar as práticas de enfermeiros(as) em serviços que se dedicam a populações específicas é determinante para compreender o seu efeito no ATE (Aiken, Sloane, Lake, Sochalski, & Weber, 1999; Friese et al., 2008; Kim et al., 2009). A perceção em relação à sobrecarga, dificuldade e gratificação estão associadas a uma avaliação mais negativa do ACG. Serão necessários mais estudos para aprofundar os conceitos analisados e as características que determinam o efeito destas variáveis na perceção dos enfermeiros.

### **Influência das características das organizações e enfermeiros(as) e as questões profissionais**

No modelo proposto por Boltz et al. (2008), não são contempladas as escalas que avaliam as questões profissionais nos mecanismos operantes, ainda que em estudos posteriores considerem que estes fatores tenham o potencial de moldar o ambiente de cuidado geriátrico (Boltz, Capezuti, Kim, Fairchild, & Secic, 2010; Capezuti et al., 2013). A revisão sistemática da literatura sobre as intervenções destinadas a melhorar o ambiente de trabalho dos(as) enfermeiros(as) destaca algumas das dimensões avaliadas através das escalas das questões profissionais, nomeadamente os aspetos relacionados com o trabalho em equipa, a sobrecarga associada ao cuidado, o conforto físico (disponibilidade de equipamentos e materiais adequados) e os recursos humanos especializados (Schalk et al., 2010).

Tavares et al. (2013b) analisaram o efeito das variáveis sociodemográficas e hospitalar, bem como as perceções de enfermeiros(as) no cuidado às pessoas idosas em relação às questões profissionais (considerados fatores intrínsecos do AGTE). O tipo de hospital, a localização e

o apoio na formação destes(as) profissionais demonstrou uma associação significativa com as escalas da vulnerabilidade legal e percepção e sobrecarga causada por comportamentos estranhos ou pouco comuns (inadequados). As respostas dos(as) enfermeiros(as) são mais positivas nos hospitais localizados na região norte (com exceção da sobrecarga causada por comportamento inadequado), nos centros hospitalares e nas organizações que apoiam a formação destes profissionais. Os fatores intrínsecos do ambiente de cuidado geriátrico podem facilitar ou dificultar o cuidado dos enfermeiros às pessoas idosas (Boltz et al., 2008; Fulmer et al., 2002). Estes fatores e o conhecimento geriátrico desempenham um papel basilar no cuidado geriátrico, como por exemplo na redução da sobrecarga causada por comportamentos inadequados, uma vez que os(as) enfermeiros(as) compreendem o significado desses comportamentos e utilizam de forma mais eficiente intervenções baseadas nos dados. Por outro lado, nos hospitais de maiores dimensões, a responsabilidade legal e a percepção e sobrecarga de comportamentos estranhos são percebidos de forma mais negativa, indo ao encontro dos resultados reportados por Capezuti et al. (2013). O nível de diferenciação do hospital e as situações clínicas mais complexas dos utentes podem contribuir para estes resultados, uma vez que os(as) enfermeiros(as) podem deparar-se mais frequentemente com pessoas idosas que apresentam maior risco de alterações do comportamento e eventos adversos (ex: quedas, úlceras de pressão).

No que concerne às variáveis demográficas e profissionais, apenas o tipo de unidade, género e a autoavaliação do conhecimento influenciaram a percepção dos enfermeiros em relação a algumas escalas das questões profissionais. Enfermeiros(as) que trabalham em SU/UCI reportaram que os desacordos entre a equipa/família/pessoa idosa e a utilização insuficiente de recursos geriátricos constituíram-se em barreiras no cuidado geriátrico. Por outro lado, é entre os profissionais que exercem funções nas especialidades médicas que a percepção de comportamentos inadequados de utentes foi considerada a principal barreira à qualidade do cuidado. Os resultados em relação ao género sugerem que os conflitos entre membros da equipa constituíram-se numa barreira mais significativa para os profissionais do sexo masculino. No entanto, a percepção de comportamentos inadequados de utentes representou uma barreira mais significativa na promoção da qualidade do cuidado para as profissionais do sexo feminino. Por último, quanto mais elevada foi a autoavaliação do conhecimento, menos barreiras foram reportadas em relação à responsabilidade legal e aos conflitos entre os membros da equipa.

A idade e o tempo de experiência profissional na instituição e no serviço não apresentaram diferença estatisticamente significativa com as escalas das questões profissionais. Contudo, o estudo de Capezuti et al. (2013) demonstrou que é entre enfermeiros(as) com menos experiência profissional que existem mais conflitos entre membros da equipa e maior sobrecarga no cuidado a utentes com alteração do comportamento. A amostra do presente estudo foi maioritariamente constituída por enfermeiros(as) jovens (média de

idade 34,1 anos) e com poucos anos de experiência profissional (11,3), comparativamente com o estudo referido anteriormente (média de idade – 40 anos e 13 de experiência profissional). Este facto pode limitar a interpretação dos resultados, uma vez que a idade e a experiência são geralmente associadas a melhores competências na negociação de situações desafiadoras, especialmente aquelas que envolvem questões psicossociais (Codier, Kooker, & Shoultz, 2008).

Tem surgido na literatura um interesse crescente em relação aos aspetos interprofissionais e colaborativos no local de trabalho (qualidade do trabalho em equipa, relacionamento interpessoal, progressão na carreira, produtos de apoio adequado), que estão associados a uma maior rotatividade, *burnout* e insatisfação entre enfermeiros(as) (Estryn-Behar et al., 2007; Latham, Hogan, & Ringl, 2008). Contudo, só o estudo de Capezuti et al. (2013) explorou a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais com as *questões profissionais*, no qual são utilizadas duas escalas: sobrecarga e desacordo entre equipa/família/pessoa idosa. As autoras referem que estas escalas apresentaram relações estatisticamente significativas com as variáveis: idade, anos de experiência profissional e na instituição, educação e tamanho do hospital. Por este facto, infere-se que há necessidade de maior produção de conhecimento sobre esta temática, especialmente no que concerne à influência das referidas variáveis sobre os fatores intrínsecos do AGTE.

Por fim, as perceções dos(as) enfermeiros(as) foram as que evidenciaram um maior número de associações significativas com as *questões profissionais*, em especial a dificuldade no cuidado das pessoas idosas. Enfermeiros(as) que percecionaram o cuidado às pessoas idosas como difícil também reportaram mais barreiras ao desenvolvimento de um cuidado geriátrico de boa qualidade. Esta relação verificou-se, igualmente, em relação à sobrecarga e gratificação decorrente do cuidado às pessoas idosas. Estudos de abordagem qualitativa reforçaram a existência de outras características decorrentes da prática diária destes profissionais, nomeadamente a sobrecarga e o tempo (in)suficiente, como aspetos relevantes para compreender o ambiente no qual os(as) enfermeiros(as) desenvolvem o seu cuidado (Cline, Rosenberg, Kovner, & Brewer, 2011; Hogston, 1995). Estas características podem contribuir para perceções mais negativas, possivelmente decorrentes de maiores níveis de stress. Consequentemente, estes fatores podem aumentar os conflitos entre enfermeiros(as), pessoas idosas e/ou familiares e outros profissionais de saúde, bem com a perceção e sobrecarga em relação às pessoas idosas com alterações comportamentais.

Considerando as escalas *questões profissionais*, os dados sugerem uma hipótese: as características resultantes do contexto sociocultural (género), intraprofissional (autoavaliação do conhecimento e perceção do cuidado às pessoas idosas), do universo e contexto da prática dos(as) enfermeiros(as) (tamanho, localização e tipo de unidade) podem influenciar o ambiente social do local de trabalho, em especial, as relações com os membros da equipa, pessoas idosas e/ou família.

## **Influência das características das organizações e enfermeiros(as) e o conhecimento e atitudes geriátricos**

A influência das variáveis descritas anteriormente foi analisada em relação ao conhecimento e atitudes geriátricos. As características sociodemográficas, profissionais e dos hospitais não estão relacionadas com o total da escala *conhecimento geriátrico*, estando de acordo com os resultados reportados por Boltz et al. (2008), com a exceção do tipo de hospital. Enfermeiros(as) que trabalhavam em hospitais universitários demonstraram mais conhecimento em relação às quatro síndromes geriátricas avaliadas. Este atributo das organizações é reportado como uma variável determinante no conhecimento dos(as) enfermeiros(as) (Capezuti et al., 2013). O conhecimento geralmente é reflexo da educação, pelo que, os hospitais universitários distinguem-se dos demais por proporcionar aos seus profissionais um acesso privilegiado ao conhecimento baseado nos dados. Em Portugal, a proximidade e a relação das escolas de Enfermagem com estes hospitais podem igualmente contribuir para um acesso mais facilitado à formação contínua, atualizações e formação pós-graduada.

A análise das síndromes geriátricas avaliadas através desta escala de conhecimento geriátrico revelou diferenças estatisticamente significativas com as variáveis consideradas. Estes dados sugerem que as intervenções empreendidas para melhorar o conhecimento dos(as) enfermeiros(as) devem considerar algumas destas características. Adicionalmente, estes dados permitem identificar a região do país, o tipo de hospital e unidade em que os(as) enfermeiros(as) demonstraram menos conhecimento. Por exemplo, é nos centros hospitalares e nos SU/UCI que a prevenção e tratamento de úlceras de pressão e incontinência urinária devem ser priorizados, considerando os resultados apresentados. Outro aspeto a considerar é a variável sexo, uma vez que esta apresentou associações significativas com o conhecimento sobre úlceras de pressão, incontinência urinária e uso de imobilizações. Esta é uma área que requer futuros estudos, no sentido de explorar a influência do género no desenvolvimento de competências geriátricas.

Se o nível de conhecimento é pouco influenciado pelas características consideradas, estas apresentam uma associação significativa com as atitudes dos(as) enfermeiros(as) no cuidado das pessoas idosas, com exceção do género. Os dados sugerem que, para tomar as atitudes destes profissionais mais positivas, devem ser desenvolvidas iniciativas que considerem o tipo de hospital e unidade, a região, o suporte formativo e a sobrecarga associada ao cuidado destes utentes.

Apesar do contributo destas variáveis, existem outros aspetos que podem contribuir para as atitudes dos enfermeiros no cuidado às pessoas idosas, nomeadamente as crenças pessoais, os valores, a cultura e a convivência com pessoas deste grupo etário (Lovell, 2006). As atitudes podem igualmente ser decorrentes da área implicativa do enfermeiro

que cuida de pessoas idosas<sup>1</sup> (Costa, 2006). As atitudes mais positivas em relação às quatro síndromes geriátricas, contrariamente aos resultados do conhecimento, associaram-se significativamente aos/às profissionais que trabalham na região norte, nos centros hospitalares e serviços médicos e/ou cirúrgicos. Nesta região e neste tipo de hospital e unidade, as percepções do AGTE são mais positivas. Este resultado sugere que as atitudes mais positivas dos(as) enfermeiros(as) podem refletir o comprometimento das organizações com a qualidade do cuidado de enfermagem geriátrico (Higgins, Van Der Riet, Slater, & Peek, 2007), embora sem implicação no conhecimento destes(as) profissionais. Promover a formação é uma das estratégias referidas na literatura para melhorar as atitudes dos(as) enfermeiros(as) (Wells, Foreman, Gething, & Petralia, 2004), o que está em concordância com os resultados deste estudo, uma vez que quanto mais oportunidades formativas são proporcionadas pelos hospitais, mais positivas são as atitudes em relação às úlceras de pressão, distúrbios do sono e uso de imobilizações. Um aspeto importante a considerar é a sobrecarga. Enfermeiros(as) que reportaram elevada sobrecarga demonstraram atitudes mais desfavoráveis em relação à prevenção das úlceras de pressão e à utilização de estratégias alternativas à restrição física da mobilidade.

A idade e a experiência profissional não apresentaram diferenças estatisticamente significativas com a escala de conhecimento e atitudes, o que está em conformidade com outros estudos (Boltz et al., 2008; Courtney, Tong, & Walsh, 2000). Estes resultados são expectáveis, considerando que o desenvolvimento do conhecimento geriátrico em Portugal, nas últimas décadas, tem estado aquém do exigido face às mudanças demográficas e epidemiológicas da população. Deste modo, muitos dos(as) enfermeiros(as) tiveram pouca ou mesmo nenhuma formação em gerontogeriatría.

Os itens avaliados através da escala de conhecimento e atitudes geriátricas representam indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de Enfermagem. Estes indicadores estão relacionados com os resultados de saúde para as pessoas idosas (Dunton, Montalvo, & Dunton, 2011). Sendo as pessoas idosas um dos principais grupos etários nos hospitais e com maior risco de complicações, nomeadamente úlceras de pressão (Baumgarten et al., 2006), infeções do trato urinário associado à algaliação (Fakih, Rey, Pena, Szpunar, & Saravolatz, 2013) e restrição física da mobilidade (Agostini, Baker, & Bogardus, 2001), os resultados apresentados sugerem que as práticas dos(as) enfermeiros(as) não estão baseadas nos dados.

---

1 A área implicativa do Enfermeiro que cuida pessoas idosas enraiza-se na sua personalidade e é inerente ao seu modo de ser pessoa, gerando, a partir do que é e mediante a sua implicação na atividade, novas formas de cuidar, criando cuidados mediante um processo formativo auto e heteroestruturante e, simultaneamente, revitalizador do contexto pela construção partilhada.

A Ordem dos Enfermeiros (2006) defende que uma prática baseada em evidência constitui um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de Enfermagem. Conhecimento insuficiente e atitudes negativas podem refletir-se em piores indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem e ter um impacto negativo no cuidado às pessoas idosas. As quatro síndromes avaliadas são referidas no resumo mínimo de dados e *core* de indicadores de Enfermagem para o repositório central de dados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2007). Estes indicadores foram avaliados através da escala de conhecimento e atitudes geriátricos, pelo que são comumente associados a uma das áreas da *gerontological expertise* (Boltz, Capezuti, Zwicker, & Fulmer, 2012). A especialização e um maior apoio formativo no cuidado de enfermagem geriátrica estão associados a uma maior competência e conhecimento destes profissionais (Fulmer et al., 2002; Guthrie, Edinger, & Schumacher, 2002; Mezey, Quinlan, Fairchild, & Vezina, 2006; Pfaff, 2002). Estes fatores poderão refletir-se em melhores resultados de saúde para as pessoas hospitalizadas e, conseqüentemente, traduzir melhores indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem. Estes indicadores podem ser influenciados pelo nível de certificação dos(as) enfermeiros(as) (Boltz, Capezuti, Wagner, Rosenberg, & Secic, 2013). Em Portugal ainda não está implementado o processo de certificação de competência em enfermagem geriátrica, pelo que urge avançar neste processo. Face ao exposto, no modelo proposto, os conhecimentos e atitudes dos(as) enfermeiros(as) podem ter um impacto significativo nos resultados de saúde para as pessoas idosas hospitalizadas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo conceptual (cf. Figura 1) sistematiza os resultados da pesquisa realizada, que estabelece a relação entre as características dos(as) enfermeiros(as), dos hospitais e das perceções em relação ao cuidado geriátrico e, os mecanismos operantes do cuidado de enfermagem. Em Portugal, os principais fatores identificados foram: a região, o tipo de hospital e unidade, o suporte formativo dos hospitais e a autoavaliação do conhecimento. Este estudo foi o primeiro a considerar as perceções de enfermeiros(as) no cuidado às pessoas idosas (sobrecarga, gratificação e dificuldade), tendo comprovado a influência destas em relação ao AGTE e ao conhecimento e atitudes geriátricos. Deste modo, no modelo elaborado, são incluídas estas perceções. A idade e o tempo de experiência profissional (na instituição e no serviço) não apresentaram associações significativas com as escalas do GIAP – versão portuguesa, pelo que não foram incluídos no modelo.

É necessária uma compreensão mais aprofundada das características que influenciam e contribuem para a perceção do AGTE, no sentido de estimular a inovação e mudanças

sustentáveis que irão melhorar a qualidade do cuidado geriátrico desenvolvido por enfermeiros(as). Um número significativo de pesquisas tem revelado uma preocupação crescente em relação ao ambiente de cuidado geriátrico nos hospitais, indicando o impacto positivo que pode ter na qualidade do cuidado desenvolvido por enfermeiros(as) (Boltz et al., 2008; Capezuti et al., 2012; Capezuti et al., 2013; Kim et al., 2009). A literatura demonstra que “*how well nurses are faring in hospitals in the current context of cost containment is a barometer of how well patients are faring*” (Aiken et al., 2013, p. 144). Por conseguinte, a percepção dos(as) enfermeiros(as) sobre o cuidado nos hospitais pode constituir uma fonte de informação indispensável para que decisores políticos e gestores hospitalares adotem estratégias que procurem minimizar as consequências não intencionais de medidas de austeridade que podem afetar o AGTE. Consequentemente, estas medidas irão condicionar a qualidade do cuidado às pessoas idosas hospitalizadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostini, J. V., Baker, D. I., & Bogardus, S. T. (2001). Prevention of falls in hospitalized and institutionalized older people. In K. G. Shojania, B. W. Duncan & K. M. McDonald, *Making health care safer: A critical analysis of patient safety practices. Evidence Report/technology assessment*, 43 (pp. 281-300) Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1), 5-14. doi: 10.1067/mno.2002.126696
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223-229. doi: 10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7
- Aiken, L., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, M., Busse, R., McKee, M., ... Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Journal of Medicine*, 344. Recuperado de <http://www.bmj.com/content/bmj/344/bmj.e1717.full.pdf>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Internacional Journal of Nursing Studies*, 50(2), 143-153. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Lake, E. T., Sochalski, J., & Weber, A. L. (1999). Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Medical Care*, 37(8), 760-772.
- Aiken, L. H., Sochalski, J., & Lake, E. T. (1997). Studying outcomes of organizational change in health services. *Medical Care*, 35(11 Suppl.), NS6-18. doi: 10.1097/00005650-199711001-00002
- Almeida, M. (1999). Crenças dos enfermeiros acerca do envelhecimento humano. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 7-14.

- Balas, M. C., Casey, C. M., & Happ, M. B. (2011). Comprehensive assessment and management of the critically ill. In M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer & D. Zwicker (Eds.), *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (4<sup>th</sup> ed.). New York, NY: Springer.
- Baumgarten, M., Margolis, D. J., Localio, A. R., Kagan, S. H., Lowe, R. A., Kinoshian, B., ... Ruffin, A. (2006). Pressure ulcers among elderly patients early in the hospital stay. *Journal of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 61(7), 749-754. doi: 10.1093/gerona/61.7.749
- Boltz, M., Capezuti, E., Bowar-Ferres, S., Norman, R., Secic, M., Kim, H., ... Fulmer, T. (2008). Hospital nurses' perception of the geriatric nurse practice environment. *Journal Nursing Scholarship*, 40(3), 282-289. doi: 10.1111/j.1547-5069.2008.00239.x
- Boltz, M., Capezuti, E., Kim, H., Fairchild, S., & Secic, M. (2010). Factor structure of the geriatric institutional assessment profile's professional issues scales. *Research in Gerontological Nursing*, 3(2), 126-134. doi: 10.3928/19404921-20091207-98
- Boltz, M., Capezuti, E., Wagner, L., Rosenberg, M. C., & Secic, M. (2013). Patient safety in medical-surgical units: Can nurse certification make a difference? *Medical Surgical Nursing*, 22(1), 26-32.
- Boltz, M., Capezuti, E., Zwicker, D., & Fulmer, T. (2012). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (4<sup>th</sup> ed.). New York, NY: Springer Pub.
- Capezuti, E., Boltz, M., Cline, D., Dickson, V. V., Rosenberg, M. C., Wagner, L., ... Nigolian, C. (2012). Nurses improving care for healthsystem elders: A model for optimising the geriatric nursing practice environment. *Journal of Clinical Nursing*, 21(21-22), 3117-3125. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04259.x
- Capezuti, E., Boltz, M. P., Shuluk, J., Denysyk, L., Brouwer, J. P., Roberts, M. C., ... Secic, M. (2013). Utilization of a benchmarking database to inform NICHE implementation. *Research in Gerontological Nursing*, 6(3), 198-208. doi: 10.3928/19404921-20130607-01
- Cline, D., Rosenberg, M., Kovner, C., & Brewer, C. (2011). Early career RNs' perceptions of quality care in the hospital setting. *Quality of Health Research*, 21(5), 673-682. doi: 10.1177/1049732310395030
- Codier, E., Kooker, B. M., & Shoultz, J. (2008). Measuring the emotional intelligence of clinical staff nurses: An approach for improving the clinical care environment. *Nursing Administration Quarterly*, 32(1), 8-14. doi: 10.1097/01.NAQ.0000305942.38816.3b
- Costa, A. (2006). *Cuidar idosos*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Courtney, M., Tong, S., & Walsh, A. (2000). Acute-care nurses' attitudes towards older patients: A literature review. *International Journal of Nursing Practice*, 6(2), 62-69. doi: 10.1046/j.1440-172x.2000.00192.x
- Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans. (2008). *Retooling for an aging America: Building the health care work force*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Cowdell, F. (2010). The care of older people with dementia in acute hospitals. *Internacional Journal of Older People Nursing*, 5(2), 83-92. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00208.x
- Decreto-lei nº 97/95 de 10 de maio. *Diário da República nº 108/95 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

- Djukic, M., Kovner, C. T., Brewer, C. S., Fatehi, F. K., & Cline, D. D. (2013). Work environment factors other than staffing associated with nurses' ratings of patient care quality. *Health Care Management Review, 38*(2), 105-114. doi: 10.1097/HMR.0b013e3182388cc3
- Dunton, J., Montalvo, I., & Dunton, N. (2011). *NDNQI case studies in nursing quality improvement*. Silver Spring, MD: American Nurses Association.
- Estryn-Behar, M., Van der Heijden, B. I., Oginska, H., Camerino, D., Le Nezet, O., Conway, P. M., ... Hasselhorn, H. M. (2007). The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Medical Care, 45*(10), 939-950. doi: 10.1097/MLR.0b013e31806728d8
- Fakih, M. G., Rey, J. E., Pena, M. E., Szpunar, S., & Saravolatz, L. D. (2013). Sustained reductions in urinary catheter use over 5 years: Bedside nurses view themselves responsible for evaluation of catheter necessity. *American Journal of Infection Control, 41*(3), 236-239. doi: 10.1016/j.ajic.2012.04.328
- Friese, C. R., Lake, E. T., Aiken, L. H., Silber, J. H., & Sochalski, J. (2008). Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health Services Research, 43*(4), 1145-1163. doi: 10.1111/j.1475-6773.2007.00825.x
- Fulmer, T., Mezey, M., Bottrell, M., Abraham, I., Szant, J., Grossman, S., & Grisham, E. (2002). Nurses improving care for healthsystem elders (NICHE): Using outcomes and benchmarks for evidenced-based practice. *Geriatric Nursing, 23*(3), 121-127.
- Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older patients: It's often a consequence of hospitalisation, but it doesn't have to be. *American Journal Nursing Clinical North America, 106*(1), 58-67.
- Guthrie, P. F., Edinger, G., & Schumacher, S. (2002). TWICE: A NICHE program at North Memorial Health Care. *Geriatric Nursing, 23*(3), 133-138. doi: 10.1067/mgn.2002.125409
- Higgins, I., Van der Riet, P., Slater, L., & Peek, C. (2007). The negative attitudes of nurses towards older patients in the acute hospital setting: A qualitative descriptive study. *Contemporary Nurse 26*(2), 225-237. doi: 10.5555/conu.2007.26.2.225
- Hogston, R. (1995). Quality nursing care: A qualitative enquiry. *Journal of Advanced Nursing, 21*(1), 116-124. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.21010116.x
- Kim, H., Capezuti, E., Boltz, M., & Fairchild, S. (2009). The nursing practice environment and nurse-perceived quality of geriatric care in hospitals. *Western Journal of Nursing Research, 31*(4), 480-495. doi: 10.1177/0193945909331429
- Kim, H., Capezuti, E., Boltz, M., Fairchild, S., Fulmer, T., & Mezey, M. (2007). Factor structure of the geriatric care environment scale. *Nursing Research, 56*(5), 339-347. doi: 10.1097/01.NNR.0000289500.37661.aa
- Kovner, C. T., Brewer, C. S., Fairchild, S., Poornima, S., Kim, H., & Djukic, M. (2007). Newly licensed RNs' characteristics, work attitudes, and intentions to work. *American Journal of Nursing, 107*(9), 58-70. doi: 10.1097/01.NAJ.0000287513.08135.47
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing and Health, 25*(3), 176-188. doi: 10.1002/nur.10037

- Latham, C. L., Hogan, M., & Ringl, K. (2008). Nurses supporting nurses: Creating a mentoring program for staff nurses to improve the workforce environment. *Nursing Administration Quarterly*, 32(1), 27-39. doi: 10.1097/01.NAQ.0000305945.23569.2b
- Lovell, M. (2006). Caring for the elderly: Changing perceptions and attitudes. *Journal of Vascular Nursing*, 24(1), 22-26. doi: 10.1016/j.jvn.2005.11.001
- McHugh, M. D., Kelly, L. A., Smith, H. L., Wu, E. S., Vanak, J. M., & Aiken, L. H. (2013). Lower mortality in magnet hospitals. *Medical Care*, 51(5), 382-388. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182726cc5
- McKenzie, J. L., Balndford, A. A., Menec, V. H., Boltz, M., & Capezuti, E. (2011). Hospital nurses' perceptions of the geriatric care environment in one Canadian Health Care Region. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2), 181-187. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01387.x
- Mezey, M., Capezuti, E., & Fulmer, T. (2004). Care of older adults. *Nursing Clinics of North America*, 39(3), 13-20.
- Mezey, M., Quinlan, E., Fairchild, S., & Vezina, M. (2006). Geriatric competencies for RNs in hospitals. *Journal of Nurses in Staff Development*, 22(1), 2-10.
- Nauert, R. (2008). *Job stress reduces geriatric nurse workforce*. Retrieved from <http://psychcentral.com/news/2008/12/01/job-stress-reduces-geriatric-nurse-workforce/3423.html>
- Nübling, M., Vomstein, M., Schmidt, S., Gregersen, S., Dulon, M., & Nienhaus, A. (2010). Psychosocial work load and stress in the geriatric care. *BMC Public Health*, 10(1), 1-12. doi: 10.1186/1471-2458-10-428
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em enfermagem: Tomada de posição*. Recuperado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde*. Recuperado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE\\_Indicadores-VFOut2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf)
- Pfaff, J. (2002). The geriatric resource nurse model: A culture change. *Geriatric Nursing*, 23(3), 140-144. doi:10.1067/mgn.2002.125412
- Polit, D., & Beck, T. (2009). *Nursing research: Principles and methods* (9<sup>th</sup> ed.). Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Population Reference Bureau. (2011). *2011: World population data sheet*. Retrieved from [http://www.prb.org/pdf11/2011population-data-sheet\\_eng.pdf](http://www.prb.org/pdf11/2011population-data-sheet_eng.pdf)
- Schalk, D. M., Bijl, M. L., Halfens, R. J., Hollands, L., & Cummings, G. G. (2010). Interventions aimed at improving the nursing work environment: A systematic review. *Implementation Science* 5(34). Retrieved from <http://www.implementationscience.com/content/pdf/1748-5908-5-34.pdf>
- Tavares, J. P., Silva, A. L., Sá-Couto, P., Boltz, M., & Capezuti, E. (2013a). Validation of geriatric care environment scale in portuguese nurses. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013, 1-9. doi: 10.1155/2013/426596

- Tavares, J. P., Silva, A. L., Sá-Couto, P., Boltz, M., & Capezuti, E. (2013b). Validation of the professional issues scales with portuguese nurses. *Research in Gerontological Nursing*, 6(4), 264-274. doi: 10.3928/19404921-20130729-03
- Tavares, J. P., Silva, A. L., Sá-Couto, P., Boltz, M., & Capezuti, E. (2015). Portuguese nurses' knowledge of and attitudes toward hospitalized older adults. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 29(1), 51-61. doi: 10.1111/scs.12124
- Van Bogaert, P., Clarke, S., Roelant, E., Meulemans, H., & Van de Heyning, P. (2010). Impacts of unit-level nurse practice environment and burnout on nurse-reported outcomes: A multilevel modelling approach. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1664-1674. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03128.x
- Wells, Y., Foreman, P., Gething, L., & Petralia, W. (2004). Nurses' attitudes toward aging and older adults-examining attitudes and practices among health services providers in Australia. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(9), 5-13.
- Williams, A. M. (1998). The delivery of quality nursing care: A grounded theory study of the nurse's perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 808-816. doi: 10.1046/j.1365-2648.1998.00590.x

## CAPÍTULO VII

# **SOBRECARGA E SATISFAÇÃO COM A VIDA: A PERCEPÇÃO DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS**

LÍGIA CRISTINA ANTUNES

## **INTRODUÇÃO**

A sociedade tem assistido a um conjunto de “ (. . . ) alterações demográficas que têm vindo a alterar o panorama dos cuidados informais, através da diminuição do número de familiares disponíveis para prestar cuidados e do número de idosos a necessitarem de cuidados” (Sousa, 2004, p. 62). Temos o exemplo da redução da taxa de natalidade; o aumento do peso da população idosa; o aumento da esperança de vida; o aumento da taxa de divórcio; a maior mobilidade geográfica dos sujeitos, que diminuem a proximidade física dos elementos da família; e o aumento das mulheres com carreiras profissionais, ou seja, factos que implicam menor disponibilidade para tomar a cargo cuidados prolongados. Deste modo, reduz-se drasticamente o número de pessoas para poderem assegurar esta atividade. As redes de suporte informal (familiar e de vizinhança) asseguram, na maior parte das vezes, a continuidade de cuidados, contrapondo-se desta forma à insuficiência dos sistemas de proteção social e de saúde.

Apesar de prevalecer o mito de que a família já não cuida dos seus idosos dependentes, os estudos têm revelado que o cuidado domiciliário é, sobretudo, um cuidado informal (Hanson et al., 2006) e é a família que tem a seu cargo a maior parte da responsabilidade pelos seus idosos dependentes (Bourdi, Breton, & Plançon, 1999; Bris, 1994; Perez Salavova, Sancho Castiello, & Yanguas-Lezuan citado por Imaginário, 2002; Palma, 1999; Robinson, 1990; Roper, Logan, & Tierney, 1995). Desta forma, a família e os outros cuidadores, pertencentes à rede informal (vizinhos, amigos, voluntários) são considerados como o principal pilar de apoio ao idoso em situação de dependência (Figueiredo, 2007).

Alguns estudos efetuados em Espanha demonstraram que, do total de cuidados prestados no domicílio, apenas 12% são cuidados formais, ou seja, cuidados prestados por instituições; os restantes 88% representam o trabalho realizado pela família. Por

isso, Calvante e Gutierrez (1999) consideram que os cuidados prestados pela família não são mais do que a ponta de um *iceberg* no qual o sistema informal constitui um verdadeiro sistema de saúde invisível. Esta realidade também é evidente em Portugal, pois cerca de 80% dos cuidados às pessoas idosas são de carácter informal e prestados pelos familiares do idoso, vizinhos, amigos e voluntários (Dobrot, 1997; Anderson citado por Rebelo, 1996; Rebelo 1996; Ribeiro, 1995).

Cuidar de alguém representa, assim, um dos maiores desafios a ser superado, envolvendo longos períodos de tempo dispensados ao idoso, desgaste físico, custos financeiros, sobrecarga física, emocional e socioeconómica para os cuidadores informais (Nolan, Grant, & Keady, 1990; Paúl, 1997). Os efeitos desta sobrecarga e a forma como cada cuidador informal percebe a sua situação, influenciam a saúde, o seu bem-estar, a qualidade de vida e, conseqüentemente a satisfação com a vida, colocando muitas vezes em risco a saúde dos que deles dependem, necessitando também eles de cuidados de saúde e de apoio psicossocial (Schult, Tompkins, & Rau, 1988). Neste sentido, os cuidadores informais também necessitam de cuidados, sendo frequentemente, apelidados de *pacientes ocultos* (*hidden patients*; Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006).

A grande maioria dos estudos acerca do cuidado informal de idosos tem privilegiado o cuidador principal como objeto de análise (Brito, 2002; Santos, 2003; Sequeira, 2007; Sommerhalder, 2001). No entanto, apesar de várias pesquisas terem demonstrado que uma percentagem elevada de cuidados ao idoso dependente é também prestada pelos cuidadores secundários (Gaugler, Mendiondo, Smith, & Schmitt, 2003; Martin, 2005; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 1995; Orel & Dupuy, 2002; Penrod, Kane, Kane, & Finch, 1995; Tennstedt, McKinlay, & Sullivan, 1989) poucos são aqueles que focalizam os impactos da experiência de cuidar, neste grupo de cuidadores. Assim, aumentar o conhecimento acerca do papel dos cuidadores secundários no sistema informal de prestação de cuidados é fundamental para ajudar e orientar a intervenção concebida para aliviar as famílias em sobrecarga.

## OBJETIVOS E METODOLOGIA

### Objetivos

Este estudo tem como objetivo geral determinar a relação entre a sobrecarga subjetiva e a satisfação com a vida em cuidadores informais principais e secundários de idosos dependentes e como objetivos específicos: i) Caracterizar e comparar os dois grupos de cuidadores informais – principais e secundários – em relação ao contexto da prestação

de cuidados ao idoso dependente; ii) Avaliar e comparar a sobrecarga subjetiva dos dois grupos de cuidadores informais; iii) Avaliar e comparar a satisfação com a vida nos dois grupos de cuidadores informais; iv) Analisar a relação entre a sobrecarga subjetiva e a satisfação com a vida em cada grupo de cuidadores informais.

## Procedimentos

A concretização dos objetivos desta pesquisa exigiu a constituição de uma amostra composta por dois subgrupos de cuidadores informais: principais e secundários do mesmo idoso dependente.

Os critérios subjacentes à constituição das duas subamostras foram: a) Ser cuidador informal de um idoso com mais de 64 anos e ter mais de 18 anos; b) Ser cuidador informal principal há mais de seis meses; c) Apresentar-se e/ou ser identificado pelo cuidador informal principal como cuidador informal secundário, há pelo menos seis meses; d) Ser cuidador informal de um idoso com dependência em pelo menos uma atividade básica de vida diária ou duas atividades instrumentais de vida diária; e) Concordar participar no estudo após ter recebido informação adequada a respeito da investigação.

Foram utilizados dois processos de recrutamento dos participantes. Através dos conhecimentos pessoais sobre os cuidadores informais que cumpriam os critérios predefinidos e utilizando a técnica de amostragem *snowball*, isto é, pediu-se junto de amigos e dos primeiros entrevistados que recomendassem outras famílias, levando ao efeito *bola de neve*. Desenvolveram-se, ainda, contactos com diferentes instituições, do distrito de Aveiro, que prestam apoio domiciliário a pessoas idosas dependentes, com os quais se estabelecem relações de trabalho e colaboração.

Trata-se, então, de uma amostra não probabilística, independente, relacional, de tipo acidental, constituída por 98 cuidadores informais principais e 98 cuidadores informais secundários, do mesmo idoso dependente.

A recolha de dados fez-se de acordo com o seguinte procedimento: seleção dos cuidadores principais; identificação de um cuidador secundário por parte do cuidador principal; pedido de colaboração voluntária na pesquisa; informação sobre os objetivos da investigação e sobre a confidencialidade e anonimato das respostas; administração dos instrumentos através de autopreenchimento (cuidadores principais 73,47%; cuidadores secundários 64,29%) ou em contexto de entrevista (cuidadores principais 26,53%; cuidadores secundários 35,71%).

O emparelhamento dos dois subgrupos de cuidadores informais efetuou-se com base nas seguintes variáveis: idade; género; estado civil; profissão; situação de emprego;

grau de parentesco; situação ou não de coabitação; ter ou não filhos a cargo; número de horas por dia despendido a cuidar; ter ou não ajuda na prestação de cuidados; grau de dependência funcional do idoso (segundo o Índice de Barthel); e tipo de cuidados prestados ao idoso.

A satisfação com a vida foi avaliada através da Escala da Satisfação com a Vida (no original, *Satisfaction With Life Scale* - SWLS) planeada e estruturada por Diener, Suh, Lucas, e Smith (1985, 1999) e validada para a língua portuguesa por Simões (1992). É constituída por 5 itens relacionados com o constructo da satisfação com a vida e o cuidador informal deverá assinalar uma das cinco opções: Discordo Muito (1); Discordo Um Pouco (2); Não Concordo Nem Discordo (3); Concordo Um Pouco (4); e Concordo Muito (5). Os resultados obtidos oscilam entre um mínimo de 5 e um máximo de 25, indicando tanto maior satisfação com a vida, quanto mais elevado for o *score* (Simões, 1992).

O estudo das qualidades psicométricas da escala SWLS, para este estudo, demonstra que o coeficiente  $\alpha$  apresenta valores superiores a 0,70 nas duas amostras ( $\alpha=0,79$  cuidadores principais e  $\alpha=0,83$  nos cuidadores secundários). Em ambos os casos, o valor observado é superior ao encontrado por Simões (1992) que foi 0,77 pelo que se pode afirmar que a escala apresenta, neste estudo, uma consistência interna mais elevada do que a encontrada por aquele autor.

A sobrecarga subjetiva foi avaliada através do Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (no original, *Carer's Assessment of Difficulties Index* - CADI). Este instrumento foi desenvolvido, no Reino Unido, por Nolan e colaboradores (Nolan, Grant, & Keady, 1996, 1998; Nolan & Grant, 1989), e validado para a língua portuguesa por João Barreto e Luísa Brito (Brito, 2002), permitindo avaliar as dificuldades percecionadas pelos prestadores de cuidados. O CADI é constituído por um conjunto de 30 itens ou seja um conjunto de potenciais dificuldades (Brito, 2002) que incluem proposições relacionadas com o cuidar do idoso e as suas implicações na vida social, na saúde, na situação económica, no relacionamento com a pessoa dependente e com outros membros da família, assim como a perceção que os cuidadores têm sobre o apoio que dispõem, tanto dos profissionais como de familiares e amigos. As diferentes afirmações que compõem a escala estão organizadas por sete dimensões apontadas pelos autores (Brito, 2002; Nolan et al., 1998; Nolan & Grant, 1989).

Para avaliação de cada dificuldade utilizou-se uma escala tipo *Likert* onde o cuidador tem quatro possibilidades de resposta: Não acontece no meu caso (1); Acontece, mas não me perturba (2); Acontece e causa-me alguma perturbação (3); Acontece e perturba-me muito (4). Assim, a um valor mais elevado corresponde uma maior dificuldade percecionada.

O estudo das qualidades psicométricas deste instrumento apresenta, em ambas as amostras, valores bastante satisfatórios do coeficiente de *alfa de Cronbach*, acima de 0,70 em todas as dimensões e no global. Verifica-se que os resultados obtidos estão próximos ou estão acima dos encontrados por Nolan et al. (1998), podendo concluir-se que a escala apresenta boa consistência interna.

Em relação aos procedimentos estatísticos, recorreu-se a técnicas da estatística descritiva nomeadamente: frequências absolutas (n) e relativas (%) e, quando adequado, estas serão complementadas com medidas de tendência central – Média ( $\bar{x}$  X); Mediana (Md) e medidas de dispersão - Desvio Padrão (DPS). Sempre que os objetivos do estudo visavam a comparação de médias e proporções, recorreu-se às análises estatísticas inferenciais (cálculo do teste *t* de *Student*, teste do qui-quadrado).

## Amostra

A amostra compreende 196 cuidadores de pelo menos um idoso dependente e subdivide-se em duas subamostras: 98 cuidadores principais (CP) e 98 cuidadores secundários (CS) do mesmo idoso dependente.

Em relação ao género, as duas subamostras apresentam distribuições similares, sendo a maioria dos cuidadores do género feminino (CP=84,8%; CS=67,3%). A diferença observada é estatisticamente significativa ( $\chi^2_{(2)} = 9,203$ ;  $p = 0,002$ ), sublinhando o predomínio do género feminino.

As idades dos CP variam entre 28 e 90 anos, sendo a média 58,94 anos (DP=12,58). Para os CS observam-se idades compreendidas entre 20 e 89 anos, sendo a média de idades de 49,05 anos (DP=14,36). Analisando comparativamente os resultados, pode-se verificar que os CP são significativamente mais velhos que os CS ( $t = 5,127$ ;  $p < 0,001$ ). A maioria, em ambas as subamostras, é casada ou vive em união de facto (CP=91,8%; CS=78,6%). As distribuições de frequências são estatisticamente diferentes ( $\chi^2_{(3)} = 6,840$ ;  $p = 0,009$ ), ou seja, os CS também são casados mas em menor número.

Nas habilitações literárias, verifica-se que no grupo dos CP predominam (51,0%) os indivíduos com o 1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano). No grupo dos CS também predominam os indivíduos com o 1º Ciclo do Ensino Básico (30,6%), seguidos de 20,4% com o Ensino Superior. As diferenças observadas são estatisticamente significativas ( $\chi^2_{(6)} = 19,304$ ;  $p = 0,004$ ), ou seja, os CS apresentam um nível de escolaridade mais elevado.

No que concerne à situação profissional, constata-se que 35,7% dos CP são empregados a tempo inteiro, seguidos de 28,6% que estão na situação de reformados(as) ou

pensionistas, e de 25,5% que são domésticas. No grupo dos CS também são estas as situações predominantes, mas a maioria (56,2%) é empregado(a) a tempo inteiro. As diferenças observadas entre as duas distribuições são estatisticamente significativas ( $\chi^2_{(1)} = 9,000$ ;  $p = 0,003$ ).

Relativamente à profissão (atual ou anterior à reforma) verificou-se que, no grupo dos CP, 31,7% são domésticas, 21,4% pertencem ao grupo IX, ou seja, são trabalhadores não qualificados, seguindo-se 20,4% que têm profissões incluídas no grupo V (pessoal dos serviços e vendedores). No grupo dos CS, verifica-se que 19,8% pertencem ao grupo II, ou seja, são especialistas das profissões intelectuais e científicas, seguidos de 17,7% que são domésticas, de 15,6% que pertencem ao grupo IX (trabalhadores não qualificados) e de 13,5% que têm profissões do grupo V (pessoal dos serviços e vendedores). As diferenças observadas são estatisticamente significativas ( $\chi^2_{(9)} = 13,174$ ;  $p = 0,022$ ).

Através do índice de Barthel avaliou-se o grau de dependência do idoso, tendo-se verificado que 35,7% apresentam dependência total, 30,6% apresentam independência ou dependência ligeira e 22,4% evidenciam dependência moderada.

## RESULTADOS

No contexto sociofamiliar dos cuidadores informais os dados permitem verificar que, entre os CP, predominam os que são filhos ou filhas do idoso ao qual prestam cuidados, com 48,0%, seguidos dos cônjuges (24,5%) e das noras ou genros (18,4%). Verifica-se também que 40,8% dos CS são filhos(as) dos idosos a quem prestam cuidados, seguidos das noras ou genros (20,4%) e dos netos(as) (18,4%). Quanto à relação destes cuidadores com os CP, verifica-se que 32,7% são filhos(as), 26,5% são cônjuges e 17,3% são irmãos(ãs).

No grupo dos CP, a maioria dos participantes (71,4%) não tem filhos a cargo, contrariamente aos CS, sendo estatisticamente significativa ( $\chi^2_{(1)} = 9,433$ ;  $p = 0,002$ ) a diferença observada entre os dois grupos. O número de filhos a cargo varia entre 1 e 4 e, em ambos os grupos, a maioria (89,3% e 93,9%) dos cuidadores tem a seu cargo um ou dois filhos, não existindo diferença estatisticamente significativa ( $\chi^2_{(1)} = 0,523$ ;  $p = 0,470$ ).

Considerando o rendimento médio mensal do agregado familiar, verifica-se que 58,2% dos CP e 71,4% dos CS têm um rendimento mensal superior a 750 EUR. As diferenças observadas entre os dois grupos de inquiridos não são estatisticamente significativas ( $\chi^2_{(4)} = 4,641$ ;  $p = 0,326$ ).

Relativamente à distância geográfica entre a residência dos cuidadores e a dos idosos a quem prestam cuidados, verifica-se que a maioria dos CP vivem na mesma casa que

o idoso dependente (71,4%). Esta situação também se observa para 37,8% dos CS, seguindo-se 29,6% que vivem na mesma terra a menos de 10 km do idoso e de 20,4% que residem no mesmo bairro ou rua. Verifica-se que as diferenças observadas são estatisticamente significativas ( $\chi^2_{(3)} = 23,762$ ;  $p < 0,001$ ). Relativamente à distância entre o CS e o CP, verifica-se que 43,9% vivem na mesma casa, seguidos de 32,7% que vivem na mesma terra e a menos de 10 km.

No que concerne ao tempo de prestação de cuidados, verifica-se que os CP indicaram valores compreendidos entre 0,75 anos (oito meses) e 20 anos, sendo a média de 4,56 anos (DP= 3,72). Observa-se ainda que 34,7% indicam tempos de prestação de cuidados que variam entre três e cinco anos, e 39,8% referem tempos de prestação de cuidados superiores a cinco anos. Os CS indicam tempos de prestação de cuidados que variam entre 0,75 anos e 15 anos, sendo a média de 3,55 anos (DP= 2,63). Como se pode constatar, 33,7% destes cuidadores referem tempos que variam entre três e cinco anos e 37,7% prestam cuidados há dois anos ou menos. Comparando os resultados obtidos, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ( $t = 2,193$ ;  $p = 0,029$ ), ou seja, o tempo de prestação de cuidados referido pelos CS é significativamente inferior.

A maioria dos CP (58,1%) refere prestar apoio ao idoso dependente mais de 41 horas por semana ou presta cuidados permanentes. No grupo dos CS, 45,9% dos inquiridos dizem ocupar até oito horas semanais no apoio ao idoso dependente e 30,6% ocupam entre nove e 20 horas por semana. As diferenças observadas são estatisticamente significativas ( $\chi^2_{(3)} = 56,708$ ;  $p < 0,001$ ).

Em relação ao tipo de cuidados prestados pode-se constatar que a maioria dos CP refere prestar os apoios/cuidados listados. A única exceção ocorre ao nível do apoio financeiro. Verifica-se ainda que a supervisão regular (86,7%), o acompanhamento a consultas médicas (85,7%), os cuidados pessoais (84,7%), o apoio emocional (82,7%), os trabalhos domésticos (78,6%) e as compras (72,4%) são os apoios/cuidados mais referidos pelos CP. No grupo dos CS, os apoios/cuidados mais referidos são o apoio emocional (67,3%), a supervisão regular (64,3%), os cuidados pessoais (60,2%) e o acompanhamento a consultas médicas (58,2%). Como se pode também constatar, existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em todos os apoios/atividades. A única exceção refere-se à mobilidade ( $\chi^2_{(1)} = 3,467$ ;  $p = 0,063$ ) e ao transporte do familiar ( $\chi^2_{(1)} = 2,476$ ;  $p = 0,116$ ). O conjunto destes resultados permite afirmar que os CP prestam, significativamente, mais apoio aos idosos dependentes que os CS. A totalidade dos CP (100,0%) afirma ter a colaboração de mais alguém na prestação de cuidados ao idoso dependente e 40,8% referem pagar por essa colaboração.

A maioria dos idosos beneficia de apoio formal (55,1%). Destes 63,0% usufrui do Serviço de Apoio Domiciliário, seguindo-se 25,8% para os quais o apoio é prestado pelo Centro de Dia.

Relativamente à percepção do estado de saúde, as diferenças observadas entre os dois grupos de cuidadores são estatisticamente significativas ( $\chi^2_{(1)} = 9,194$ ;  $p = 0,027$ ). A maioria dos CP percebe o seu estado de saúde como razoável (42,9%) ou fraco (24,5%). O grupo dos CS tendem a perceber o seu estado de saúde de forma mais positiva. A maioria afirma ter uma saúde razoável (43,9%) ou boa (35,7%).

Quando questionados acerca das situações que levariam os CP a deixarem de o ser, 38,8% referem a situação de doença, seguidos de 9,2% que referem a morte e de 7,2% que indicam o agravamento do seu estado de saúde ou a possibilidade de encontrar um cuidador formal a tempo inteiro. Salienta-se ainda que 19,4% dos participantes afirmam que em nenhuma situação deixariam de ser CP. Quanto à disponibilidade dos CS assumirem a principal responsabilidade pelo cuidado perante a impossibilidade do CP verifica-se que 31,7% estariam nessa disposição, devido aos laços familiares e afetivos e que 28,6% afirmam não estar disponíveis. De entre estes últimos, 14,3% justificam a sua indisponibilidade por motivos que se relacionam com a falta de saúde.

No item satisfação com a vida, considerando que um valor de 15 representa um ponto neutro na SWLS, isto é, o marco no qual o sujeito não se encontra nem satisfeito nem insatisfeito (*não concordo nem discordo*), verifica-se que a satisfação com a vida é relativamente baixa nos dois grupos de cuidadores. Além disso, constata-se que há diferenças estatisticamente significativas entre as duas subamostras ( $t = -2,443$ ;  $p = 0,015$ ), na medida em que os CP revelam estar menos satisfeitos com a vida do que os CS.

Ao nível das dificuldades sentidas (Tabela 1), observa-se a existência de diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao modo como os cuidadores de ambos grupos percebem as dificuldades inerentes à prestação de cuidados. Os valores médios encontrados (2,33 e 1,94 para os CP e CS respetivamente) indicam que os sujeitos percebem as dificuldades consideradas no CADI como existindo no seu caso, mas não se sentem perturbados pelas mesmas.

Tabela 1

*Satisfação com a vida (SWLS) e dificuldades percebidas (CADI) nos cuidadores principais e secundários*

Cuidador	Principal (n=98)		Secundário (n=98)		t	p<0,05
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão		
<b>Satisfação com a vida</b>	12,84	4,60	14,45	4,63	-2,443	0,015
<b>Problemas relacionais com a pessoa dependente</b>	2,03	0,75	1,75	0,69	2,736	0,007
<b>Reações à prestação de cuidados</b>	2,39	0,71	1,96	0,73	4,153	<0,001
<b>Exigência de ordem física na prestação</b>	2,55	0,87	2,35	0,80	4,507	<0,001
<b>Restrições na vida social</b>	2,44	0,88	1,93	0,96	3,864	<0,001
<b>Deficiente apoio familiar</b>	2,55	1,01	2,47	1,14	0,519	0,604
<b>Deficiente apoio profissional</b>	2,19	1,00	2,16	0,96	0,219	0,827
<b>Problemas financeiros</b>	2,21	0,95	1,59	0,74	5,070	<0,001
<b>Global</b>	2,33	0,63	1,94	0,61	4,316	<0,001

A exceção vai para as exigências de ordem física e o deficiente apoio familiar. Além disso, observa-se que os CP evidenciam maiores dificuldades que os CS, em todas as dimensões na escala aplicada e também em termos globais.

Em súpula, os resultados obtidos permitem concluir que os CP evidenciam menor satisfação com a vida e maiores dificuldades na prestação dos cuidados ao idoso dependente, que os CS.

Constata-se que, em ambos os grupos, a satisfação com a vida e as dificuldades percecionadas apresentam correlações negativas, estatisticamente significativas ( $p<0,05$ ). Este facto permite concluir que os cuidadores, principais ou secundários, que percecionam menores dificuldades tendem a evidenciar maior satisfação com a vida.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No que respeita ao *perfil sociodemográfico dos cuidadores (primários e secundários)*, os resultados vão ao encontro da literatura relativamente às variáveis género, grupo etário, estado civil, habilitações literárias e situação profissional (Bris, 1994; Gaugler et al., 2003; Martin, 2005; Minichiello & Teppermanm, 2000; Pavarini & Neri, 2005; Reyes, 2001; Rodríguez, Álvarez, & Cortés, 2001; Silveira, Caldas, & Carneiro, 2006; Stone, Cafferata, & Sangl, 1987; Tennstedt et al., 1989; Teunisse & Derix, 1997; Whittlatch & Noelker, 1996).

Os dados mais consensuais sugerem que o cuidar se faz no feminino, à semelhança do verificado nos cuidadores de ambas as subamostras deste estudo (CP: 85,7% e CS: 67,3%). O facto da maioria dos cuidadores das duas subamostras serem do género feminino, mostra que a sociedade, através da sua cultura, imputa o papel de cuidar à mulher, seja ela cónjuge, filha ou neta do idoso, fruto de construções históricas e sociais determinadas pela divisão sexual do trabalho. Mas esta não é uma realidade preponderante, uma vez que se verifica um aumento de participação de homens na amostra de CS (CP: 14,3%; CS: 32,7%). Como refere Bulla et al. (citado por Picolli & Pedroso, 2006) o homem está, ainda, a aprender a exercer o seu papel de cuidador e o seu esforço possui um valor ainda maior, pois é realizado com muito mais amor e menos obrigação. Curiosamente, as mesmas autoras referem que a atividade do cuidador masculino também é moldada pelo vínculo de parentesco e pelo tipo de relação estabelecida ao longo da vida.

Relativamente ao grupo etário, os resultados também evidenciaram a tendência descrita na literatura (Gaugler et al., 2003; Minichiello & Teppermanm, 2000; Pavarini & Neri, 2005; Stone et al., 1987; Tennstedt et al., 1989), sendo os CS significativamente mais novos que os CP. De realçar que 22,5% dos CP e 9,2% dos CS têm idade superior a 71 anos, podendo já apresentar algumas limitações funcionais e sensoriais motivadas pelo próprio processo de envelhecimento: diminuição da força física, problemas osteoarticulares, entre outros. Estas alterações poderão representar maiores dificuldades na prática dos cuidados, na medida em que a diminuição da capacidade física, parece estar relacionada com a depressão dos cuidadores informais, como sugere o estudo realizado por Grant (2000) sobre famílias americanas que cuidam de doentes com AVC.

Esta diferença de idades reflete-se também na situação profissional, na medida em que 28,6% dos CP se encontra na situação de reforma, ao passo que apenas 16,3% dos CS se encontram na mesma circunstância. A maioria (CP: 35,7%; CS: 56,2%) ainda mantém a sua atividade profissional fora de casa, corroborando a investigação prévia na temática. De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2008) a taxa de atividade feminina, em Portugal, é superior à dos homens e à média das mulheres europeias,

sendo o seu trabalho maioritariamente exercido a tempo interno, enquanto nos restantes países da União Europeia se privilegia o tempo parcial. Observou-se que a maioria dos cuidadores das duas subamostras é casada ou vive em união de facto (CP: 91,8%; CS: 78,6%). Esta é uma situação semelhante ao relatado no plano internacional e nacional (Almeida, 2005; Barber, 1999; Gaugler et al., 2003; Quaresma, 2000; Sommerhalder, 2001; Sousa et al., 2006; Tennstedt et al., 1989).

Os CS apresentam habilitações literárias mais elevadas que os CP, resultados semelhantes aos da literatura (Gaugler et al., 2003; Tennstedt et al., 1989). Considerando as habilitações literárias e a idade, verifica-se que os CP apresentam idades superiores e níveis de escolaridade mais baixos. A maioria dos CP (51%) tem o 1º ciclo do ensino básico. Apenas 6,1% não frequentou o sistema de ensino formal e os restantes têm habilitações superiores ao 1º ciclo. Estes dados refletem a realidade portuguesa no período do Estado Novo, com uma política educativa que restringia a escolaridade obrigatória a apenas três ou quatro anos.

Quanto ao *contexto sociofamiliar*, verifica-se que perante 50% de idosos viúvos e 42% de idosos casados, os CP são maioritariamente filhos ou filhas (48,0%) da pessoa dependente, seguidos de 24,5% que são cônjuges. Tradicionalmente, a literatura tem revelado que os CP tendem a ser primeiro os cônjuges, depois os filhos e assim sucessivamente: outros familiares, amigos ou vizinhos. A este propósito, Shanas (1979, citado por Martín, 2005) defende a existência de uma ordem de preferência na adoção do papel de cuidador (cônjuge – filhos – outros familiares – amigos), à qual denominou de modelo hierárquico compensatório ou modelo de substituição. Assim, perante 50% de viúvos a necessitar de cuidados, temos 48% de filhos que se assumem como CP. No caso dos CS, à semelhança do que acontece no grupo dos CP, a tarefa de cuidar também é assumida pelos descendentes diretos (40,8%), seguidos de outros graus de parentesco (noras ou genros 20,4%; neta(o) 3,1%), bem como de vizinhos (3,1%) e amigos (2%). Neste contexto, as redes informais de vizinhança e/ou de amizade apresentam-se como alternativas válidas na produção de cuidados a pessoas idosas em situação de dependência, dinamizando uma verdadeira economia de apoios informais.

Considerando o grau de parentesco entre cuidadores secundários e principais os dados revelam que os CS tendem a ser filhos (32,7%) ou cônjuges (26,5%) dos CP. Resultados semelhantes foram obtidos por Brito (2002), parecendo também existir (à semelhança do cuidador principal) uma ordem de preferência na adoção do papel de cuidador secundário.

Os dados do rendimento mensal do agregado familiar dos cuidadores revelam que os CS apresentam na sua maioria um rendimento superior a 1500 EUR podendo estes elementos estarem relacionados com o facto de os CS serem, maioritariamente,

especialistas das profissões intelectuais e científicas e, por essa razão, auferirem de um ordenado de valor superior. Contrariamente a outros estudos (Pereira, 2008), em que os CS têm rendimentos superiores aos primários, os presentes dados revelam que não há diferenças significativas entre as duas subamostras. Esta constatação pode dever-se ao facto de 43% dos CS viverem na mesma casa, portanto, fazerem parte do agregado familiar do CP.

Em síntese, pode-se referir estar perante uma amostra de cuidadores informais principais com idade avançada, constituída essencialmente por mulheres (filhas ou cônjuges), casadas, com baixa escolaridade, a exercer uma atividade profissional a tempo inteiro. Os cuidadores secundários são mais novos, também do género feminino (filhas ou cônjuges), casados (em menor número) e a exercer uma atividade profissional a tempo inteiro como especialista de profissões intelectuais e científicas.

Face ao *contexto da prestação de cuidados*, a proximidade geográfica entre os cuidadores é um dado relevante, pois a maioria tende a viver na mesma casa que o idoso dependente (CP: 71,4%; CS: 37,8%), confirmando a perspetiva de Tennstedt et al. (1989) e Gaugler et al. (2003) que encaram a coabitação como um dos fatores importantes para a assunção do papel de cuidador. Por outro lado, verifica-se também a proximidade geográfica entre cuidadores secundários e principais uma vez que a maioria vive na mesma casa (43,9%), seguidos dos que vivem na mesma terra (32,7%).

Os CP indicam tempos de prestação de cuidados superiores a cinco anos, ao passo que os CS apresentam tempos significativamente inferiores. Estes dados podem ser explicados pelo facto do CP, ao assumir a tarefa de cuidar, ter a convicção de que seja capaz de realizá-la. Entretanto, com o progressivo agravamento da situação funcional do idoso, as exigências do cuidado tornam-se mais intensas, e o cuidador ao sentir-se sozinho, percebe a necessidade de ajuda. É nesta altura que a figura do CS começa a assumir mais protagonismo, tanto na partilha de responsabilidades como no próprio apoio financeiro (Alvarez, 2001).

Em relação às horas semanais dedicadas à prestação de cuidados, verifica-se que os CP prestam, na sua maioria, cuidados permanentes ao idoso dependente (58,1%), e que os CS apoiam entre zero a oito horas semanais (45,9%). Estas diferenças de tempo parecem estar relacionadas com o tipo de apoio/cuidado prestado ao idoso dependente por cada grupo de cuidadores. Ao CP, assumindo a responsabilidade pelos cuidados, cabe-lhe tarefas mais árduas como o apoio a nível das atividades básicas e instrumentais de vida diária, assumindo supervisão e vigilância constantes (Davies, 1992; Carrero, 2002; Gaugler et al., 2003; Penrod et al., 1995; Martin, 2005; Neri & Carvalho, 2002; Sousa et al., 2006; Stone et al., 1987; Tennstedt et al., 1989). Contrariamente, o CS tende a concentrar os seus cuidados a nível do apoio emocional e supervisão regular. Tal

como a literatura tem revelado, o CS desempenha tarefas importantes de apoio ao CP, ao prestar auxílio em algumas tarefas, ou pontualmente quando solicitado (Fink, 1995; Martin, 2005; Neri & Carvalho, 2002; Penrod et al., 1995; Sousa et al., 2006). O apoio por parte de um CS, ao incrementar o tipo ou a quantidade de ajuda recebida pelo idoso dependente, parece funcionar como amortecedor de sobrecarga, diminuindo a percepção da mesma. O padrão de cuidados prestados pelos CS pode ser justificado pelo fator coabitação, uma vez que somente 37,8% vive com o idoso dependente. Ou seja, 62,2% vive próximo do idoso, mas não no mesmo domicílio, o que pode influenciar o tipo de cuidados prestados.

O presente estudo visou também analisar e compreender como se articulam os cuidados prestados entre os CP e outras redes de suporte (formal e informal) ao idoso dependente. Assim, verificou-se que a totalidade dos CP (100%) afirma ter a colaboração de outras pessoas ou serviços, sendo que destes, 55,1% afirmam recorrer a serviços de apoio formal (Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia) e a empregada doméstica. Este apoio parece ter influência positiva na percepção da sobrecarga sentida pelo CP, como sugerem os resultados obtidos por Mant (2000). Segundo os autores, a existência de um suporte familiar significativo aumenta as atividades e interações sociais, com repercussões na qualidade de vida dos cuidadores. Atendendo que a maioria dos idosos apresenta dependência total, de acordo com o Índice de Barthel, reveste-se de alguma curiosidade o facto de nenhum dos cuidadores referenciar o Apoio Domiciliário prestado pelo Centro de Saúde, o que poderá constituir uma área a investigar futuramente, no sentido de compreender até que ponto os cuidadores informais têm conhecimento deste tipo de valência, quais as características do serviço prestado e quais os constrangimentos percebidos pelos cuidadores informais.

Na *percepção de saúde*, as duas subamostras apresentam diferenças estatisticamente significativas. Os CP tendem a avaliar a sua saúde como razoável ou fraca, enquanto que os CS tendem a perspetivá-la como razoável ou boa. Os dados mostram que os CP tendem a ser mais velhos que os CS. Logo, devido ao processo normal de envelhecimento, que aumenta a vulnerabilidade à doença com a passagem da idade, é provável que isso justifique a sua percepção mais negativa do seu estado de saúde. O estado de saúde desses cuidadores, e a percepção que têm da sua saúde, colocam a possibilidade dos cuidadores tornarem-se potenciais doentes uma vez que a sua capacidade funcional está constantemente em risco.

Os *motivos para a possível cessação da tarefa de cuidar*, apresentados pelos CP, prendem-se, sobretudo, com situações extremas de impossibilidade de continuidade de cuidados, como sejam a doença e morte do cuidador. Salienta-se ainda que 19,4% dos CP afirma que em nenhuma situação deixariam de o ser. Os motivos de continuação da prestação de cuidados podem estar relacionados com a obrigação e o dever associados

a uma regra de ação moral determinada por traços culturais. Segundo Bocchi (2004) esta situação também poderá estar relacionada com a relutância do CP em solicitar ou aceitar ajuda, com receio de que essa atitude possa ser interpretada como sinal de fracasso ou inadequação dos cuidados, ao medo e à ansiedade em abandonar o idoso, tornando-o suscetível de agravamento do seu estado de saúde.

*Quanto à possível assunção da tarefa de cuidar* por parte dos CS, os dados permitem afirmar que 31,7% dos CS estão disponíveis para assumir o papel de CP. Os motivos evocados remetem para aspetos relacionados com laços familiares e afetivos. Estes dados são corroborados pelos poucos estudos que se centram nos CS (Gaugler et al., 2003; Penrod et al., 1995; Tennstedt et al., 1989) onde se afirma que as motivações destes derivam do afeto e do sentido de responsabilidade para com o CP e para com a pessoa dependente (Martin, 2005).

Como se constata na literatura, avaliar os efeitos negativos da tarefa de cuidar de idosos dependentes tem sido uma preocupação constante dos investigadores, mas existem poucos estudos que se tenham debruçado sobre os aspetos positivos de bem-estar, nomeadamente da satisfação com a vida, em cuidadores informais de idosos dependentes

Pode-se afirmar que, apesar de se sugerir que as redes de suporte exercem um efeito positivo nas estratégias de confronto, assim como contribuem para o aumento da confiança (relativamente aos cuidados que prestam), da autoestima, do bem-estar, e da satisfação com a vida dos cuidadores (Borglina, Edberga, & Hallberga, 2005; Figueiredo, 2007; Resende, Bones, Souza, & Guimarães, 2006; Van Den, 2000, 2002; Vitalino, Russo, Yong, Becker, & Maiuro, 1991), a verdade é que ambas as subamostras se encontram relativamente pouco satisfeitas com a vida. Contudo, constata-se que existem diferenças significativas entre cuidadores principais e secundários: ou seja, os CP tendem a sentir-se menos satisfeitos com a vida do que os CS.

Os poucos estudos que se debruçam sobre o estudo da satisfação com a vida, em cuidadores informais, dificulta a comparação destes dados com outros resultados. Contudo, considerando que os CP são mais velhos que os CS, estes dados contrariam os resultados de Chatters (1988) e de Simões (1992), segundo os quais as pessoas com idade avançada tendem a demonstrar maiores níveis de satisfação com a vida e menos stress. Além disso, os cuidadores principais têm uma perspetiva mais negativa do seu estado de saúde e, de acordo com Paúl (1997) a deterioração das condições de saúde (real e percebida) têm um forte impacto negativo nos níveis de satisfação com a vida e da perceção de qualidade de vida. Ainda, relativamente aos resultados obtidos e comparando-os com os resultados de diferentes amostras nomeadamente: estudantes na transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior Universitários (Seco, Casimiro, Pereira, Dias, & Custódio, 2005) e professores do 1º ciclo (Albuquerque & Lima, 2007) obtiveram-se, respetivamente, valores

médios de 17,05 e 17,52. Na sequência deste estudo, os valores da SWLS são ainda mais baixos, ou seja, os cuidadores estão ligeiramente insatisfeitos com a vida. No geral, estes resultados parecem conferir, à prestação informal de cuidados, a natureza de *stressor* crónico, já que esta parece interferir, adversamente, no bem-estar dos cuidadores.

No que respeita às dificuldades percecionadas pelos cuidadores (sobrecarga subjetiva), identificadas com base nos indicadores de CADI (*Carer's Assessment of Difficulties Index*), os cuidadores das duas subamostras, apesar das diferenças entre os grupos, percebem a maioria das situações como existindo no seu caso, mas não se sentem perturbados pelas mesmas. Mesmo assim, os CP tendem a sentir-se mais perturbados pelas situações do que os CS. Esta diferença pode dever-se às características dos próprios CS; ao fator coabitação, ao tipo de cuidados prestados e às horas semanais dedicadas à prestação de cuidados. Salienta-se que os CS são mais novos e com uma perceção mais positiva do seu estado de saúde. Por outro lado, o CP, coabitando com o idoso (em 71,4% dos casos), presta todo o tipo de cuidados ao idoso dependente (atividades básicas e instrumentais de vida diária, supervisão e vigilância constantes) de forma permanente. Contrariamente, 62,2% dos CS vivem geograficamente distantes dos idosos, influenciando o padrão de cuidados: concentram os seus cuidados a nível do apoio emocional e supervisão regular e despendem, em 45,9% dos casos, até oito horas semanais na prestação de cuidados.

Estes resultados vão ao encontro dos estudos de Gallant e Connell (1998) e de Zarit e Gaugler (2000) que, ao abordarem os impactos da experiência de cuidar nos CS, constataram que, apesar destes também experienciarem sentimentos de sobrecarga, esta tende a assumir níveis mais baixos do que a sentida pelos CP.

As dimensões que se revelaram mais perturbadoras para os cuidadores foram as *exigências de ordem física* (para os CP) e o *deficiente apoio familiar* (para os CP e CS). No que respeita às *exigências de ordem física na prestação de cuidados*, atendendo ao facto dos cuidadores serem na sua maioria mulheres (CP: 85,7%; CS: 67,3%), algumas com idade superior a 70 anos, a cuidar de idosos totalmente dependentes, facilmente se compreende que a prestação de cuidados exige um esforço físico muito grande, pouco adequado às condições gerais do cuidador. Por outro lado, grande parte dos cuidadores desenvolve uma atividade profissional. Trabalhar e cuidar de um idoso altamente dependente, representa uma situação difícil de gerir, a qual produz impactos em vários domínios da vida de quem cuida e, nalguns casos, também na vida de quem recebe cuidados. Estes resultados são corroborados por Minnes et al. (2000), Brito (2002), Simões (2003), Marques (2005) e Sequeira (2007). Constata-se que, em todas as dimensões da escala, os cuidadores principais atingem médias mais elevadas comparativamente aos CS. Esta diferença pode ser justificada pelas características dos próprios cuidadores: CS mais novos e com uma perceção mais positiva do seu estado de saúde.

No que toca ao deficiente apoio familiar, apesar dos cuidadores principais e secundários atuarem numa lógica de complementaridade, a verdade é que as duas subamostras consideram este aspeto como sendo fonte de dificuldades. Isto é, os cuidadores sentem que alguns familiares não ajudam tanto, nem dão tanta atenção quanto desejariam. A esta circunstância pode estar subjacente alguma escassez da frequência de contactos que pode ser explicada pelo elevado grau de dependência dos idosos. De acordo com Figueiredo (2007), quando a situação do idoso assume contorno de cronicidade e dependência, esta exerce um impacto negativo sobre a rede de suporte levando ao evitamento dos contactos. Por outro lado, atendendo ao facto de já existir um CS os restantes elementos da rede podem pressupor que *alguém já está a ajudar a resolver o problema* e não se envolvem.

Comparando a *satisfação com a vida* e as *dificuldades percebidas*, constata-se que os cuidadores das duas subamostras, apesar de perceberem as situações como existindo no seu caso e não se sentirem perturbados pelas mesmas, encontram-se ligeiramente insatisfeitos com a vida. Efetivamente, a sobrecarga subjetiva e a satisfação com a vida são, comumente, associadas e inter-relacionadas, levando à ténue surpresa dos resultados. Mas quando se analisou a relação entre a percepção das dificuldades e a satisfação com a vida, constatou-se que os cuidadores que percebem maiores dificuldades motivadas pela prestação de cuidados tendem, neste estudo, a evidenciar menor satisfação com a vida. É a percepção dos acontecimentos que interfere no bem-estar, mais do que os acontecimentos em si. Estes dados, reforçam a ideia subjacente às teorias *top-down*, que partem do pressuposto que perante uma mesma situação, de sobrecarga, a apreciação por diferentes pessoas poderá adquirir significados dissemelhantes, tudo dependendo da capacidade de interpretar os acontecimentos de uma forma positiva ou negativa.

Em síntese, os cuidadores informais estão ligeiramente insatisfeitos com a vida. No entanto, percebem as situações consideradas como uma fonte de dificuldades, como acontecendo no seu caso, mas não se sentem perturbados pelas mesmas.

## CONCLUSÕES

Este estudo converge em torno da ideia de que a família, apesar do desenvolvimento que se tem vindo a registar no campo dos serviços formais, continua a ter um papel fundamental nos cuidados aos idosos. Percebe-se que a tarefa de cuidar continuará a pertencer à esfera familiar, pois, cessando a tarefa de cuidar pelos CP, haverá CS, também familiares do idoso dependente, que assumirão esta função.

Embora tenha aumentado a participação das mulheres no mercado de trabalho, este estudo, à semelhança da maioria dos estudos sobre esta temática, revela que o cuidar ainda se faz no feminino, independentemente de se ser cuidador principal ou secundário.

Os resultados ainda revelam que, de um modo geral, os cuidadores informais de idosos dependentes tendem a sentir-se ligeiramente insatisfeitos com a vida. Estes resultados parecem conferir à prestação informal de cuidados a natureza de *stressor* crónico já que, esta parece interferir adversamente no bem-estar dos cuidadores. Contudo, os CS tendem a sentir-se ligeiramente menos insatisfeitos com a vida e a perspetivar positivamente o seu estado de saúde comparativamente aos CP.

Quanto à perceção das dificuldades, neste estudo, constata-se que os cuidadores das duas subamostras percebem as situações como existindo no seu caso, mas não se sentem perturbados pelas mesmas. Como se percebe, os acontecimentos não são em si agradáveis ou desagradáveis; dependem da interpretação que cada um faz, ou seja, é a perceção subjetiva dos acontecimentos que interfere no nosso bem-estar, mais do que os acontecimentos em si. Parece emergir a ideia de que os cuidadores desenvolveram recursos para atenuar a sobrecarga e o impacto negativo da tarefa de cuidar nomeadamente estratégias de *coping* e suporte social.

Estes resultados 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. 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.

Em suma, privilegiando intervenções multidisciplinares e intersectoriais, os profissionais podem proporcionar à família apoio e contentamento, para se sentirem valorizadas, para que os cuidadores informais percebam que não são meros cuidadores vivendo no anonimato, num domicílio qualquer, mas que existem várias pessoas envolvidas nesse processo, dispostas e capazes a ajudá-los.

Com base neste modelo, a maior parte dos cuidadores poderá olhar o futuro e fazer hoje os investimentos necessários para amanhã retirar os dividendos que lhes trarão maior satisfação, máxima vitalidade e uma vida melhor conseguida, face ao fenómeno vivenciado onde se perspetiva uma dinâmica complexa e multifatorial. Assim, as escolhas de hoje são a capitalização de uma riqueza que se recebe e que se pode gerir para benefício do idoso, do cuidador, da família e da sociedade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, I., & Lima, M. (2007). *Personalidade e bem-estar subjetivo: Uma abordagem com os projectos pessoais*. Recuperado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0373.pdf>
- Almeida, T. (2005). *Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da saúde e da família* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-03102006-144231/pt-br.php>
- Alvarez, A. (2001). *Tendo que cuidar: A vivência do idoso e da família idosa no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar* (Tese de doutoramento). Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/81693>
- Barber, C. (1999). *Family: Caregiver characteristics*. Retrieved from [www.ext.colostate.edu/consumer/10231.pdf](http://www.ext.colostate.edu/consumer/10231.pdf)
- Bocchi, S. (2004). Vivenciando a sobrecarga ao vir a ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): Uma análise do conhecimento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(1), 115-121. doi: 10.1590/S0104-11692004000100016
- Borglina G., Edberga, A., & Hallberga, I. (2005). The experience of quality of life among older people. *Journal of Aging Studies*, 19(2), 201-220. doi: 10.1016/j.jaging.2004.04.001
- Bourdi, E., Breton, C., & Plançon, S. (1999). Vieillir et rester à domicile. *Soin*, 20, 36-39.
- Bris, H. (1994). *Responsabilidade pelos dependentes idosos nos países da comunidade europeia*. Lisboa, Portugal: Conselho Económico e Social.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Calvante, G., & Gutierrez, P. (1999). *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Publica.
- Carrero, M. (2002). *Antes la enfermedad de Alzheimer: Pistas para cuidadores y familiares*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Chatters, L. (1988). Subjective well-being evaluations among older black Americans. *Psychology and Aging*, 3(2), 184-190. doi: 10.1037//0882-7974.3.2.184
- Davies, L. (1992). Building a science of caring for caregivers. *Family community Health*, 15(2), 1-9.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Dobrot, R. (1997). Sistemas de suporte social. In E. Calkins, B. Ford & P. Katz (Eds.), *Geriatría práctica* (pp. 53-59). Rio de Janeiro, Brasil: Revinter.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa, Portugal: Cadernos Climepsi de Saúde.

- Fink, S., (1995). The influence of family resources and family demands on the strains and well-being of caregiving families. *Nursing Research*, 44(3), 139-145.
- Gallant, M., & Connell, C. (1998). The stress process among dementia spouse caregivers. *Research on Aging*, 20(3), 267-288.
- Gaugler, J., Mendiola, M., Smith, C., & Schmitt, F. (2003). Secondary dementia caregiving and its consequences. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 18(5), 300-308. doi: 10.1177/153331750301800505
- Grant, J. (2000). Sociodemographic, physical and psychosocial characteristics of depressed and non-depressed family caregivers of stroke survivors. *Brain Injury*, 1(12), 1089-1097. doi: 10.1080/02699050050203586
- Hanson, E., Nolan, J., Magnusson, L., Sennemark, E., Johansson, L., & Nolan, M. (2006) *COAT: The Carers Outcome Agreement Tool: A new approach to working with family carers*. Retrieved from [http://www.fen.ufg.br/revista/revista5\\_1/pdf/volume5\\_1.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_1/pdf/volume5_1.pdf)
- Imaginário, C. (2002): *O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística. (2008). *Taxa de atividade*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Mant, J. (2000). Family support for stroke: A randomized controlled trial. *Lancet*, 356(9232), 808-813. doi:10.1016/S0140-6736(00)02655-6
- Marques, S. (2005). *Os cuidados informais de doentes com AVC*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Martin, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social. In C. Paul & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 179-202). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Minichiello, W., & Teppermann, L. (2000). Assistência domiciliar: Cuidar do cuidador. *Revista Brasileira Home Care*, 5(60), 36.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (1995). *Cuidados en la vejez: El apoyo informal*. Madrid, España: Autor.
- Neri, A., & Carvalho, V. (2002). O bem-estar do cuidador: Aspectos psicossociais. In E.V Freitas (Ed.), *Tratado de gerontologia* (pp. 778-790). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.
- Nolan, M., & Grant, G. (1989). Addressing the needs of informal carers: A neglected area of nurse's practice. *Journal of Advanced Nursing*, 14(11), 950-961. doi: 10.1111/j.1365-2648.1989.tb01483.x
- Nolan, M., Grant, G., & Keady, J. (1990). Stress is the eye of the beholder: Reconceptualising the measurement of carer burden. *Journal of Advanced Nursing*, 15(5), 544-555. doi: 10.1111/j.1365-2648.1990.tb01853.x
- Nolan, M., Grant, G., & Keady, J. (1996). *Understanding family care: A multidimensional model for caring and coping*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Nolan, M., Grant, G., & Keady, J. (1998). *Assessing the needs of family carers: A guide for practitioners*. Brighton, United Kingdom: Pavilion Publishing.

- Orel, N., & Dupuy, P. (2002). Grandchildren as auxiliary caregivers for grandparents with cognitive and/or physical limitations: Coping strategies and ramifications. *Child Study Journal*, 32(4), 193-213.
- Palma, E. (1999). Enfermagem agora: A família com idosos dependentes que expectativas? *Enfermagem*, 2(15), 27-40.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Pavarini, S., & Neri, A. (2005). Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: Conceitos, atitudes e comportamentos. In Y. Duarte & M. Diogo (Eds.), *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico* (pp. 49-69). São Paulo, Brasil: Atheneu.
- Penrod, J., Kane, R., Kane, L., & Finch, M. (1995). Who care? The size scope and composition of the caregiver support system. *The Gerontologist*, 35(4), 489-497. doi: 10.1093/geront/35.4.489
- Pereira, A. S. (2008). *Cuidadores familiares e idosos dependentes: Perfil, motivos e satisfação com a vida* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10773/3277>
- Picolli, F., & Pedroso, M. (2006). Qualidade de vida de cuidadores não profissionais em portadores de Alzheimer. *Logos*, 17(1), 53-62.
- Quaresma, M. (2000). Melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. *Futurando*, 2, 3-5.
- Rebello, A. (1996). Prestadores de cuidados informais a idosos com 80 anos e mais anos, na freguesia de Moreira da Maia. *Revista Geriátrica*, 81(9), 22-28.
- Resende, M. C., Bones, V. M., Souza, I. S., & Guimarães, N. K. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicologia para a América Latina*, 5. Recuperado de <http://psicolatina.org/Cinco/rede.html>
- Reyes, M. (2001). *Construyendo el concepto de cuidador de ancianos*. Documento presentado en el IV Reunion de Antropologia do Mercosul, Curitiba, Brasil.
- Ribeiro, M. (1995). *Programa de apoio integrado a idosos*. Lisboa, Portugal: Fórum Formação de Recursos Humanos.
- Robinson, K. (1990). The relationships between social support, self-esteem and burden in adult caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 15(7), 788-795. doi: 10.1111/j.1365-2648.1990.tb01908.x
- Rodríguez, E., Álvarez, E., & Cortés, P. (2001). Cuidadores informales: Necesidades y ayudas. *Revista Rol de Enfermería*, 24(3), 183-189.
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (1995). *Modelos de enfermagem*. Alfragide, Portugal: McGraw-Hill.
- Santos, S. M. (2003). *Cuidador familiar de idosos com demências: Um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileira e brasileira* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000300086&fd=y>
- Schult, R., Tompkins, C., & Rau, M. (1988). A longitudinal study of the psychosocial impact of stroke on primary support persons. *Psychology and Again*, 3(2), 131-141.
- Seco, G., Casimiro, M., Pereira, M., Dias, M., & Custódio, S. (2005). *Para uma abordagem psicológica da transição do ensino secundário para o ensino superior: Postes e alças*. Leiria, Portugal: Instituto Politécnico de Leiria.

- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: Diagnósticos e intervenções*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Silveira, T., Caldas, C., & Carneiro, T. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: Um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Caderno de Saúde Pública*, 22(8), 1629-1638. doi: 10.1590/S0102-311X2006000800011
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26(3), 503-515.
- Simões, A. (2003). *Controle percebido, senso de auto-eficácia e satisfação com a vida: Um estudo comparativo entre homens e mulheres pertencentes a três grupos de idade*. Campinas, Brasil: Unicamp Biblioteca Central.
- Sommerhalder, C. (2001). *Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000218732>
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). O recurso aos apoios formais: A família, o idoso e os cuidado(re)s formais. In L. Sousa, D. Figueiredo, & Cerqueira, M. (Eds), *Envelhecer em família: Cuidados Familiares na Velhice* (pp.95-141). Porto, Portugal: Âmbar.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família* (2ª ed.). Porto, Portugal: Âmbar.
- Stone, R., Cafferata, G., & Sangle, J. (1987). Caregivers of the frail elderly: A national profile. *The Gerontologist*, 27(5), 616-626. doi: 10.1093/geront/27.5.616
- Tennstedt, S., McKinlay, J., & Sullivan, L. (1989). Informal care for frail elders: The role of secondary caregivers. *The Gerontologist*, 29(5), 677-683. doi: 10.1093/geront/29.5.677
- Teunisse, S., & Derix, M. (1997). Functional and global evaluations: The interview for deterioration in daily living activities: Agreement between primary and secondary caregivers. *International Psychogeriatrics*, 9(1), 155-162.
- Van Den, H. (2000). Short-term effects of a group support program and individual support program of caregivers of stroke patients. *Patient Education and Counseling*, 40(2), 109-120. doi: 10.1016/S0738-3991(99)00066-X
- Van Den, H., (2002). Long-term effects of a group support program and individual support program of caregivers of stroke patients: Which caregivers benefit the most?. *Patient Education and Counseling*, 47(4), p. 291-299. doi: 10.1016/S0738-3991(01)00230-0
- Vitalino, P., Russo, J., Yong, H., Becker, J., & Maiuro, R. (1991). The scree for caregiver burden. *The Gerontologist*, 31(1), 76-83. doi: 10.1093/geront/31.1.76
- Whitlatch, C., & Noelker, L. (1996). Caregiving and caring. In J. Birren (Ed.), *Enciclopedia of gerontology: Age, aging, and the aged* (pp. 253-268). San Diego, USA: Academic Press.
- Zarit, S., & Gaugler, J. (2000). Caregivers, stress and. In G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of stress* (Vol. 1, 404-407). London, England: Academia Press.



## CAPÍTULO VIII

# O ENVELHECIMENTO E AS PERTURBAÇÕES NEUROCOGNITIVAS: UMA REALIDADE DOS DIAS DE HOJE

ISABEL MARIA DE ASSUNÇÃO GIL  
MARIA DE LURDES FERREIRA DE ALMEIDA  
JOÃO LUIS AVES APÓSTOLO

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, têm-se verificado marcantes alterações demográficas e, nos países desenvolvidos, especificamente na Europa, tradicionalmente associada a estruturas socioeconómicas mais desenvolvidas, assiste-se, como reforça Ferreira (2014), a um envelhecimento populacional progressivo.

Em 2012, os jovens dos 0 aos 14 anos constituíam 15,6% da população da União Europeia; as pessoas em idade ativa, dos 15 aos 64 anos, 66%; e, as pessoas com 65 ou mais anos constituíam 17,8% da população (European Commission, 2013). As projeções apontam para um aumento da população com mais de 65 anos para os 28,1% em 2050, prevendo-se que o rácio de dependência dos idosos aumente de 27,5% no início de 2013 para quase 50% em 2050 (European Union, Eurostat, 2014).

Tendo como referência os dados do Instituto Nacional de Estatística (2012), Portugal tem mantido a tendência para um significativo envelhecimento demográfico. A proporção de jovens (população com menos de 15 anos) recuou para 15% e a de idosos (população com 65 ou mais anos) cresceu para 19% entre os censos 2001 e 2011. Diminuiu, pois, a base da pirâmide, correspondente à população mais jovem, e alargou-se o topo, com o crescimento da população mais idosa.

O processo de envelhecimento assume, como advertem Firmino, Nogueira, Neves e Lagarto (2014), uma maior relevância nos países desenvolvidos pelos problemas que levanta em termos epidemiológicos, assistenciais e de saúde. Neste seguimento, as perturbações neurocognitivas constituem um dos problemas de saúde mental mais frequentes nas pessoas mais velhas e com grande impacto na sociedade.

Estima-se que em 2010, existiam 35,6 milhões de pessoas no mundo inteiro com perturbações neurocognitivas esperando-se que estes números venham a duplicar a cada 20 anos, com 65,7 milhões em 2030 e 115,4 milhões em 2050 (Prince et al., 2013).

Sobre esta temática, no Relatório sobre a iniciativa europeia em matéria de doença de Alzheimer e outras formas de demência (Parlamento Europeu, 2010), destaca-se a importância de se antecipar o impacto económico e social da doença adotando uma abordagem eficiente em relação aos sistemas de prestação de cuidados, tanto mais que estas doenças ainda continuam a ser objeto de estigmatização em virtude das atitudes do público em geral, que estão na origem de situações de isolamento dos doentes e dos seus familiares, provocando a sua exclusão social. Neste sentido, torna-se imperativo que se conheça melhor o estigma, os preconceitos e a discriminação associados às demências, estudando melhor as formas de impedir a exclusão social e encorajar a cidadania ativa.

No mesmo relatório, pode ler-se que a União Europeia deve adotar, no âmbito da sua estratégia a longo prazo, uma política de promoção do princípio da prevenção, a nível das práticas médicas mas, também, de incentivo a estilos de vida mais saudáveis, nomeadamente ao nível do regime alimentar e atividade física.

Considera, ainda, que os indicadores de saúde contribuirão para melhorar significativamente os indicadores económicos.

As perturbações mentais estão usualmente associadas a alterações estruturais ou funcionais do cérebro, com repercussões frequentes em alguns processos cognitivos, como a memória. Porém, Gonzaga, Pais, e Nunes (2008) destacam que o declínio cognitivo associado à idade é um processo dinâmico que afeta vários domínios e que são observadas variações dentro do mesmo grupo etário que podem surgir em consequência de diferentes condições pré-mórbidas e que afetam a cognição.

## **Das demências às perturbações neurocognitivas: DSM-5**

As Perturbações Neurocognitivas (PNC) são definidas no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), como perturbações cujas características nucleares são cognitivas e em que o défice na cognição não esteve presente desde o nascimento, mas que representa um declínio em relação a um nível anterior de funcionamento.

O DSM-5 apresenta alterações significativas relativamente a critérios de diagnóstico e classificação das perturbações mentais. Uma das alterações reside no termo *demência*,

que ficou englobado na nova entidade denominada *perturbação neurocognitiva major*, ainda que, a utilização da expressão demência não fique excluída nos subtipos etiológicos, isto é, o termo é mantido para efeitos de continuidade, nomeadamente nos contextos clínicos em que os intervenientes se habituaram a essa denominação. Ainda assim, é reforçado que esta designação se refere, usualmente, às demências degenerativas que, em geral, afetam os adultos mais idosos.

Uma outra alteração a referir tem a ver com a divisão das PNC em *ligeiro* ou *major* e, ainda, o reconhecimento de subgrupos etiológicos específicos.

Os critérios de diagnóstico para a PNC major são:

- Evidência de declínio cognitivo significativo em relação a um nível anterior de desempenho num ou mais domínios cognitivos baseado na preocupação do indivíduo, de um informador conhecedor ou de um profissional de que existe um declínio na função executiva e, ainda, a confirmação de um défice substancial no desempenho cognitivo documentado por testes neuropsicológicos estandardizados ou por avaliação clínica quantitativa;
- Os défices cognitivos interferem na realização das atividades de vida diária, tais como a gestão da medicação e o pagamento de contas;
- Os défices cognitivos não ocorrem no contexto de um *delirium*;
- Os défices cognitivos não são explicados por outra perturbação mental (perturbação depressiva major, esquizofrenia).

Os critérios de diagnóstico para a PNC ligeira são:

- Evidência de declínio cognitivo modesto em relação a um nível anterior de desempenho num ou mais domínios cognitivos baseado na preocupação do indivíduo, de um informador conhecedor ou de um profissional de que existe um declínio ligeiro na função executiva e, ainda, a confirmação de um défice modesto no desempenho cognitivo documentado por testes neuropsicológicos estandardizados ou por avaliação clínica quantitativa;
- Os défices cognitivos não interferem na realização das atividades de vida diária, tais como a gestão da medicação e o pagamento de contas, mas poderão exigir um maior esforço, com recurso a estratégias compensatórias ou de ajustamento;
- Os défices cognitivos não ocorrem no contexto de um *delirium*;
- Os défices cognitivos não são explicados por outra perturbação mental (perturbação depressiva major, esquizofrenia).

Desde a década de 90 do século XX que Petersen e colaboradores descreveram uma entidade de transição entre o envelhecimento normal e a demência e estabeleceram critérios para o seu diagnóstico (Petersen et al., 1999):

- Queixas de memória, especialmente se confirmadas por outra pessoa;
- Défice de memória confirmado por testes normalizados de acordo com a idade e o grau de escolaridade;
- Função cognitiva geral maioritariamente intacta;
- Atividades de vida diária predominantemente preservadas;
- Ausência de demência.

Com estes autores nasce, então, o conceito de *Mild Cognitive Impairment* que, em 2001, numa publicação de orientações baseadas na evidência, a Academia Americana de Neurologia considerou que perante o estado da investigação, estava definido o constructo para o diagnóstico do Defeito Cognitivo Ligeiro (DCL; Petersen et al., 2001). Contudo, é de salientar que o termo foi utilizado pela primeira vez em 1988 por Reisberg e colaboradores. O DSM-5 vem reconhecer esta entidade que denomina de perturbação neurocognitiva ligeira (*Mild Neurocognitive Disorder*).

O DCL tem merecido um foco especial de atenção, sobretudo no contexto da doença de Alzheimer (DA), por se tratar, em muitos doentes, de uma forma prodrómica da doença (Lopez, 2013), destacando-se a importância dos biomarcadores para precisar, de forma mais fidedigna quais os casos que vão evoluir para a DA.

Num estudo realizado por Doraiswamy et al. (2012) utilizando um novo marcador da amiloide em conjugação com a tomografia por emissão de positrões (PET) concluiu-se que os amiloides positivos tinham muito maior probabilidade de evoluir para demência que os amiloides negativos, sendo a proporção de 29% para 10%.

O DCL pode também ser de origem vascular e o seu diagnóstico precoce é fundamental dada a importância de se controlar os fatores de risco vascular, que pode retardar ou impedir a evolução (Vieira, 2014).

## Domínios neurocognitivos

Os critérios para as várias perturbações neurocognitivas baseiam-se em domínios cognitivos definidos. De seguida, na tabela 1, serão descritos para cada um dos domínios

principais, a definição operacional, os exemplos de sintomas ou observações relativas ao comprometimento nas atividades quotidianas e os exemplos de avaliações.

Tabela 1

*Domínios neurocognitivos*

<p style="text-align: center;"><b><u>Domínio:</u></b> Atenção complexa (atenção sustentada, atenção dividida atenção seletiva, velocidade de processamento)</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Exemplos de sintomas ou de observações:</u></b></p> <p>MAJOR: Apresenta maior dificuldade em ambientes com múltiplos estímulos; apenas é capaz de prestar atenção a estímulos que sejam restringidos e simplificados. Tem dificuldade em reter novas informações (recordar números de telefone ou relatar o que acabou de ser dito). É incapaz de fazer cálculos mentais. Todo o pensamento é mais demorado e os componentes a ser processados têm de ser simplificados para um ou dois.</p> <p>LIGEIRA: As tarefas normais demoram mais tempo do que antes. Começa a encontrar erros nas tarefas de rotina, considera que o trabalho tem de ser verificado mais vezes do que antes. O pensamento é mais fácil quando não existem vários estímulos em competição.</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Exemplo de avaliações:</u></b></p> <p>ATENÇÃO SUSTENTADA Manutenção da atenção ao longo do tempo (Ex: carregar num botão cada vez que se ouve um som e durante um período de tempo).</p> <p>ATENÇÃO SELETIVA Manter a atenção independentemente de distrações (Ex: dizer números e letras e dizer para contar apenas a letras).</p> <p>ATENÇÃO DIVIDIDA Assistir a duas tarefas em simultâneo (Ex: bater rapidamente enquanto é lida uma história). A velocidade de processamento pode ser quantificada para qualquer tarefa pela sua cronometragem (Ex: tempo necessário para fazer corresponder letras a números)</p>
---

Tabela 1 (continuação)  
*Domínios neurocognitivos*

<p style="text-align: center;"><b><u>Domínio:</u></b> Função executiva (planeamento, tomada de decisões memória de trabalho, resposta às reações/correções dos erros, controlo dos hábitos/inibição, flexibilidade mental)</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Exemplos de sintomas ou de observações:</u></b></p> <p>MAJOR: Abandona projetos complexos. Necessita de se concentrar numa tarefa de cada vez. Precisa de terceiros para planear atividades instrumentais de vida diária ou tomar decisões.</p> <p>LIGEIRA: Aumento do esforço necessário para completar projetos com várias fases. Tem maior dificuldade em realizar múltiplas tarefas simultaneamente ou em retomar uma tarefa que foi interrompida. Pode queixar-se de maior fadiga provocada pelo esforço extra que é necessário para organizar, planear e tomar decisões. Pode referir que grandes reuniões sociais são mais penosas ou menos agradáveis em sequência do esforço necessário para seguir as mudanças de conversas.</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Exemplo de avaliações:</u></b></p> <p>PLANEAMENTO Capacidade de encontrar uma solução para um problema; interpretar uma sequência de imagens ou um conjunto de objetos.</p> <p>TOMADA DE DECISÕES Realização de tarefas que avaliam o processo de decisão face a alternativas concorrentes (Ex: simulação de jogo).</p> <p>MEMÓRIA DE TRABALHO Capacidade de reter informação temporariamente durante um curto período de tempo e de a manipular (Ex: somar lista de compras, repetir uma série de números).</p> <p>RESPOSTA ÀS REAÇÕES/CORREÇÕES DOS ERROS Capacidade para beneficiar das reações para inferir as regras para a resolução do problema.</p> <p>CONTROLO DOS HÁBITOS/INIBIÇÃO Capacidade para escolher uma solução mais complexa e difícil, mas que é correta (Ex: indicar o nome das cores das letras de uma palavra em vez de indicar a palavra).</p> <p>FLEXIBILIDADE MENTAL/COGNITIVA Capacidade para mudar ou alternar entre dois conceitos, tarefas ou regras de resposta (Ex: de números para letras, de ordenar objetos por tamanho para os ordenar por cor).</p>
--

Tabela 1 (continuação)  
*Domínios neurocognitivos*

**Domínio:** Aprendizagem e memória

(memória imediata, memória recente [incluindo evocação espontânea, evocação com pista e memória de reconhecimento], memória de muito longo prazo [semântica; autobiográfica], aprendizagem implícita).

**Exemplos de sintomas ou de observações:**

**MAJOR:**

Repete a mesma coisa, com frequência durante a mesma conversa. Não consegue fazer compras de acordo com uma pequena lista ou seguir uma lista de planos para o dia. Necessita de repetidas chamadas de atenção para se manter focado na tarefa que está a realizar.

**LIGEIRA:**

Tem dificuldade em recordar acontecimentos recentes e depende cada vez mais da realização de listas ou calendários. Necessita de lembranças ocasionais ou de reler para se conseguir lembrar das personagens de um filme ou livro. Ocasionalmente pode repetir a mesma coisa à mesma pessoa durante algumas semanas. Já não sabe se pagou ou não as contas.

Nota: exceto nas formas graves de PNC major, as memórias semântica, autobiográfica e implícita estão relativamente preservadas, quando comparadas com a memória recente.

**Exemplo de avaliações:**

**MEMÓRIA IMEDIATA**

Capacidade para repetir uma lista de palavras ou algarismos.

**MEMÓRIA RECENTE**

Avalia o processo de codificar nova informação.

Os aspetos da memória que podem ser testados incluem:

- Evocação espontânea: é pedido à pessoa que recorde o maior número possível de palavras, diagramas ou elementos de uma história;
- Evocação com pista: o examinador ajuda a pessoa a recordar fornecendo pistas semânticas (Ex: enumere todos os elementos da lista)
- Memória de reconhecimento: o examinador faz perguntas sobre assuntos específicos (Ex: a maçã fazia parte da lista?, ou aquela pessoa fazia parte da história?)

Outros aspetos da memória que podem ser avaliados incluem a memória semântica (para factos), a memória autobiográfica (memória para eventos pessoais ou pessoas) e a aprendizagem (aprendizagem não consciente de aptidões) implícita (processual).

Tabela 1 (continuação)  
*Domínios neurocognitivos*

<p style="text-align: center;"><b><u>Domínio:</u></b> Linguagem</p> <p style="text-align: center;">(linguagem expressiva [incluindo nomeação, encontrar palavras, fluência e gramática e sintaxe] e linguagem recetiva).</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Exemplos de sintomas ou de observações:</u></b></p> <p>MAJOR:</p> <p>Apresenta dificuldades significativas com a linguagem expressiva ou recetiva. Usa com frequência frases de aplicação geral (Ex: “essa coisa”, “tu sabes o que eu quero dizer”) e prefere os pronomes gerais aos nomes. Nos casos de défice cognitivo grave pode até não recordar os nomes de amigos próximos ou familiares. Ocorre utilização idiossincrática de palavras, erros gramaticais e espontaneidade do discurso menos produção do discurso. Ocorrem estereotípias do discurso; a ecolalia e o discurso automático, em geral, precedem o mutismo.</p> <p>LIGEIRA:</p> <p>Tem notável dificuldade em encontrar palavras. Pode substituir termos gerais por termos específicos. Pode evitar o uso de nomes específicos de desconhecidos. Os erros gramaticais envolvem omissões discretas ou o uso incorreto de artigos, preposições, verbos auxiliares, etc.</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Exemplo de avaliações:</u></b></p> <p>LINGUAGEM EXPRESSIVA</p> <p>Nomeação por confrontação (identificação de objetos ou de imagens); fluência (Ex: nomeie o maior número possível de palavras de uma categoria semântica [Ex: animais] ou fonética [palavras começadas por «F»] durante 1 minuto).</p> <p>GRAMÁTICA E SINTAXE</p> <p>(Ex: omissão ou utilização incorreta de artigos, preposições ou verbos auxiliares). Os erros verificados durante os testes de nomeação e de fluência são comparados com o padrão para avaliar a frequência dos erros e para os comparar com os lapsos de linguagem normais.</p> <p>LINGUAGEM RECETIVA</p> <p>Compreensão (definição de palavras e tarefas de escolha de objetos que envolvem estímulos animados ou inanimados): desempenho de ações/atividades de acordo com a ordem verbal.</p>
---

Tabela 1 (continuação)  
*Domínios neurocognitivos*

<p style="text-align: center;"><b><u>Domínio:</u></b> Percetivomotor</p> <p style="text-align: center;">(inclui as aptidões que estão nas designações: percepção visual, visuoespacial, visuoperceptiva, percetivomotor, praxia e gnosia).</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Exemplos de sintomas ou de observações:</u></b></p> <p>MAJOR:</p> <p>Apresenta maior dificuldade em atividades que lhe eram previamente familiares (Ex: utilização de ferramentas, condução de veículos motorizados, conduzir em locais familiares); está com frequência mais confuso ao anoitecer, quando as sombras e a menor quantidade de luz alteram as percepções.</p> <p>LIGEIRA:</p> <p>Podem necessitar de terceiros ou mapas para obter as direções. Utiliza notas e segue terceiros para chegar a um local novo. Pode perder-se ou mudar de direção quando não está concentrado na tarefa. É menos preciso no estacionamento do carro. Necessita de realizar um esforço maior em tarefas espaciais, tais como carpintaria, montagem, costura ou tricot.</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Exemplo de avaliações:</u></b></p> <p>PERCEÇÃO VISUAL</p> <p>Podem ser utilizados testes de secção de linhas para detetar defeitos visuais básicos ou falha de atenção. Tarefas percetivas sem necessidade de movimento (incluindo o reconhecimento facial) necessitam de identificação e/ou emparelhamento de figuras - melhor quando as tarefas não podem ser mediadas verbalmente (Ex: figuras não são objetos); alguns necessitam da decisão se uma figura pode ser ou não «real» com base na dimensão).</p> <p>VISUOCONSTRUTIVA</p> <p>Montagem de itens necessitando de coordenação mão-olho (Ex: desenhar, copiar ou montagem de blocos).</p> <p>PERCETIVOMOTORA</p> <p>Integração da percepção com movimentos intencionais (Ex: inserir blocos num tabuleiro de formas sem pistas visuais; inserir rapidamente pinos nos buracos do tabuleiro).</p> <p>PRAXIA</p> <p>Integridade dos movimentos aprendidos, tais como capacidade para imitar gestos (acenar para dizer adeus) ou pedir para simular o modo de utilização de objetos através da mímica gestual (Ex: utilização do martelo).</p> <p>GNOSIA</p> <p>Integridade percetiva da consciência e do reconhecimento, tais como o reconhecimento de caras e cores.</p>
--

Tabela 1 (continuação)  
*Domínios neurocognitivos*

<p style="text-align: center;"><b><u>Domínio:</u></b> Cognição social (reconhecimento de emoções, teoria da mente).</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Exemplos de sintomas ou de observações:</u></b></p> <p>MAJOR: Comportamento claramente fora dos limites socialmente aceitáveis; mostra falta de sensibilidade em relação às normas socialmente aceite e de modéstia no modo de vestir ou em temas de conversa sobre política, religião ou sexuais. Foca-se excessivamente num tema, apesar da falta de interesse ou reações diretas do grupo. Intenções comportamentais sem considerar a família ou os amigos. Toma decisões sem considerar a segurança (Ex: veste-se de forma não adequada à temperatura ou aos contextos sociais).</p> <p>LIGEIRA: Apresenta alterações subtis no comportamento ou na atitude, muitas vezes descritas como uma alteração na personalidade, tais como uma menor capacidade de identificar pistas sociais ou ler expressões faciais, redução da empatia, aumento da extroversão ou da introversão, redução da inibição ou apatia ou inquietação subtis ou episódicas.</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Exemplo de avaliações:</u></b></p> <p>RECONHECIMENTO DE EMOÇÕES Identificação de emoções em imagens ou faces representando uma variedade de emoções positivas e negativas</p> <p>TEORIA DA MENTE Capacidade para reconhecer o estado mental de outras pessoas – pensamentos desejos intenções; reconhecer emoções de outros em imagens (ex: explicar o porquê da tristeza de uma pessoa).</p>
---

Fonte: Adaptado de Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM-5 By American Psychiatric Association. 2014. Lisboa, Portugal. Climepsi Editores.

## Subtipos das PNC

Os subtipos das PNC major ou ligeira são (APA, 2014):

- PNC devida a doença de Alzheimer;
- PNC vascular;
- PNC com corpos de Lewy;
- PNC frontotemporal;
- PNC devida a lesão cerebral traumática;
- PNC devida a infeção por VIH;
- PNC induzida por substancia/medicamento;
- PNC devida a doença de Huntington;
- PNC devida a doença dos priões;
- PNC devida a outra condição médica;
- PNC devida a múltiplas etiologias; PNC não especificada.

## Prevalência e fatores de risco

Nos países de rendimentos elevados, a prevalência das PNC major varia entre 5% e 10% na sétima década de vida, subindo para pelo menos 25% a partir dessa idade (APA, 2014). Em Portugal, e partindo dos dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE) sobre a população residente em Portugal em 2011, o número estimado de pessoas com PNC acima dos 60 anos de idade será, aproximadamente, 156.546 casos, o que corresponde a 5,84% da população, sendo que a doença de Alzheimer será responsável por 50 a 70% de todos os casos.

A prevalência aumenta com a idade, dizendo-se, habitualmente, que duplica a cada cinco anos após a década dos 60, pelo que se torna fundamental perceber o modo como a genética se conjuga com o estilo de vida de modo a minimizar o risco de PNC ou diferir o seu início para idades mais tardias (Gonzaga et al., 2008).

Os mesmos autores referem a existência de fatores de risco modificáveis e não-modificáveis (Tabela 2).

Tabela 2  
*Fatores de Risco Vascular*

Fatores <u>não modificáveis</u>	Fatores <u>modificáveis</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O género feminino;</li> <li>• A idade;</li> <li>• A hereditariedade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensão arterial;</li> <li>• Obesidade;</li> <li>• Diabetes;</li> <li>• Doenças cardíacas;</li> <li>• Doenças cerebrovasculares;</li> <li>• Hiperlipemia.</li> </ul>

Para além destes fatores de risco vascular, os autores salientam, ainda, fatores psicossociais e de estilo de vida que integram a escolaridade, a rede de apoio social, atividades de lazer e o exercício físico.

### **PNC devida a Doença de Alzheimer**

A PNC devida a Doença de Alzheimer (DA) apresenta-se como a mais prevalente, sendo que o mais importante fator de risco é a idade.

Uma história familiar positiva também constitui um fator de risco. O fator de risco genético (de suscetibilidade) mais frequentemente identificado é o polimorfismo ApoE4, uma proteína transportadora do colesterol que, para além de aumentar o risco da doença antecipa a sua idade de início (Nassif, Hoppe, & Salbego, 2005).

Outros fatores de risco que têm sido associados à DA são o género (risco ligeiramente mais elevado para as mulheres mesmo quando se controla a sua longevidade); a educação/escolaridade (a importância da reserva cognitiva como fator protetor); o traumatismo cranioencefálico (TCE); a síndrome metabólica ou situações como a diabetes *mellitus* resistente à insulina, obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial e vida sedentária surgem, conjuntamente, como fatores de risco com alguma associação à DA (Santana & Duro, 2014; Vieira, 2014).

A progressão do défice cognitivo está relacionada com a progressão das lesões cerebrais subjacentes que vão provocar um défice na atividade colinérgica a nível do hipocampo e do neocórtex. O défice colinérgico é, presentemente, passível de compensação por

medicamentos específicos que constituem a base atual do tratamento sintomático das alterações cognitivas na demência. Contudo, os fármacos disponíveis não permitem retardar a perda neuronal, atuando apenas de modo sintomático através da intervenção a nível da neurotransmissão colinérgica (inibidores da acetilcolinesterase: donepezilo, rivastigmina, galantamina) ou glutamatérgica (antagonistas dos recetores NMDA: memantina), melhorando principalmente os sintomas cognitivos (Ferreira & Massano, 2013).

A PNC devida a DA tem uma progressão gradual, embora possam surgir períodos estacionários breves. O tempo que medeia o diagnóstico até à morte é de cerca de 10 anos, refletindo a idade avançada da maioria dos indivíduos e não apenas o curso da doença, todavia, alguns indivíduos vivem com a doença durante 20 anos (APA, 2014).

Na fase de PNC ligeira, a DA manifesta-se tipicamente com défice na memória e aprendizagem, por vezes acompanhada por défices nas funções executivas. Na fase PNC major, a capacidade visuoespacial/perceptivo-motora e a linguagem também apresentam défices, especialmente quando a PNC é moderada a grave. A cognição social tende a estar preservada até uma fase muito avançada da doença (APA, 2014). Nas fases iniciais, verifica-se uma dificuldade em recordar acontecimentos recentes, os nomes das pessoas e em encontrar as palavras, o vocabulário vai-se tornando progressivamente mais restrito. As alterações graduais verificadas nas atividades de vida diária vão, progressivamente, levar à perda de autonomia aos vários níveis. No processo evolutivo da doença surgem as alterações da linguagem, evidente na incapacidade de nomear objetos (anomia), executar movimentos aprendidos (apraxia) e no pensamento abstrato, que podem ser testadas por questões de semelhança e diferenças. Nos estádios mais avançados, a linguagem pode tornar-se incompreensível ou surgir o mutismo e a pessoa vai-se tornando cada vez mais dependente (Vieira, 2014).

As dificuldades motoras tornam-se comuns, com bradicinesia, rigidez e distúrbios da marcha que resultam, com alguma frequência em quedas, das quais podem resultar fraturas que, com frequência, redundam em perda total da capacidade de deambulação levando à dependência.

## **PNC vascular**

A PNC vascular surge como a segunda com maior prevalência, representando cerca de 20% a 30% dos casos de PNC (Vieira, 2014). Reúne um conjunto de situações clínicas secundárias a lesões hipóxico/isquémicas ou hemorrágicas do tecido cerebral. A etiologia vascular pode, pois, ir desde o acidente vascular cerebral num grande vaso até à doença microvascular e, em consequência desse facto, a apresentação clínica torna-se heterogénea, dependendo do tipo de lesão vascular, bem como da sua extensão e localização (APA, 2014).

No passado, a PNC vascular foi designada por Demência Senil e Demência aterosclerótica. Na Europa a prevalência é de 16/1000 na população acima dos 65 anos (Santana & Duro, 2014). A prevalência é superior no género masculino.

Para efetuar o diagnóstico é importante o estudo imagiológico, quer pela Tomografia Axial Computorizada (TAC) quer pela Ressonância Magnética (RM), que tem revelado maior sensibilidade para a identificação dos enfartes lacunares de substância branca, dos gânglios da base e do tronco cerebral. Poderão, ainda, como refere Vieira (2014), ser utilizados estudos funcionais, SPECT (*Single-photon emission computed tomography*) e PET, que permitem identificar áreas de hipoperfusão ou hipometabolismo.

A identificação e correção precoce dos fatores de risco vasculares, já descritos anteriormente, constituem as medidas preventivas mais importantes.

Os estudos neuropatológicos mostraram que, frequentemente, a patologia cerebrovascular interage com a doença neurodegenerativa, precipitando as manifestações clínicas dos défices cognitivos (Grinberg, Suemoto, Leite, Ferretti, & Farfel, 2012), isto é, a PNC major ou ligeira devida à DA coexiste frequentemente com a PNC vascular major ou ligeira.

É de salientar que cerca de 90% dos indivíduos com PNC sofrem de sintomas psicológicos e comportamentais ao longo do curso da doença, que são comuns a todos os subtipos e que representam a principal causa de institucionalização precoce (Firmino et al., 2014). Deste modo, pode ocorrer uma grande variedade de sintomas comportamentais que devem ser alvo de tratamento.

A perturbação do sono ocorre com frequência e pode incluir sintomas de insónia, hipersónia e alterações do ritmo circadiano.

A agitação, por sua vez, pode ocorrer numa grande variedade de PNC, particularmente na PNC major com gravidade moderada a grave. Surge com frequência no contexto de frustração ou confusão, podendo manifestar-se de diversas formas, como por exemplo, através de comportamentos de luta como forma de resistência aos cuidados de higiene ou outro tipo de cuidados. Caracteriza-se pela atividade disruptiva motora ou verbal e tende a ocorrer nas fases mais avançadas do défice cognitivo em todas as PNC.

Também a apatia é frequente sobretudo na PNC devida à DA (APA, 2014).

## **Medidas preventivas para as PNC devida à Doença de Alzheimer e PNC vascular**

De seguida irão ser abordadas as medidas preventivas para os subtipos de PNC descritas (devido a DA e vasculares) que, como foi mencionado, são as que apresentam maior

prevalência. Assim, e atendendo à sua patogenia multifatorial, as medidas poderão passar pelo controlo dos fatores de risco suscetíveis de ser modificados e que incluem a hipertensão arterial, a obesidade, diabetes, dislipidemia, alcoolismo e hábitos tabágicos.

Um outro aspeto importante a considerar diz respeito aos fatores protetores, entre eles salientam-se os seguintes:

- Reserva cognitiva (RC) - definida como a capacidade para melhorar a *performance* através da mobilização de recursos cerebrais alternativos e que correspondem a estratégias cognitivas mais eficientes e flexíveis. Estudos epidemiológicos indicam que níveis mais elevados de escolaridade, ocupação profissional ou lazer estão associados a uma maior capacidade dos sujeitos em suster o dano cerebral antes da expressão do défice (Stern, 2013), sendo que num estudo realizado por Reed et al. (2010) as atividades cognitivas durante a vida adulta revelaram-se como as melhores preditoras da RC. Deste modo, Sobral e Paúl (2015) propõem que se implementem mudanças nos estilos de vida, nomeadamente através da estimulação cognitiva ao longo da vida, com a manutenção de uma vida ativa, tanto do ponto de vista cognitivo como físico. Realçam, ainda, a necessidade de melhorar a escolaridade em Portugal e promover atividades de lazer na vida adulta (leitura, jogos, atividade física, passeios, socialização com os amigos, etc.).
- Dieta - é sabido que uma dieta rica em gordura aumenta o nível de colesterol e, conseqüentemente, o risco de doença cerebrovascular. Por outro lado, o consumo de alimentos ricos em ómega-3 tem sido apontado como importante na redução do risco de demência e, especialmente se for associado a uma ingestão elevada de vitamina D. Neste sentido, a dieta mediterrânea tem vindo a adquirir defensores, nomeadamente por ter sido associada a uma redução do risco de desenvolvimento de DCL num estudo realizado por Scarmeas et al. (2009).

O uso de suplementos de ómega-3 tem sido controverso, contudo, numa revisão Cochrane ficou indiciado o seu efeito protetor, principalmente quando a toma era iniciada precocemente (Sydenham, Dangour, & Lim, 2012).

Também os efeitos neuroprotetores da cafeína, administrada continuamente, têm sido demonstrados em diferentes modelos experimentais. Com base na possibilidade do consumo da cafeína ter efeitos protetores contra a neurodegeneração na DA, no estudo de Maia (2006) concluiu-se que um consumo de cafeína mais elevado está associado a uma significativa diminuição dos riscos para a DA.

- Atividade física - embora controverso, alguns estudos apontam para a melhoria da função cognitiva relacionada com o exercício físico. Numa revisão de 11 estudos, oito concluíram que se verificava uma melhoria da função cognitiva (Angevaren, Aufdemkampe, Verhaar, Aleman, & Vanhees, 2008).

O estudo realizado por Scarmeas et al. (2009) concluiu que o tipo de dieta mediterrânea associado à atividade física contribuía para reduzir o risco para a DA.

- Treino cognitivo - O treino cognitivo implica a prática repetida de exercícios cognitivos específicos, de competências básicas que são essenciais para o bom desempenho de funções cognitivas mais complexas (Gonzaga & Nunes, 2008). Este treino deve incidir em funções cognitivas particulares, tais como a memória, atenção, linguagem e funções executivas. A prática regular de tarefas envolvidas no treino cognitivo tem demonstrado eficácia em alguns estudos, verificando-se uma melhoria ou pelo menos a manutenção do funcionamento de um domínio específico, e que os efeitos desta prática podem ser generalizados a outros contextos que não o alvo de treino (Lima, 2006).

O treino cognitivo e de memória indica que o idoso saudável é capaz de aproximar o seu desempenho atual do seu desempenho máximo possível, revelando plasticidade cognitiva (Yassuda, Batistone, Fortes, & Neri, 2006).

## **Importância da avaliação neuropsicológica**

A avaliação neuropsicológica permite o estudo aprofundado de varias funções cognitivas, emocionais e comportamentais que se revelam essenciais no diagnóstico e tratamento das PNC (Maia, Correia, e Leite, 2009).

Os resultados da avaliação neuropsicológica devem ser considerados no contexto da idade, escolaridade, status socioeconómico e cultural da pessoa.

Sendo os testes neuropsicológicos ferramentas que permitem avaliar quantitativa e qualitativamente as funções cognitivas, intelectuais e comportamentais de um indivíduo, vão constituir ferramentas importantes para o diagnóstico precoce e preciso e, ainda, bases para uma intervenção numa fase inicial (se possível, numa fase pré-clínica). O interesse particular no conhecimento do perfil cognitivo na fase pré-clínica pode ser fundamental para o diagnóstico, para o prognóstico e para a tomada de decisões relativas às intervenções farmacológicas e não-farmacológicas (Guerreiro, 2010).

A utilização de instrumentos de avaliação é fundamental mas, como adverte Sequeira (2010), não substitui a realização de uma entrevista para recolher dados específicos de cada caso, essenciais para o planeamento das intervenções e para a continuidade dos cuidados. Torna-se, pois, crucial a elaboração da história clínica que deve ser fornecida por uma pessoa que conheça bem o doente e relate:

- Primeiros sintomas;
- Modo de instalação e características da evolução;

- Modificações nas Atividades de Vida Diária (AVD) (tarefas que consegue realizar e as que já não realiza adequadamente);
- Informações sobre o humor, o comportamento em geral e presença de sintomas psicopatológicos (delírios, alucinações, agitação, apatia, ...).

A história clínica deve incluir, sempre que possível, as informações do próprio indivíduo, na medida em que a análise da discrepância entre as informações do doente e dos familiares/pessoa de referência pode constituir, por si só, um importante contributo. Também as informações sobre a história clínica passada e sobre a história familiar são fundamentais.

Uma avaliação mais integrativa é realizada com recurso a instrumentos de rastreio cognitivo breve, baterias neuropsicológicas, compostas por testes dirigidos a diversas funções cognitivas, escalas de avaliação do humor e escalas funcionais de avaliação de atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Os instrumentos de avaliação poderão revelar uma importância primordial para avaliar o nível de progressão da doença, para atestar possíveis benefícios das intervenções farmacológicas ou não-farmacológicas e, ainda, para confirmação do diagnóstico (Guerreiro, 2010).

Na avaliação torna-se fundamental integrar os aspetos dos vários domínios neurocognitivos, tal como foi referido anteriormente na Tabela 1.

## **Tratamento**

Com o envelhecimento da população, o aumento da esperança média de vida e o facto da incidência das PNC aumentar exponencialmente com a idade, prevê-se que o impacto socioeconómico provocado por estas doenças constitua um dos maiores desafios da sociedade europeia. Deste modo, o rastreio e o diagnóstico precoce constituem passos cruciais para que as PNC sejam atempadamente diagnosticadas, contribuindo para o abrandamento da evolução da doença e o adiamento dos sintomas mais severos nos doentes (Parlamento Europeu, 2010; World Health Organization, 2012).

O desenho do programa de intervenção, que poderá incluir a vertente farmacológica e não-farmacológica (Figura 1) deverá ser explicado ao doente e aos familiares.

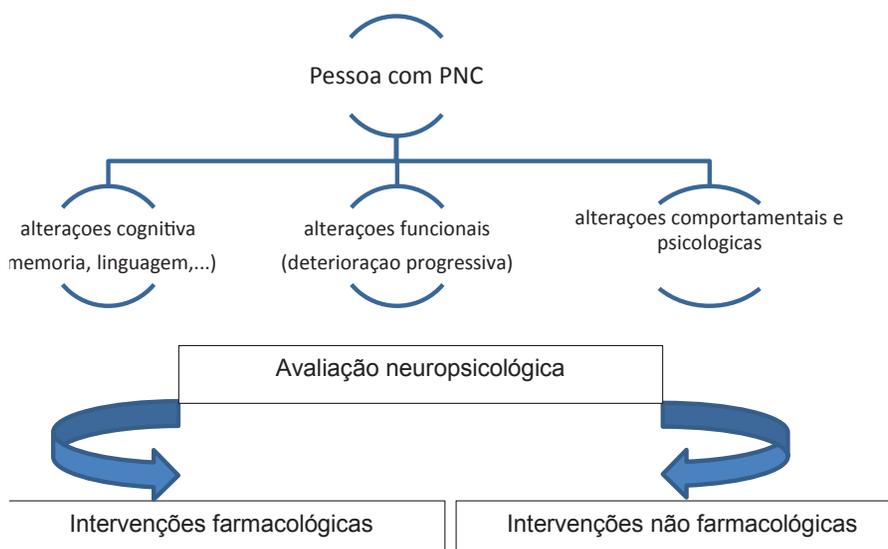


Figura 1. Intervenção na Pessoa com Perturbação Neurocognitiva

No âmbito das intervenções farmacológicas na PNC devida a DA, e como foi referido anteriormente, foram demonstrados benefícios dos inibidores da acetilcolinesterase (donepezilo, galantamina e rivastigmina; Ihl, Frölich, Winblad, Schneider, Burns, & Möller, 2011; O'Brien e Burns, 2011) e do modulador dos antagonistas do recetor N-metil-D-aspartato (MMDA) para o glutamato, Memantina (Thomas e Grossberg, 2009), nos sintomas cognitivos e não-cognitivos da doença.

Na demência vascular, é recomendado o tratamento das condições médicas subjacentes, como hipertensão arterial, diabetes e doença cardíaca, na expectativa que assim se possa reduzir o risco de novas lesões cerebrais e consequente deterioração cognitiva (Gorelick et al., 2011).

De acordo com a norma 052/2011 da Direção Geral da Saúde, que versa a abordagem terapêutica das alterações cognitivas, apenas se deve recorrer a medicamentos para o controlo das alterações comportamentais e psicológicas da demência quando a eliminação de possíveis fatores causais ou as intervenções psicossociais não forem eficazes, salvo se se tratar de uma situação de urgência, como em casos de agressividade grave, em que o tratamento farmacológico será prioritário (Direção Geral da Saúde, 2011).

Deste modo, e em alternativa às intervenções farmacológicas, as terapias não-farmacológicas advêm, pois, da necessidade de controlar os sintomas neuropsiquiátricos que surgem

com frequência nas PNC e que integram as perturbações do pensamento, da percepção, do humor ou do comportamento. Estas alterações comportamentais e psicológicas que se podem manifestar pela agressividade, agitação, sintomas depressivos, delírios e alucinações, desinibição sexual, apatia ou vocabulário inapropriado aumentam severamente o sofrimento das pessoas com PNC e dos seus familiares e cuidadores e, com frequência, conduzem à decisão pela institucionalização, como foi anteriormente mencionado.

De acordo com Sequeira (2010), dentro das intervenções não-farmacológicas, as técnicas utilizadas englobam uma série de modalidades de intervenção psicoterapêutica (estimulação cognitiva, orientação para a realidade, terapia por reminiscência, terapia de validação, musicoterapia, etc.).

O mesmo autor salienta a importância da avaliação neuropsicológica exaustiva de modo a identificar os défices e as funções que podem ser estimuladas com recurso a intervenções mais direcionadas para os aspetos relacionais/emocionais ou para a estimulação cognitiva.

Atendendo à complexidade do percurso do adoecer e de todo o processo que envolve as pessoas mais velhas com perturbações neurocognitivas, a intervenção neste grupo etário deverá ser multifacetada, integrando os vários quadros de referência profissional. Os enfermeiros inserem-se num contexto de atuação multidisciplinar e, no âmbito das suas intervenções autónomas e interdependentes, projetam a sua atividade com o objetivo primordial de contribuir para a promoção da saúde e da autonomia, a adaptação aos défices e apoio à família.

Como refere Sequeira (2014), quando uma pessoa se encontra vulnerável, especificamente com problemas de saúde mental, como é o caso das PNC, espera-se que os enfermeiros, enquanto membros de uma equipa de cuidados, sejam capazes de avaliar corretamente a situação, identificar clara e objetivamente o seu problema e implementar as intervenções mais adequadas, isto é, aquelas que revelam maior evidência científica.

No âmbito do apoio à família, é importante equacionar o impacto do diagnóstico, que pode assumir uma dimensão altamente perturbadora. De um modo geral, as pessoas não estão preparadas para lidar com a responsabilidade e a sobrecarga, não possuem conhecimentos sobre a doença, de como agir e como entender a pessoa doente, sendo ainda de considerar os próprios sentimentos dos familiares.

No Relatório sobre a iniciativa europeia em matéria de Doença de Alzheimer e outras formas de demência (Parlamento Europeu, 2010), considera-se que é importante uma maior sensibilização dos profissionais de saúde que devem habilitar os seus concidadãos a reconhecer os primeiros sinais da doença, para a instituição de um diagnóstico precoce que abra caminho a uma intervenção terapêutica adequada capaz de abrandar a evolução da doença e adiar a sua fase mais incapacitante.

## NOTA FINAL

Portugal é um dos países mais envelhecidos da Europa. A rápida alteração demográfica ocorrida no último século resultou na inversão das pirâmides etárias, o que espelha inequivocamente o envelhecimento da população.

O aumento da esperança média de vida, em resultado do avanço técnico-científico, do crescimento económico e de políticas mais adequadas, permitiram dar mais anos à vida, contudo há cada vez mais pessoas a sofrer até ao final das suas vidas em consequência das doenças crónicas, nas quais se incluem as PNC. Assim, as situações económicas e sociais fazem com que cada pessoa e a respetiva família sofram o processo de doença de forma diferenciada. Neste âmbito, realça-se a necessidade de um acréscimo da literacia em saúde por parte das populações e dos técnicos. Este aspeto revela-se essencial na medida em que, em Portugal, bem como noutros países europeus, a maioria dos prestadores de cuidados informais na demência são os familiares da pessoa doente.

Perante uma população envelhecida com baixos níveis de escolaridade, baixos índices de literacia em saúde, a viver numa situação grave de crise socioeconómica, Portugal debate-se com questões importantes se o foco de atenção se direcionar para a qualidade de vida que se pretende para as pessoas com PNC e os seus familiares. Assim, tendo como finalidade máxima a promoção de bem-estar, a abordagem terapêutica adequada implica uma intervenção multidisciplinar. Deste modo, as intervenções não-farmacológicas devem maximizar o funcionamento cognitivo e funcional da pessoa com PNC, auxiliando-a no seu processo de adaptação aos défices, estimulando as suas capacidades e, consequentemente promover a dignidade.

Neste sentido, os enfermeiros, desempenham um papel imprescindível na promoção da saúde, promovendo os processos de readaptação e satisfação das necessidades humanas fundamentais com vista à manutenção de um funcionamento pessoal satisfatório.

Ainda no âmbito das intervenções não-farmacológicas, é importante reforçar o valor das atividades de intervenção psicoterapêutica, das quais se destacam a estimulação cognitiva, a orientação para a realidade, a terapia de reminiscência, a terapia de validação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: DSM 5* (5ª ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi.

- Angevaren, M., Aufdemkampe, G., Verhaar, H. J., Aleman, A., & Vanhees, L. (2008). Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16(2). doi: 10.1002/14651858.CD005381
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Abordagem terapêutica das alterações cognitivas* (Norma 052/2011). Lisboa, Portugal: Autor.
- Doraiswamy, P. M., Sperling, R. A., Coleman, R. E., Johnson, K. A., Reiman, E. M., Davis, M. D., ... & Williamson, J. D. (2012). Amyloid- $\beta$  assessed by florbetapir F 18 PET and 18-month cognitive decline: A multicenter study. *Neurology*, 79(16), 1636-1644. doi: 10.1212/WNL.0b013e3182661f74
- European Commission. (2013). *European social statistics*. Recuperado de <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3930297/.../KS-FP-13-001-EN.PDF/>
- European Union, Eurostat. (2014). *Eurostat regional yearbook 2014*. Recuperado de <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5785629/KS-HA-14-001-EN.PDF/e3ae3b5c-b104-47e9-ab80-36447537ea64>
- Ferreira, A. (2014). Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In M. T. Verissimo (Ed.), *Geriatrica fundamental: Saber e praticar* (pp. 59-64). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Ferreira, S., & Massano, J. (2013). Terapêutica farmacológica na doença de Alzheimer: Progressos e esperanças futuras. *Arquivos de Medicina*, 27(2), 65-86.
- Firmino, H., Nogueira, V., Neves, S., & Lagarto, L. (2014). Psicopatologia das pessoas mais velhas. In M. T. Verissimo (Ed.), *Geriatrica fundamental: Saber e praticar* (pp. 143-157). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Gonzaga, L., & Nunes, B. (2008). Reabilitação da memória após lesão cerebral. In B. Nunes (Coord.), *Memória funcionamento perturbações e treino* (pp. 289-308). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Gonzaga, L., Pais, J., & Nunes, B. (2008). *Demências e memória*. In B. Nunes (Coord.), *Memória funcionamento perturbações e treino* (pp. 225-255). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Gorelick, P. B., Scuteri, A., Black, S. E., DeCarli, C., Greenberg, S. M., Iadecola, C., ... & Seshadri, S. (2011). Vascular contributions to cognitive impairment and dementia a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 42(9), 2672-2713. doi: 10.1161/STR.0b013e3182299496
- Grinberg, L., Suemoto, C., Leite, R., Ferretti, R., & Farfel (2012). Neuropatologia da doença de Alzheimer. In L. Caixeta (Ed.), *Doença de Alzheimer* (pp 215-226). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Guerreiro, M. (2010). Testes de rastreio de defeito cognitivo e demência: Uma perspectiva prática. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 26(1), 46-53.
- Ihl, R., Frölich, L., Winblad, B., Schneider, L., Burns, A., & Möller, H. J. (2011). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP): Guidelines for the biological treatment of Alzheimer's disease and other dementias. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 12(1), 2-32. doi: 10.3109/15622975.2010.538083

- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011: Resultados definitivos: Portugal*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Lima, J. S. (2006). Envelhecimento, demência e doença de Alzheimer: O que a psicologia tem a ver com isso? *Revista de Ciências Humanas*, 40, 469-489.
- Lopez, O. L. (2013). Mild cognitive impairment. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 19(2), 411-424. doi: 10.1212/01.CON.0000429175.29601.97
- Maia, L. A. (2006). *Benefícios da cafeína na demência de Alzheimer*. Viseu, Portugal: Psico & Soma.
- Maia, L., Correia, C., & Leite, R. (2009). *Avaliação e intervenção neuropsicológica: Estudos de caso e instrumentos*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Nassif, M. C., Hoppe, J., & Salbego, C. G. (2005). Colesterol, apoeε4 e estatinas: Implicações na doença de alzheimer. *Infarma-Ciências Farmacêuticas*, 17(5/6), 46-49. doi: 10.14450/2318-9312.v17.e5/6.a2005.pp46-49
- O'Brien, J. T., & Burns, A. (2011). Clinical practice with anti-dementia drugs: A revised (second) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 25(8), 997-1019. doi: 10.1177/0269881110387547
- Parlamento Europeu. (2010). *Relatório sobre a iniciativa europeia em material da doença de Alzheimer e outras formas de demência*. Bruxelas, Bélgica: Autor.
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, 56(3), 303-308. doi: 10.1001/archneur.56.3.303
- Petersen, R. C., Stevens, J. C., Ganguli, M., Tangalos, E. G., Cummings, J. L., & DeKosky, S. T. (2001). Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 56(9), 1133-1142. doi: 10.1212/WNL.56.9.1133
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*, 9(1), 63-75. doi: 10.1016/j.jalz.2012.11.007
- Reed, B. R., Mungas, D., Farias, S. T., Harvey, D., Beckett, L., Widaman, K., ... & DeCarli, C. (2010). Measuring cognitive reserve based on the decomposition of episodic memory variance. *Brain*, 133(Pt 8), 2196-2209. doi: 10.1093/brain/awq154
- Santana, I., & Duro, D. (2014). Envelhecimento cerebral e demência. In M. T. Verissimo (Ed.), *Geriatría fundamental: Saber e praticar* (pp. 159-178). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Scarmeas, N., Luchsinger, J. A., Schupf, N., Brickman, A. M., Cosentino, S., Tang, M. X., & Stern, Y. (2009). Physical activity, diet, and risk of Alzheimer disease. *Jama*, 302(6), 627-637. doi: 10.1001/jama.2009.1144
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Sequeira, C. (2014). Prescrição de cuidados de enfermagem de saúde mental: Um recurso a potenciar [Editorial]. *Revista Presencia*, 10(19). Recuperado de <http://www.index-f.com/presencia/n19/p10053.php>

- Sobral, M., & Paúl, C. (2015). Reserva cognitiva, envelhecimento e demências. *Revista E-Psi*, 5(1), 113-134.
- Stern, Y. (2013). Cognitive reserve: Implications for assessment and intervention. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 65(2), 49-54. doi: 10.1159/000353443
- Sydenham, E., Dangour, A. D., & Lim, W. S. (2012). Omega 3 fatty acid for the prevention of cognitive decline and dementia. *Sao Paulo Medical Journal*, 130(6), 419.
- Thomas, S. J., & Grossberg, G. T. (2009). Memantine: A review of studies into its safety and efficacy in treating Alzheimer's disease and other dementias. *Clinical Interventions in Aging*, 4, 367-377. doi: 10.2147/CIA.S6666
- Vieira, C. R. (2014). Demências. In M. J. Figueira, D. Sampaio & P. Afonso (Eds.), *Manual de psiquiatria clínica* (pp. 213-237). Lisboa, Portugal: Lidel.
- World Health Organization. (2012). *Dementia: A public health priority*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1)
- Yassuda, M. S., Batistoni, S. S., Fortes, A. G., & Neri, A. L. (2006). Treino de memória no idoso saudável: Benefícios e mecanismos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 470-481. doi: 10.1590/S0102-79722006000300016



*Referência*  
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

Revista científica indexada de divulgação internacional editada pela  
Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

Revista indexada no SciELO Citation Index, Web of Science, Thomson Reuters



HEALTH SCIENCES  
RESEARCH UNIT  
**UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ENFERMAGEM**



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**



**UNIÃO EUROPEIA**  
Fundo Europeu  
de Desenvolvimento Regional

**FCT**

Fundação para a Ciência e a Tecnologia  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA