



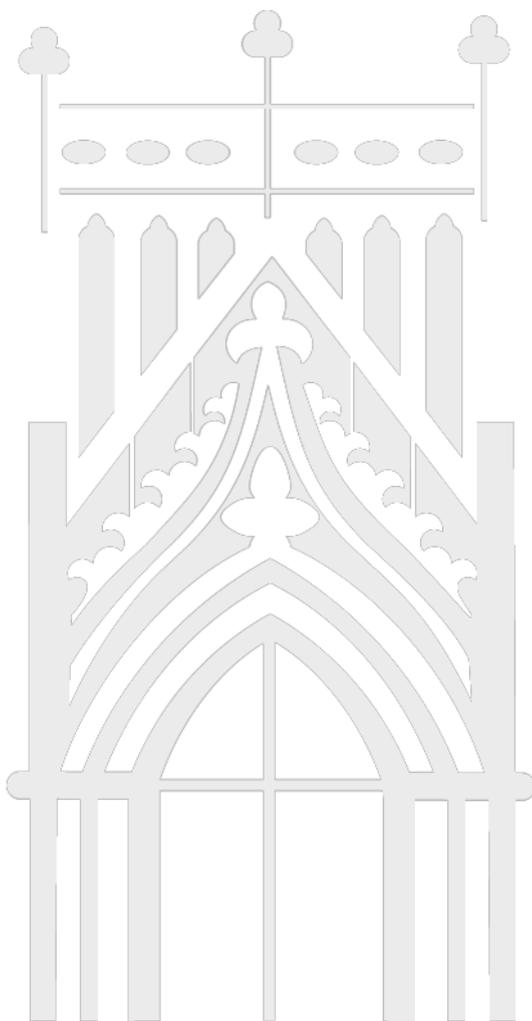
**IPG** Politécnico  
|da|Guarda  
Polytechnic  
of Guarda

## Mestrado em Enfermagem Comunitária

Dificuldades dos Cuidadores Formais  
de idosos institucionalizados.

Sónia Andreia dos Santos Pereira

julho | 2013



Escola Superior  
de Saúde



I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

# **Dificuldades dos Cuidadores Formais De Idosos Institucionalizados**

Sónia Andreia dos Santos Pereira

Guarda

2013



I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

# **Dificuldades dos Cuidadores Formais De Idosos Institucionalizados**

Trabalho apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda no  
âmbito da Unidade Curricular Relatório

**Autor**

Sónia Andreia dos Santos Pereira

**Orientador**

Professora Adjunta Agostinha Esteves Melo Corte

**Coorientador**

Professora Adjunta Doutora Ermelinda Maria Bernardo Gonçalves Marques

Guarda

2013

*“Tudo vale a pena quando a alma não é pequena.”*

Fernando Pessoa

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Adjunta Agostinha Esteves Melo Corte, orientadora desta investigação, pela orientação através das suas análises e conhecimentos que permitiram a realização objetiva do trabalho, mas também pela disponibilidade, compreensão e amizade.

À Professora Adjunta Doutora Ermelinda Maria Bernardo Gonçalves Marques, coorientadora desta investigação, cuja colaboração foi um contributo muito importante para o desenvolvimento do trabalho.

A todos os cuidadores formais que participaram no estudo, cuja colaboração tornou o estudo exequível.

À minha família, por todo o apoio prestado, pois sem eles não seria possível atingir esta meta.

A todos que, anonimamente, estiveram presentes e de alguma forma foram imprescindíveis na concretização desta investigação.

## ÍNDICE DE FIGURAS

**Folha**

Figura 1: Distribuição percentual da oferta de serviços e da população - alvo ( $\geq 65$ anos) por distrito - 2010 .....	38
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

**Folha**

Gráfico 1. Evolução da taxa de utilização das respostas sociais para as pessoas idosas (1998-2010) .....	37
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## ÍNDICE DE QUADROS

### Folha

Quadro 1 - Evolução da Resposta Social – Lar de Idosos nos 18 distritos de Portugal continental de 2000 a 2011 .....	36
Quadro 2 - Consistência interna da escala de ansiedade de Zung .....	55
Quadro 3 - Distribuição dos Cuidadores Formais segundo as características sociodemográficas .....	59
Quadro 4 - Distribuição dos Cuidadores Formais segundo as características profissionais.....	60
Quadro 5 - Distribuição dos Cuidadores Formais segundo os estilos de vida e situação de saúde .....	62
Quadro 6 - Distribuição dos Cuidadores Formais segundo o contexto da prestação de cuidados.....	63
Quadro 7 - Distribuição dos Cuidadores Formais segundo o cansaço físico e psicológico na prestação de cuidados a idosos institucionalizados.....	64
Quadro 8 - Distribuição dos Cuidadores Formais de acordo com os resultados da avaliação da ansiedade.....	66
Quadro 9 - Distribuição dos Cuidadores Formais segundo as dificuldades na prestação de cuidados a idosos institucionalizados .....	68
Quadro 10 - Resultados da comparação das dificuldades dos Cuidadores Formais em função do facto do cuidador sofrer de alguma doença, ter recorrido ao médico nos últimos seis meses e tomar tranquilizantes ou antidepressivos .....	69
Quadro 11 - Resultados da correlação das dificuldades dos Cuidadores Formais com o cansaço físico e psicológico e com a ansiedade .....	70

## RESUMO

Título: *Dificuldades dos Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados*

O aumento progressivo da população idosa coloca novos desafios às instituições de terceira idade e aos cuidadores formais. Tais factos estiveram subjacentes ao objeto de estudo deste trabalho.

Este estudo visa conhecer as dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados, bem como identificar e analisar os fatores que influenciam essas dificuldades.

A amostra da presente investigação é composta por 40 cuidadores formais de idosos institucionalizados de três Instituições Particulares de Solidariedade Social do Distrito da Guarda. A mesma foi selecionada por conveniência através do critério de acessibilidade e proximidade com as instituições.

Realizou-se um estudo de natureza quantitativa, descritivo correlacional e transversal.

Para a recolha de dados foi utilizado um Formulário elaborado especificamente para o estudo, de forma a permitir um melhor conhecimento sobre as dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados onde se inclui a escala de autoavaliação de ansiedade de Zung.

Como resultados principais salienta-se que os cuidadores formais de idosos institucionalizados apresentam maiores dificuldades na prestação de cuidados ao nível da deambulação/mobilização, da alimentação, da higiene, da comunicação e das alterações emocionais.

Foram identificados e analisados os fatores que influenciam as dificuldades apresentadas pelos cuidadores formais, concluindo-se que os cuidadores que sofrem de alguma doença, que recorreram ao médico nos últimos seis meses e que tomam medicação tranquilizante ou antidepressiva evidenciam maiores dificuldades na prestação dos cuidados ao idoso institucionalizado. Constatou-se ainda que, quanto maior for o cansaço físico e psicológico e quanto maiores forem os níveis de ansiedade do cuidador, mais dificuldades estes apresentam na prestação de cuidados aos idosos.

Os resultados obtidos sugerem a necessidade de desenvolver programas de formação direcionados às cuidadoras formais, de modo a adquirirem competências perante as dificuldades encontradas no estudo, mas também mediar estratégias de coping, contribuindo desta forma para a diminuição da sua ansiedade e, conseqüente melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos idosos institucionalizados.

**Palavras-chave:** Idosos; Institucionalização; Dificuldades dos Cuidadores Formais.

## ABSTRACT

Title: Difficulties of Formal Caring People of Institutionalized Elderly

The progressive increasing of elder people puts new challenges to institutions for the eldest and their formal caring people. These are the subjacent facts that led to this study.

So, the main target is to find the difficulties of taking care of the eldest as well as to identify and analyse the factors which can influence those difficulties.

The sample of this investigation is composed by forty formal caring people of institutionalized old people of three Particular Institutions of Social Solidarity in the district of Guarda. They were chosen by criteria of convenience of accessibility and proximity.

It was made a study of quantitative nature and a correctional transversal descriptive.

It was used a formulary specifically made for the present study to get a better knowledge of the difficulties of formal caring people which includes a scale of self-evaluation of Zung anxiety.

The main results are settled on the major difficulties found at the level of mobility, feeding, hygiene, communication and emotional changes.

They were identified and analysed the factors which influence the difficulties found. So, caring people who suffer from any illness, who visited their doctors during the last six months or take anti-depressant medication feel more difficulties when taking care of institutionalized old people. The more the physical and psychological tiredness and the higher levels of anxiety are, the more difficulties they have.

The results suggest the need of developing programmes of formation directed to formal caring people so that they can get new competences when facing the difficulties found in the study as well as find new strategies of coping.

It will be possible then to diminish the anxiety and consequently to improve the quality of caring institutionalized old people.

**Key words:** Old people/elderly; Institutionalization; Difficulties of Formal Caring People.

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>13</b>
<b>1- PROCESSO DE ENVELHECIMENTO</b> .....	<b>14</b>
1.1. ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO.....	17
1.2. ENVELHECIMENTO PSICOLÓGICO .....	19
1.3. ENVELHECIMENTO SOCIAL .....	20
1.4. O NOVO PARADIGMA DO ENVELHECIMENTO: ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO .....	22
<b>2- O IDOSO E A INSTITUCIONALIZAÇÃO</b> .....	<b>24</b>
2.1- O IDOSO DEPENDENTE.....	24
2.2 – A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO .....	29
2.3- SERVIÇOS DE APOIO AO IDOSO .....	33
<b>3- CUIDAR: O ENCONTRO COM O OUTRO</b> .....	<b>39</b>
3.1 – O CUIDADOR FORMAL .....	41
<b>PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	<b>45</b>
<b>1 – METODOLOGIA</b> .....	<b>46</b>
1.1 - DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	46
1.2 - TIPO DE INVESTIGAÇÃO .....	47
1.3 - DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS .....	48
1.4 - VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO.....	48
1.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	50
1.6 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	52
1.7 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS PARA RECOLHA DE DADOS.....	55
1.8 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS .....	56
<b>2 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS/RESULTADOS</b> .....	<b>57</b>
<b>CONCLUSÕES/SUGESTÕES</b> .....	<b>71</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>75</b>

**APÊNDICES**

APÊNDICE 1- Instrumento de Colheita de Dados ..... 83  
APÊNDICE 2 – Consentimento Informado ..... 90  
APÊNDICE 3 - Requerimento para aplicação do Instrumento de Colheita de Dados..... 92

**ANEXOS**

ANEXO I- Autorizações para aplicação do Instrumento de Colheita de Dados..... 97

## **INTRODUÇÃO**

A nova realidade demográfica do país apresenta um Portugal envelhecido. As novas alterações na estrutura familiar, em que grande parte das famílias, devido aos mais variados aspetos, transferem o cuidado do idoso para Instituições Sociais ao serviço da população idosa, é uma realidade que leva à necessidade cada vez maior de apostar em profissionais com uma formação pessoal e profissional que propicie às pessoas idosas qualidade de vida, assim como o bem-estar da população com a qual diariamente trabalham. Neste âmbito, o presente trabalho centra-se nas dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados.

A motivação para o presente trabalho, justifica-se pelo facto de grande parte das investigações se focalizarem no cuidador informal de idosos, havendo, assim, uma escassez em estudos que incidam no cuidador formal e em especial nas dificuldades com que os mesmos se deparam na tarefa de cuidar.

A temática relacionada com os problemas do envelhecimento tem vindo a despertar um grande interesse nas sociedades. O aumento do número de idosos reflete o consequente aumento da esperança de vida da população e gera a necessidade de compreender as repercussões a nível social, económico e da saúde em especial. A esperança de vida associa-se às questões relacionadas com a necessidade de apoios de vária ordem e à prestação de cuidados próprios em situações de mobilidade inerentes a esta fase da vida.

Em geral, o idoso perde a potencialidade para a realização das suas atividades, principalmente a ocupação diária, e devido às condições sociais, nomeadamente a falta de apoio da família, muitos idosos são colocados em instituições (Lobo e Pereira, 2007).

Azeredo e Matos (2003; cit. por Lobo e Pereira, 2007), concluíram que quando os idosos perdem a sua autonomia são muitas vezes levados para instituições que cuidam deles, devido à sua dependência.

Segundo Amaral e Vicente (2000; cit. por Imaginário, 2008), o conceito de dependência consiste em a pessoa que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual tem necessidade de uma ajuda importante a fim de realizar necessidades específicas resultantes da realização das atividades de vida diária.

Neste sentido, a dependência nos idosos surge face aos obstáculos que impossibilitam a satisfação das necessidades, mas também a ausência de apoio familiar, o isolamento, a solidão e inatividade proveniente da reforma. Estes e outros fatores vão conduzir conseqüentemente a uma posterior institucionalização tornando-se necessário conhecer o

contexto da prestação de cuidados aos idosos. Neste sentido, surge a seguinte questão de investigação: “Quais as dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados?”.

Com esta investigação pretende-se descobrir as respostas para os problemas mediante o emprego de procedimentos científicos. Este estudo em particular tem como objetivos:

- Conhecer as dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados;
- Identificar e analisar os fatores que influenciam essas dificuldades;
- Propor medidas de intervenção perante a percepção das dificuldades dos cuidadores formais.

Para se conseguir alcançar os objetivos suprarreferidos, recorreu-se, como instrumento de recolha de dados, à aplicação de um formulário aos cuidadores formais das referidas instituições, para, posteriormente, com esses dados proceder-se ao tratamento, análise e discussão dos resultados obtidos.

Desta forma, o estudo de investigação será do tipo descritivo correlacional e transversal.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes, nomeadamente: a fundamentação teórica (parte I), o estudo empírico (parte II).

Assim, na primeira parte aborda-se o processo de envelhecimento, tendo em conta o envelhecimento biológico, psicológico e social. Tem lugar também o novo paradigma do envelhecimento, ou seja, a noção de envelhecimento bem-sucedido. Segue-se uma abordagem ao idoso dependente, ao processo de institucionalização, referenciando-se os serviços de apoio ao idoso, o cuidar e o cuidador formal.

Na segunda parte do trabalho procede-se à conceptualização do estudo empírico, apresentando-se a metodologia onde se aborda o tipo de estudo, a definição do problema, dos objetivos, as variáveis e sua operacionalização, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados e o tratamento estatístico. No segundo capítulo abordar-se-á a análise, a interpretação e a discussão dos dados, e, por fim, as principais conclusões / sugestões.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **1- PROCESSO DE ENVELHECIMENTO**

O envelhecimento, na sociedade atual, é uma realidade inevitável, condicionado por uma maior longevidade.

É prática comum considerar as pessoas idosas como os homens e as mulheres com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos, sendo a idade da reforma uma referência para a velhice, embora podendo ser variável, em função da profissão, país, sistema social ou cultura (Spar e La Rue, 2005). Para Paúl (2005), os sessenta e cinco anos deixaram de constituir um indicador rigoroso para o início da velhice, privilegiando a existência de múltiplas idades passíveis de transição entre a idade adulta e a velhice.

A partir da segunda metade do século XX, conforme refere Oliveira (2010), emergiu um novo fenómeno nas sociedades desenvolvidas, denominado de envelhecimento demográfico.

Branco e Gonçalves (2000; cit. por Vaz, 2009) definem o envelhecimento demográfico pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem e/ou em detrimento da população em idade ativa. O fenómeno do envelhecimento resulta da transição demográfica, normalmente definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução de efetivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimo de efetivos populacionais idosos.

Um importante aspeto do envelhecimento demográfico diz respeito ao progressivo aumento dos efetivos em idades mais avançadas, onde se encontra o maior número de idosos dependentes, em relação ao total de idosos. Este fenómeno é observável principalmente nos países onde a esperança de vida é mais elevada.

Não se pode dizer que estamos perante uma calamidade imediata, mas ao adotarmos medidas par reduzir os riscos da degradação social e da saudável convivência entre gerações. Uma das medidas possíveis é o retardar da idade da reforma, medida que já foi implementada em Portugal.

Portugal, de acordo com os Censos 2011, apresenta um quadro de envelhecimento demográfico bastante acentuado, com uma população idosa (pessoas com 65 e mais anos) de 19,15%, uma população jovem (pessoas com 14 e menos anos) de 14,89% e uma esperança média de vida à nascença de 79,2 anos. O índice de longevidade de 79,20 (80,57 para as

mulheres e 74,0 para os homens. Notória é, também, a presença maioritária de mulheres (58%) no grupo etário dos 65 e mais anos, em relação à dos homens do mesmo grupo (42%), sinal da “feminização” do envelhecimento, que se observa na sociedade portuguesa desde 1900.

No Distrito da guarda, os idosos são mais do dobro dos jovens (25% da população tem 65 ou mais anos, enquanto que apenas 11% têm menos de 15 anos), o que se traduz num índice de envelhecimento de 222 idosos por cada 100 jovens. O município da Guarda é o menos envelhecido do distrito, com 147 idosos por cada 100 jovens (Gomes e Almeida, 2010).

O envelhecimento deve ser pensado numa perspetiva positiva, centrado nas características da pessoa que envelhece e nas medidas preventivas de controlo e redução das perdas, e não apenas nos efeitos negativos da velhice (Paúl, 2005).

Envelhecer, segundo Ermida (1999; cit. por Cabete, 2005), é um processo de diminuição orgânica e funcional não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo. Não sendo uma doença, o envelhecimento pode ser agravado por uma situação patológica.

O envelhecimento é um processo ao qual estão sujeitos todos os seres vivos. Berger e Mailloux-Poirier (1995; cit. por Cabete, 2005) salientam várias teorias para explicar este fenómeno:

- Teoria imunitária: o sistema imunitário poderá deixar de reconhecer as células do próprio organismo, gerando anticorpos contra si próprio; é chamada a teoria do relógio biológico interno que determinaria a caducidade do sistema;
- Teoria genética: o envelhecimento é uma etapa do desenvolvimento, geneticamente programado;
- Teoria do erro na síntese proteica: erros na síntese proteica podem conduzir à existência de moléculas de ADN incompetentes para desempenhar o seu papel e deixam de funcionar;
- Teoria do desgaste: o organismo comporta-se como uma máquina onde componentes se deterioram com o uso traduzindo-se em deficits de funcionamento e bloqueio;
- Teoria dos Radicais Livres: há envelhecimento celular em que os radicais livres de oxigénio sobre a célula originam deficiências ao nível do ADN;
- Teoria Neuro- endócrina: o sistema endócrino está programado para desenvolver hormonas que têm efeitos de envelhecimento no sistema neurológico.

No mesmo seguimento, Oliveira (2010) refere-se a um processo que devido ao avançar da idade, atinge toda a pessoa, bio-psico-socialmente, considerada, isto é, todas as modificações morfo-fisiológicas e psicológicas como repercussões sociais, como consequência do desgaste do tempo.

É importante distinguir entre o que é consequência do processo de envelhecimento e aquilo que é causado por processos patológicos, habituais nestas idades distinguindo-se assim padrões de envelhecimento. Pode abordar-se o envelhecimento primário, também chamado de senescência que, para Sequeira (2010), é caracterizado pelas mudanças corporais da idade, pelas alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem habitualmente no processo do envelhecimento. Lage (2007) acrescenta que este tipo de envelhecimento está relacionado com as mudanças intrínsecas ao processo que se apresentam como irreversíveis, progressivas e comuns a todas as pessoas.

Ao envelhecimento secundário pode dar-se o nome de senilidade e é caracterizado pelas mudanças que ocorrem com maior frequência, não tendo de estar obrigatoriamente presentes, pelo conjunto de alterações determinadas pelas afeções que os idosos apresentam, isto é, está relacionado com as alterações provocadas pelas doenças que são dependentes da idade, pois os fatores de risco aumentam com o evoluir da idade (Sequeira, 2010). Para Figueiredo (2007: 32) a senilidade é “um processo normal de deterioração biológica geral que aumenta a vulnerabilidade do indivíduo à doença e à morte”. Desta forma, este é um envelhecimento patológico, que ocorre devido aos efeitos do meio ambiente, de traumatismos e de doenças (Figueiredo, 2007).

Há autores que ainda referem um envelhecimento terciário em que Lage (2007) o caracteriza pelo declínio terminal, por um grande período de perdas num tempo muito curto.

O envelhecimento não se resume só a perdas ou redução de funções, mas sim a um processo complexo, que difere de pessoa para pessoa, que envolve perdas e aquisições. As perdas desenvolvem-se num processo natural e as aquisições são consolidadas com base no conhecimento que cada um tem de si e pela estimulação do corpo e da mente (Santos, 2008).

Ricarte (2009) defende que esta etapa da vida implica aprendizagens, adaptações, participação e ajudas, pelo que é necessário encarar a vida de forma positiva, tentando resolver os problemas que vão surgindo, preservando a sua autonomia. É também diferencial, pois manifesta-se de maneira diferente de pessoa para pessoa e é variável nas formas, nos ritmos, nos efeitos e nas reações que provoca. Varia de sociedade para sociedade e de época para época.

O envelhecimento é então caracterizado por três categorias que são a biológica, psicológica e social.

A do envelhecimento biológico, que ocorre da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, que se denomina de senescência, onde se desenvolve um aumento gradual de doenças crônicas, que podem progredir para dependência, ou final de vida. O envelhecimento psicológico definido pela autorregulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar de decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e o envelhecimento social, relacionado com os papéis sociais adaptados às expectativas da sociedade para os idosos (Paul, 2005; cit. por Grelha, 2009).

### 1.1. ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO

Matos e Avelar (2000) referem que um dos problemas que tem preocupado mais os biólogos evolutivos é a essência ou o envelhecimento. Qual a razão por que um organismo, a partir da altura em que exprime todas as suas potencialidades, sobretudo as reprodutivas, começa gradualmente a perder as funções vitais, tornar-se incapaz de manter a homeostasia, declina e morre, mesmo sem aparentes fatores extremos nocivos, tem sido a questão por eles colocada e que constitui motivo de curiosidade científica.

Fernandez-Ballesteros (2000) introduz o conceito de idade funcional, em que algumas funções diminuem de eficácia (de natureza física, percepção e memória); outras estabilizam (variáveis de personalidade) e outras, na ausência de doença, evidenciam um crescimento ao longo da vida (a experiência e conhecimentos adquiridos). Desta forma a idade funcional indica um conjunto de indicadores que permitem criar condições para um envelhecimento satisfatório.

No seguimento deste raciocínio, Fontaine (2000) refere que se fala frequentemente do envelhecimento como um estado que qualificamos de terceira ou quarta idade. Não obstante o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial que afeta todos os seres vivos e o seu termo natural é a morte dos organismos. É assim, impossível datar o seu começo porque, de acordo com o nível no qual ele se situa (biológico, psicológico ou sociológico), a sua velocidade e a sua gravidade são extremamente variáveis de indivíduo para indivíduo.

Com o passar dos anos, o ser humano vai perdendo progressivamente as suas funções na medida em que, segundo Motta (1999, citado por Saldanha & Caldas, 2004:120) “esta perda de função se inicia após o período de vitalidade máxima, isto é, capacidade máxima individual de fazer frente às demandas biológicas, por volta dos 30 anos”.

Neste sentido, o envelhecimento biológico é, segundo Sequeira (2007:44), “caracterizado pela diminuição da taxa metabólica, em consequência da redução das trocas energéticas do organismo”.

As características que o corpo sofre com o processo de envelhecimento que mais se evidenciam são: dificuldade de mobilidade; diminuição visual e auditiva e envelhecimento da pele. Com o passar dos anos, uma vez que a pele vai mostrando os seus primeiros sinais de envelhecimento, surgem diversas alterações a nível estrutural e funcional caracterizando-se ao nível das células e tecidos; composição global do corpo e peso corporal; músculos, ossos e articulações; pele e tecido subcutâneo e tegumentos. Ao nível funcional as alterações verificam-se no sistema cardiovascular, no sistema respiratório, no sistema renal e urinário, no sistema gastrointestinal, no sistema nervoso e sensorial, no sistema endócrino e metabólico, no sistema reprodutor, no sistema imunitário e nos ritmos biológicos e sono (Figueiredo, 2007: 34).

A par destas características, conforme refere Zimerman (2000), surgem também outras alterações, tais como: o aparecimento de cabelos brancos; o enfraquecimento capilar (os cabelos tornam-se mais finos e caem com maior facilidade); a diminuição progressiva do crescimento das unhas (tornando-se mais grossas e com estrias longitudinais).

Ao nível dos olhos, salientam-se as seguintes alterações:

- O aparecimento da presbiopia (implica a utilização de óculos de leitura a partir de 48 anos, aproximadamente);
- A diminuição da capacidade de ver às escuras (surge mais ou menos a partir dos 37 anos); o aumento do tempo de recuperação visual após encadeamento; o aparecimento de cataratas e edema dos olhos; a frequente queda de pestanas e o lacrimejar frequente.

Quanto aos ouvidos, e na medida em que a surdez é progressiva, o envelhecimento auditivo inicia o seu processo por volta dos 50 anos sendo que, ao entrar na terceira idade, se torna numa das características mais usuais nos idosos.

As mutações menos evidentes mas também de grande importância são as alterações internas que se caracterizam pela: diminuição da capacidade funcional de diversos órgãos (coração, pulmões, rins, entre outros) e limitação da funcionalidade do metabolismo basal (circulação, respiração, atividade glandular, entre outros). Com o passar dos anos, o desgaste é inevitável, não é uma doença, mas uma fase na qual o ser humano fica mais suscetível às ameaças (Zimerman, 2000).

Embora nenhuma das definições atuais de envelhecimento biológico esteja cientificamente comprovada e aceite, Netto e Borgonovi (2002: 44) definem-no como:

um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte.

O envelhecimento biológico pode demorar a chegar, contudo é inevitável, se houver cuidados adequados aos sinais que o corpo vai exteriorizando poder-se-á evitar grandes complicações e usufruir deste estágio de uma forma mais aprazível. Se a pessoa idosa encarar esta etapa com naturalidade, ela consegue assegurar o seu próprio apoio emocional e encarar a vida de forma mais feliz, reconhecendo-se como membro integrante da sociedade em que vive, contribuindo em pleno para o seu desenvolvimento.

Pode-se considerar que relativamente às alterações biológicas provenientes do envelhecimento trazem consigo importantes repercussões do ponto de vista psicológico.

## 1.2. ENVELHECIMENTO PSICOLÓGICO

Segundo Sequeira (2007), a qualidade de vida e o bem-estar psicológico incluem dimensões como a satisfação pessoal (sentido e significado de existência), as emoções, a sensibilidade, os sentimentos e os desejos de acordo com a subjetividade de cada pessoa singular. “A forma como cada um, se vê e se sente inserido, com as suas características peculiares, são fundamentais na sua interação com o meio e, conseqüentemente, na obtenção de um maior ou menor grau de satisfação e bem-estar” (Sequeira, 2007: 47).

Das alterações psicológicas pode-se salientar: diminuição da memória; necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais; menor capacidade em realizar um pensamento abstrato; diminuição da atenção, compreensão e reflexos; dificuldade na recepção e tratamento da informação; maior lentidão nas reações e execuções; suicídios; alterações psíquicas que exigem tratamento; depressão, hipocondria, somatização, paranoia e dificuldade em se adaptar a novas situações.

Zimerman (2000: 25) refere que, para além das alterações do corpo, o envelhecimento traduz mudanças psicológicas, que podem resultar em:

dificuldade em se adaptar a novos papéis; falta de motivação e dificuldade de planejar o futuro; necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais; dificuldade de se adaptar às mudanças rápidas, que têm reflexos dramáticos nos velhos; alterações psíquicas que exigem tratamento; depressão, hipocondria, somatização, paranoia, suicídios e baixa autoimagem e autoestima.

Segundo Teixeira (2002; cit. por Saldanha e Caldas, 2004: 312), quando o idoso se encontra:

marcado pela perda dos projetos de vida, pela falta de reconhecimento, pela cessação de responsabilidades parentais e pela dificuldade de satisfazer necessidades e impulsos, pela negação das possibilidades de realização das etapas anteriores é comum aparecerem sentimentos de fragilidade, incapacidade, baixa estima, dependência, desamparo, solidão e desesperança.

Torna-se fundamental, de acordo com Silva (2001), alertar para algumas formas de minorar todas estas consequências psicológicas e as respetivas doenças. Assim sendo, é importante para o idoso ter uma melhor qualidade de vida e bem-estar, ao nível individual e coletivo, desenvolvendo uma atitude de compreensão que passe por saber ouvir sem demonstrar ansiedade, não realizar depreciações negativas, ensinar a usar a memória, tentar organizar da melhor maneira a informação e falar mais devagar, repetindo várias vezes, se necessário, as frases e/ou gestos, evitar que as interferências externas como o ruído impeçam a comunicação e a estabilidade mental do idoso.

### 1.3. ENVELHECIMENTO SOCIAL

Relativamente ao aspeto social, é fundamental realçar que o estatuto social adquirido pelo idoso era e é definido de acordo com o grau de importância que tem dentro da sociedade e do tipo de valores e práticas que o próprio assume.

Nas sociedades mais tradicionais, o idoso era visto como um sábio que possuía um vasto leque de conhecimentos e experiências que deveriam ser enaltecidas e transmitidas aos mais novos. Nas sociedades menos tradicionais, pelo facto de ser dada mais importância ao conceito de beleza e juventude, o idoso passou a ser considerado como uma pessoa incapaz e, portanto, rejeitado pela sociedade (Silva, 2001).

Por seu lado, Silva (2001) salienta que, na sociedade pós-tradicional, o envelhecimento passou a estar intimamente ligado ao processo de produção e de consumo, daí o facto de ter sido socialmente estabelecido um limite máximo de idade para que o idoso possa continuar a trabalhar (atualmente encontra-se nos 65 anos). O idoso, no contexto da vida social, passou a enfrentar novas realidades.

Mas, a realidade a que se assiste, em muitos casos, é a existência de um declínio do padrão de vida, acompanhado, por vezes, de muitas privações, após a rutura (muitas vezes drástica) com a atividade laboral. Deste modo e segundo Levet (1998:8), a maioria das reflexões/abordagens acerca da relação pessoa idosa - sociedade, é feita através da

lupa económica do sistema de produção. Os valores de reflexão, de meditação, de sabedoria, e as potencialidades que se vão forjando com o avanço em idade, não são tomados em consideração, pior que isso – a maior parte das vezes não são mesmo reconhecidas.

É como se a ausência da função de produção assinalasse uma perda de utilidade social, sentida pelo reformado e confirmada pela sociedade que dispensa estes indivíduos, independentemente da sua aparência ou competência para o trabalho, estabelecendo assim a sua entrada “oficial” na velhice. A este respeito, Fernandes (1997: 17) menciona que “a passagem à reforma, corresponde ao momento mais importante da reestruturação dos papéis sociais. O afastamento da atividade laboral representa uma perda relativamente a um desempenho profissional e às relações daí decorrentes”.

Várias são as alterações no *status* do velho, segundo Zimerman (2000: 24),

a crise de identidade, provocada pela falta de papel social; mudanças de papéis na família, no trabalho e na sociedade; reforma, restando-lhe ainda muitos anos de vida, devendo estar preparados para não se isolarem, deprimidas e sem rumo; perdas diversas, que vão desde a condição económica ao poder de decisão, à perda de parentes e amigos, da independência e da autonomia; diminuição dos contactos sociais que se reduzem devido às circunstâncias.

Todo o processo de envelhecimento passa então a ser visto, não como o fim mas sim como o início de um novo processo de realização e desenvolvimento pessoal onde o idoso, por possuir mais tempo livre, poderá dar um novo sentido à sua vida de modo a que, ao manter contactos frequentes com ex-colegas de trabalho e ao realizar atividades de lazer, torne mais fácil a adaptação aos seus novos papéis na comunidade, permitindo assim ser visto por esta e principalmente por ele próprio, como parte integrante e fundamental da sociedade. No entanto, esta conotação positiva nem sempre é a mais adotada. Tal como Pimentel (2005: 50) afirma

a consciência coletiva marcada por repressões negativistas, as condições socioeconómicas adversas e a limitação de oportunidades fazem com que a velhice se torne um período difícil de enfrentar, ainda que o idoso viva em condições individuais favoráveis.

Por outro lado, e para que o envelhecimento seja assumido de forma saudável e harmoniosa, o idoso deve deixar de ver o envelhecimento como um processo em declínio (tendo como etapa final a sua morte) mas sim como, uma etapa nova e contínua onde este deve optar, segundo Debert (1999; cit. por Saldanha e Caldas, 2004: 20), por “explorar novas identidades, realizar projetos abandonados em outras etapas da vida e estabelecer relações mais profundas com o mundo dos mais jovens e dos mais velhos”.

É, sem dúvida fundamental, repensar no modo como vemos os idosos na nossa sociedade, superando todos os preconceitos e garantindo-lhes todas as condições necessárias para um envelhecimento mais digno. Reconquistar a ideia que predominava nas sociedades tradicionais, do idoso como elemento importante e respeitado membro de uma família e não enquanto simples “apêndice” de uma sociedade em constante alteração.

Para isso é fundamental que o idoso continue a participar em questões sociais, económicas, culturais, cívicas e espirituais, dando-lhe a oportunidade para se libertar e reutilizar as suas capacidades permitindo o seu crescimento pessoal e ligando-se mais ao seu meio.

O envelhecimento do indivíduo é uma realidade cada vez mais frequente, pelo que as alterações demográficas causadas por estas transformações impõem esforços económicos e sociais mais intensos. Não importa só prolongar a vida dos indivíduos, mas sim fomentar um envelhecimento mais saudável e bem-sucedido possível (Saldanha e Caldas, 2004).

Pensar sobre qualidade de vida e bem-estar social em idade avançada, de acordo com os autores supracitados, implica perspetivar este conceito não como algo atingido e inflexível, mas antes como um processo social, económico, cultural e psicológico. Não tem sido fácil definir o conceito de envelhecimento bem-sucedido, nomeadamente, pela dificuldade em conceptualizar o processo de envelhecimento e o próprio conceito de idoso.

#### 1.4. O NOVO PARADIGMA DO ENVELHECIMENTO: ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

O conceito de envelhecimento ativo / bem sucedido foi criado em 1997 pela Organização Mundial da Saúde (2002) e define-se como “o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança no sentido de reforçar a qualidade de vida à medida que as pessoas forem envelhecendo”. Pretende ser mais abrangente, alongando-se para além da saúde, a aspetos socioeconómicos, psicológicos, sociais e ambientais integrados num modelo multidimensional. Desta forma, esta noção tem por base permitir que os idosos permaneçam integrados e motivados na sua vida laboral e social.

A *Encyclopedia of Aging Palmore* (1995: 914) propõe uma definição compreensiva de envelhecimento bem-sucedido que “combinaria sobrevivência (longevidade), saúde (ausência de incapacidades), e satisfação com a vida (felicidade)”.

Jones e Rose (2005) salientam que Havighurst, em 1961, associou ao conceito de “*successful aging*” termos como: dar “vida aos anos” e extrair “satisfação da vida”. Acrescentam, ainda, que o envelhecimento bem-sucedido não se inicia com a idade da reforma mas é consequência do longo percurso de vida de cada indivíduo.

Para Martins (2007), o envelhecimento bem-sucedido dependerá da inclusão das determinantes biológicas, psicológicas e sociológicas do processo de envelhecimento. Considera que a inclusão dos fatores genéticos, do envolvimento pessoal e social, dos

comportamentos, do estilo de vida, da adaptabilidade, das atitudes, de certas características da personalidade e, igualmente, do suporte social serão os aspetos fundamentais para um envelhecimento bem-sucedido.

Para Rowe e Kahn (1999; cit. por Simões, 2006: 141), o envelhecimento bem-sucedido baseia-se “num conjunto de fatores que permitem ao indivíduo continuar a funcionar eficazmente, tanto do ponto de vista físico como mental”. Segundo estes autores, existem três aspetos fundamentais a ter em conta num envelhecimento bem-sucedido: baixo risco de doenças ou incapacidades, um elevado funcionamento físico e mental e, por último, um empenho ativo na vida. Deste modo, atingir um envelhecimento bem-sucedido depende essencialmente de cada pessoa.

Também Riley (1993; cit. por Pestana, 2003:89) encontra uma solução formal para permitir um envelhecimento bem-sucedido, é a mudança das estruturas sociais, tendo como menção a idade. No entanto, esta alteração ainda está longe de acontecer, mas existem claros indícios que vão nesse sentido, ou seja, “numa futura revolução estrutural, a alteração de instituições e normas poderá permitir a pessoas de todas as idades entrar e sair do ensino, mudar de empregos ou começar novas carreiras, e intervalar o lazer com outras atividades ao longo de toda a vida”.

Poder-se-á dizer que as teorias do envelhecimento bem-sucedido veem o indivíduo como proactivo, regulando a sua qualidade de vida através da definição de objetivos e lutando para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e ativamente envolvidos na manutenção do bem-estar. Sendo assim, um envelhecimento bem-sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem-estar e deve ser fomentado ao longo dos estádios anteriores de desenvolvimento.

## **2- O IDOSO E A INSTITUCIONALIZAÇÃO**

A modernidade das sociedades com exigências e mudanças constantes, tirou ao idoso o lugar privilegiado acabando por ficar confinado a um lugar secundário ou mesmo desvalorizado (Cardão, 2009). A institucionalização tornou-se um recurso necessário para compatibilizar o envelhecimento, a qualidade de vida e dar resposta às necessidades da população idosa (Paulos, 2010).

### **2.1 - O IDOSO DEPENDENTE**

As pessoas vivem cada vez mais tempo e, embora a maioria das pessoas idosas não seja nem doente, nem dependente, a verdade é que as transformações biopsicossociais pelas quais todas elas passam, alteram o seu equilíbrio homeostático e exigem um novo equilíbrio, ao qual cada indivíduo se adapta com maior ou menor facilidade. Aparecem algumas deficiências, aumenta a predisposição à doença, diminui a atividade física e mental, surgindo dificuldades de adaptação e diminuição da capacidade de resposta às solicitações criadas ao nível bio-psico-social (Palma, 1999; cit. por Andrade, 2009)

Para se poder aprofundar o conceito de dependência, parece relevante analisarmos também conceitos adjacentes, tais como: autonomia e independência. Na maior parte do tempo, as pessoas conseguem levar uma vida dita independente. Santos (2000; cit. por Imaginário, 2008) considera independência quando se consegue alcançar um nível aceitável de satisfação das necessidades, através de ações adequadas que o indivíduo realiza por si mesmo, sem ajuda de outra pessoa. O indivíduo possui capacidades para a concretização de múltiplas tarefas e atividades sem o contributo dos outros.

Imaginário (2008) refere que este fenómeno não se encontra presente em todas as pessoas idosas, dado que algumas necessitam de ajuda de outras para a realização da sua vida quotidiana, demonstrando-se pela incapacidade do indivíduo adotar comportamentos ou realizar ações que lhe permitam obter satisfação, podendo estas necessidades serem de cariz físico, psicológico, social ou económico.

Para Andrade (2009), a independência, embora quotidianamente seja utilizada como sinónimo de autonomia, refere-se à capacidade da pessoa realizar as atividades de vida diária

sem ajuda. Contudo, embora exista uma relação inquestionável entre poder fazer e poder escolher, é necessário referir que, mesmo funcional e fisicamente impedidas, algumas pessoas conseguem exercer as suas capacidades de escolha e de controlo sobre parte do seu ambiente.

Pavarini e Neri (2000; cit. por Andrade, 2009) referem que a autonomia pode ser definida por autogoverno, que se expressa na liberdade da pessoa agir e para tomar decisões. De uma forma mais aprofundada, podemos dizer que a autonomia é a capacidade e/ou o direito de uma pessoa escolher por si mesma as regras da sua conduta, a orientação dos seus atos e os riscos que se encontra disposta a assumir.

A autonomia está relacionada com a capacidade da pessoa para gerir a sua vida, ou seja tomar decisões sobre si (Sequeira, 2010).

Para Saura Hernandez e Sanguesa Gimenez (2000; cit. por Imaginário, 2008), a autonomia dos idosos pode ser classificada em três grupos:

- Baixa autonomia: quando manifestam alta dependência para realizar as Atividades de Vida Diária (AVD) e com escassas relações sociais;
- Média autonomia: resolvem a maior parte dos seus problemas quotidianos, mas contam com um importante apoio dos familiares, quando revelam perdas sensoriais e baixa atividade intelectual;
- Autonomia elevada: têm boa perceção de qualidade de vida e com atitudes ativas face à vida.

Andrade (2009) diz que a Fundação Nacional de Gerontologia de França corrobora em parte estas premissas, defendendo que a maior parte das pessoas idosas permanecem autónomas e lúcidas até ao último momento da sua existência, sendo que a dependência, quando surge, é em idades mais tardias. Não obstante, esta entidade é perentória ao afirmar que mesmo dependentes, as pessoas idosas devem continuar a exercer os seus direitos, deveres e liberdades de cidadãos.

O conceito de dependência está relacionado com a incapacidade do individuo para a satisfação das necessidades humanas básicas, ficando a pessoa a necessitar da ajuda de terceiros para sobreviver.

O Decreto- Lei n.º 101, de 6 de junho de 2006 diz que dependência:

É a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por uma doença crónica, demência orgânica, sequelas pós- traumáticas, deficiência, doença severa e /ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue por si só, realizar as atividades de vida diária.

A partir desta definição podemos verificar que a dependência das pessoas não se deve apenas à sua incapacidade física, mas também às dificuldades familiares e escassez de apoios

sociais. A este respeito Fernandes (2000; cit. por Andrade, 2009) diz-nos que nas pessoas idosas, a dependência assume contornos particulares, uma vez que esta resulta de fatores como a redução das capacidades físicas ou psicológicas, insegurança económica, isolamento, solidão, dependência de familiares e/ou de outro tipo de suporte social.

O conselho da Europa (1998; cit. por Sequeira, 2010) define dependência como a “necessidade de ajuda e assistência nas necessidades de vida diária” ou “o estado em que se encontram as pessoas que, por perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de ajuda na realização das atividades do quotidiano, de modo particular, nos cuidados pessoais” incorporando três fatores: uma limitação física, psíquica ou intelectual; a incapacidade da pessoa para realizar por si as atividades de vida diária; a necessidade de assistência por parte de outra pessoa.

Desta forma, pode-se definir sucintamente a dependência como sendo uma incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades por este estar impossibilitado de ter comportamentos ou realizar tarefas sem ajuda dos outros (Andrade, 2009). O mesmo autor refere que o aparecimento de uma dependência implica uma transição para uma nova vida, devido a um acontecimento não antecipado que pode surgir de uma forma abrupta, ou progressiva, na maioria dos casos associado a uma diminuição das estruturas ou funções do organismo.

A elevação de dependência no idoso tem muitas vezes a sua origem na deterioração do processo de envelhecimento, em que as perdas de coordenação motora se associam a medos crescentes. Desta forma é lógico pensar que a dependência dos idosos se deva a um declínio físico, mas os fatores psicológicos e socio ambientais podem levar alguns idosos a terem declínio da sua capacidade funcional. Então pode-se dizer que as incapacidades podem estar associadas a doenças e outras circunstâncias físicas e ainda às do seu contexto, ou seja o ambiente físico, atitudes e condutas das pessoas que rodeiam o idoso (Imaginário, 2008).

Sousa (1993; cit. por Imaginário, 2008) após realização de um estudo verificou que uma baixa autonomia verifica-se pelo alto grau de incapacidade física e/ ou psíquica mas também pelas limitações económicas, dificuldades familiares e escassez de apoios sociais, que todos os idosos têm uma necessidade imperiosa de convívio, mas também que o grau de dependência é tanto maior quanto maior for o grupo etário e que o sexo feminino é mais dependente que o masculino.

Como já foi referenciado uma dependência resulta habitualmente do declínio funcional da pessoa. Nos idosos isto pode ser agravado devido a outros fatores a que este está exposto, como a polimedicação, uma alimentação deficitária, a falta de ajudas técnicas, ambientes inadaptados, etc.

Dependência, independência e autonomia não são condições que se excluem umas às outras, porque o funcionamento do ser humano é multidimensional. Um idoso pode ser dependente em determinados aspectos e independente em outros, por exemplo, pode possuir uma dependência física (incapacidade) e ser autônomo financeiramente, ou ser dependente afetivamente (usar a condição de velho para despertar compaixão e atenção) e independente a nível cognitivo (ser capaz de planejar as ações que permitem manter a família perto de si) (Pavarini e Neri, 2000; cit. por Andrade, 2009).

Dentro do conjunto desses fatores destacam-se as doenças e, em particular, as doenças crônicas, que têm um efeito direto na capacidade dos indivíduos para satisfazer as AVD e manter condições de vida independente. Entre essas doenças encontram-se os Acidentes Vasculares Cerebrais, as doenças pulmonares, de Parkinson, osteoarticulares, as demências de várias ordens, entre outras. Estas doenças, associadas ao envelhecimento, afetam quer a duração da vida, quer a sua qualidade. O sofrimento e a incapacidade causado por estas doenças obriga-nos a redefinir a doença em termos operacionais: avaliação das limitações funcionais e incapacidade temporária e permanente da pessoa idosa (Andrade, 2009).

Rafart (2001) refere que a incidência e a prevalência das doenças crônicas aumentam com a idade, a co-morbilidade (coexistência de diversos problemas crônicos no mesmo indivíduo) é frequente em pessoas de idade avançada, aumentando o risco de incapacidade. É este o motivo apontado para que as pessoas idosas, em número e intensidade sejam proporcionalmente mais dependentes do que as jovens.

Assim e segundo Paschoal (2007), a realidade é que com o passar dos anos há um aumento significativo da dependência e os grupos etários mais velhos são proporcionalmente mais dependentes que os mais jovens.

Pavarini e Neri (2000; cit. por Andrade, 2009) referem que estudos epidemiológicos realizados em vários países mostram que apenas 4% das pessoas idosas com mais de 65 anos apresentam incapacidade grave e alto grau de dependência contra 20% que apresentam um leve grau de incapacidade. Os mesmos estudos referem ainda que 13% dos que têm entre 65 e 74 anos e 25% dos que estão entre os 75 e os 84 anos apresentam incapacidade moderada. Acima dos 85 anos, a incapacidade é de quatro a cinco vezes maior do que aos 65 anos, subindo para 46% a percentagem dos indivíduos com incapacidade moderada.

Os mesmos autores dizem que o ambiente físico e social que rodeia a pessoa idosa exerce também uma influência importante na manifestação da dependência. Ao nível físico, o ambiente pode impor barreiras arquitetónicas (escadas, degraus, pisos escorregadios, iluminação ou sinalização deficiente) e ergonómicas (sofás excessivamente fundos, fofos e baixos, camas altas, cadeiras com área e ângulo de apoio para as costas e para os braços

deficientes, armários de parede pendurados muito alto, visores de aparelhos com letras muito pequenas). Ao nível do ambiente social que rodeia a pessoa idosa, as práticas sociais discriminatórias podem restringir substancialmente a sua autonomia e a sua independência. São exemplos dessas práticas recusar emprego ou demitir as pessoas mais velhas; tratá-las como incapazes; recusar-lhe pensões que lhe permitam dar conta das necessidades básicas; ao nível institucional oferecer um ambiente excessivamente rotinizado e despersonalizado, onde a pessoa idosa seja tratada como incapaz, sem poder de decisão e dificultar-lhe o acesso a serviços de saúde.

A monitorização das limitações/défices nos idosos deve ser feita o mais precoce possível a fim de implementar intervenções adequadas para prevenção da deterioração e posterior satisfação quer do utente quer dos cuidadores. Para isso podem ser utilizados diversos instrumentos de medida de onde se salientam escala/índices. A utilização destes instrumentos não invalida a utilização da entrevista para recolher dados mais subjetivos e específicos, fundamentais para o planeamento de intervenções.

Para Sequeira (2010), a avaliação global do idoso pretende identificar quais as dimensões da funcionalidade da pessoa que concorrem para a dependência e quais as necessidades de ajuda (formal ou informal) para suprir, de forma satisfatória, as necessidades humanas básicas, de onde se salienta: audição, visão, comunicação, capacidade de aprender, utilização do conhecimento, mobilidade, capacidade de utilizar os membros superiores e inferiores, de cuidar de si, de realizar tarefas domésticas ou de recreação, de se relacionar com os outros.

Segundo o mesmo autor, a avaliação global pode ser sistematizada em cinco categorias: *estado funcional* (atividades de vida diária, funcionamento cognitivo, nível de atividade); *saúde física* (estado de saúde em geral, morbidade, patologias, capacidade para a realização das atividades); *funcionamento psicossocial* (contexto social, contexto cultural); *recursos económicos e ambientais* (acessibilidade dos recursos, disponibilidade dos recursos); *qualidade de vida e bem estar*.

Na Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE), versão 1.0 (2005) o foco de atenção “autocuidado” integra vários tipos de cuidados: tomar banho, vestir-se e despir-se, alimentar-se, arranjar-se, cuidar da higiene pessoal, Auto elevar-se; usar o sanitário; transferir-se; virar-se; lavar-se; usar a cadeira de rodas.

Para a Classificação internacional para a incapacidade e funcionalidade (CIF) a dependência está relacionada com: estruturas e funções do corpo (déficits), as atividades que a pessoa realiza (limitações e restrições), contexto de interação (barreiras e ajudas técnicas/pessoais). Nas atividades que a pessoa precisa ajuda de terceiros a CIF utiliza 9 itens:

conhecimento e aprendizagem, tarefas e necessidades do quotidiano, comunicação, mobilidade, autocuidado, vida doméstica, interação social e relações interpessoais, áreas principais da vida (educação, trabalho, gestão, etc.), vida comunitária social e cívica (Direcção-Geral da Saúde, 2003; cit. por Sequeira, 2010).

A dependência no idoso é um conceito complexo com diferentes etiologias, implicando diferentes consequências sobre as relações da pessoa idosa consigo própria e com as outras pessoas, da mesma idade e de outras gerações, estando estritamente relacionada com o ambiente físico envolvente, com o mundo natural e com as instituições sociais, onde estes estão institucionalizados, sendo que o ambiente físico e social desempenha um papel importante na forma como a dependência se vai manifestar e a sua manutenção.

## 2.2- A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO

Na língua portuguesa, institucionalização é o “ato ou efeito de institucionalizar”, que por sua vez é “dar ou adquirir o carácter de instituição” (Dicionário da Língua Portuguesa, 2003: 956).

Nos países de língua oficial portuguesa, as instituições que amparam os sujeitos mais necessitados, sem parentes que os assistissem (entre eles idosos), eram tradicionalmente chamados de asilos ou albergues, que pela sua conotação de depreciativa de abandono, pobreza ou rejeição familiar, foram sendo substituídos por nomes como: Lar de Idosos, Lar de 3ª Idade, Residência de Idosos, Casa de Repouso, etc. (Jacinto, 2003).

Foi a partir do século XVII que a assistência à população deixou de ser por caridade religiosa para ser encarada como um dever e assumida pelo estado e sociedade civil. O marco da assistência social pública/estatal em Portugal situa-se nos finais do século XVIII com a criação da Casa Pia (3 de julho de 1780), no contexto de problemas sociais decorrentes do terramoto que devastou a cidade de Lisboa. A Lei 2120 de 19 de Julho de 1963 instituiu as Instituições Particulares de Assistência. Foi com a constituição de 1976 (artigo nº63) que surgiu pela primeira vez o termo IPSS (Instituição Particular de Solidariedade Social). (Jacinto, 2003)

Atualmente nas IPSS incluem-se:

- As Santas Casas da Misericórdias foram fundadas em 1498, espalhando-se por todo o mundo. Em Portugal, foram reunidas pela União das Misericórdias Portuguesas;
- Os centros sociais Paroquiais fortemente ligados à Igreja católica, são as segundas IPSS mais antigas em Portugal;

- As associações de Socorros Mútuos ou Mutualidades, sistema de proteção social que tinha como finalidade o auxílio ou socorro mútuo dos trabalhadores, visava a assistência médica e medicamentosa. As primeiras que foram criadas foram denominadas por montepios;
- As associações de solidariedade social de iniciativa privada ou associativa, surgiram após 1974. Para além das respostas vocacionadas para idosos (centros de convívio, centros de dia, serviço de apoio domiciliário, lares, etc.) também surgiram na área da infância e juventude (creche, estabelecimentos de ensino pré-escolar, centro de atividades de tempos livres, lares de jovens, etc.), na área da deficiência (lares e centros de atividades ocupacionais), na área da família (centro comunitário, etc.) na área da toxicodependência, sem abrigo e outras (cuidados médicos, ensino, etc.) (Jacinto, 2003).

Com as transformações verificadas na sociedade portuguesa, quer a nível demográfico, quer a nível familiar, foi necessário conceber novas formas de intervenção e ajustar as respostas sociais já existentes à nova realidade, nomeadamente com uma maior dinamização no apoio social desenvolvido no domicílio, assim como em estruturas de convívio, de combate ao isolamento e à exclusão social, prevenindo ou retardando a institucionalização do idoso.

Quer pelas exigências ou incompatibilidades da atual sociedade, os Lares de Idosos são uma tradição marcante na realidade do envelhecimento em Portugal, que vem colmatar a impossibilidade da prestação de cuidados por parte das famílias. Quando não existe a possibilidade do idoso se manter próximo dos seus familiares, os lares de idosos, apresentam-se como alternativas que visam complementar e nunca substituir a ação da família (Jacinto, 2003).

A solução ideal para a maioria dos idosos seria envelhecer na sua própria casa, esta ideia é facilmente entendida dado os laços que as pessoas criam com o seu espaço e as suas coisas, estão intrinsecamente ligados às suas recordações e vivências. De facto, envelhecer em casa sem ter de mudar de residência, como a forma mais comum de acomodação, oposta à institucionalização em residências para idosos, é a opção residencial preferida pelos idosos (Jacinto, 2003).

Colocar um idoso numa instituição envolve processos familiares complexos de planeamento e tomada de decisão, e é frequentemente acompanhado de um sentido de urgência e de agitação para os membros da família. Neste contexto, uma pessoa é institucionalizada porque padece de necessidades que não estão a ter resposta na comunidade e adapta-se à instituição. Jacob (2002: 23) define a institucionalização do idoso

quando este permanece durante todo o dia ou parte deste, entregue aos cuidados de uma instituição que não a sua família. Idosos institucionalizados residentes são os que vivem 24 horas por dia numa instituição, nomeadamente em lares ou residências.

Sardinha (2010: 41) considera que a decisão pela institucionalização percorre quatro estádios:

reconhecimento, discussão, implementação e internamento. O reconhecimento da necessidade de institucionalizar está voltado para analisar se a decisão aconteceu devido ao agravamento das condições gerais do idoso. Na discussão, procura-se saber se o cuidador questionou a possibilidade de institucionalizar. Na fase de implementação, é verificado o grau de envolvimento do cuidador nas providências para admissão deste. Por último, o quarto estágio remete para a realização do internamento.

É uma decisão difícil a tomar e pode acarretar um sentimento de culpa, impotência, remorso, receio e dúvida pois a tendência é considerar a institucionalização como abandono e a família como instituição fundamental para o convívio dos seus membros (Sardinha, 2010).

Quando viver na própria casa provoca situações de vulnerabilidade para o próprio idoso, torna-se necessário pensar em outras formas de realojamento. Deste modo, existem possíveis razões que poderão levar um idoso à institucionalização, de acordo com Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004; 109) esta hipótese emerge de três momentos: “morte do conjugue, ocorrência de uma queda e aparecimento de uma doença”. Com a perda do conjugue, o idoso obrigatoriamente tem de se habituar a viver sozinho, sentindo muitas vezes medo por não ter ninguém a quem recorrer em caso de necessidade. Numa situação de queda ou aparecimento de alguma doença incapacitante, o idoso sente limitações relativas ao espaço onde vive (escadarias, humidade, isolamento, ...) colocando a hipótese de sair para um local mais seguro, com condições de conforto e salubridade, como um Lar de Idosos. Muitas vezes esta decisão passa também pela falta e/ou insuficiência do apoio formal ou mesmo informal (vizinhos e amigos), que acaba por ser um alicerce à manutenção da vida diária da pessoa, vigiando-a e estando em alerta diariamente, sentindo que tem onde recorrer em caso de emergência.

Pimentel (2005: 117) reforça esta ideia ao afirmar que o progressivo envelhecimento da população,

associado a condições como a alteração na estrutura familiar, a mobilidade geográfica, a degradação das condições de habitação, a desadaptação das casas às necessidades dos idosos, a degradação das condições de saúde destes e o facto dos serviços de proximidade alternativos serem insuficientes para garantirem a manutenção do idoso no domicílio são os motivos primordiais que estão na base do aumento da procura de instituições de apoio a idosos.

Pimentel (2005: 58) acrescenta ainda que “a institucionalização surge assim, tanto para a família como para os idosos sem família, como a última alternativa, quando todas as outras

são inviáveis”. Pimental, 2005:178 cita que, apesar de a institucionalização poder ser um momento angustiante, os idosos encaram esse momento

como uma alternativa que lhes garante alguma estabilidade, pois sabem que têm apoio em qualquer circunstância, sentindo-se mais seguros e protegidos a esse nível (...) a opção pelo internamento passa por uma consciência dos limites das respostas informais e por prevenir situações de maior dependência que se podem tornar drásticas quando não existe uma cobertura adequada”.

Segundo a mesma autora, há necessidade de ponderar um conjunto de fatores, entre os quais: o grau de dependência da pessoa idosa, o tipo de apoio de que necessita e as reais possibilidades da família (materialmente, e em termos de tempo), embora os filhos estejam dispostos a fazer todos os possíveis para apoiar os seus pais idosos, isso pode não ser, de facto, realista e praticável, por vezes, o internamento em instituições especializadas responde de forma mais adequada às suas necessidades. O facto de se privilegiar a prestação de cuidados no domicílio, não se pode deixar a possibilidade do recurso ao internamento em espaços residenciais, sempre que este se mostre necessário ao processo de reabilitação ou mesmo quando existe um desgaste físico e psicológico acentuado de quem presta cuidados, promovendo condições de autonomia que habilitem as pessoas a sentirem-se melhor.

Almeida (2008: 79), após observação de doze estudos realizados nos Estados Unidos da América, chegou à conclusão de que as causas para a institucionalização seriam: idade, diagnóstico, limitação nas atividades de vida diária, morar só, estado civil, situação mental, etnia, ausência de suportes sociais e pobreza.

Já para Paúl (2005: 263), os motivos da institucionalização poderão passar “por problemas de saúde que limitam o funcionamento dos idosos, falta de recursos económicos para a manutenção da casa, a condição de viuvez e uma situação de despejo, sobretudo nos centros da cidade”.

Almeida (2008: 79) refere que “mais do que a idade cronológica, as razões para outros arranjos de vida encontram-se ligadas aos acontecimentos que ocorrem no seu *continuum*, a saber: viuvez, doença e deficiência física ou mental”.

Paulos (2010), com base no seu estudo em idosos que residiam em lar, apurou que os principais motivos que estiveram na origem da institucionalização foram o facto de o idoso morar só e a existência de um estado de saúde debilitado. Problemas com a família, assente no fundamento da falta de espaço ou do intervalo de tempo que o idoso está sozinho, outras por iniciativa para fugir a situações embaraçosas e conflituosas, surgiram como o terceiro motivo para que o idoso tivesse integrado em lar. A impossibilidade do idoso continuar a residir em casa onde viveu toda a sua vida, devido à degradação das condições de habitabilidade, surge também como um motivo de institucionalização.

Dubois et al. (2008) apontam como possíveis causas para a integração numa instituição o facto de o idoso possuir idade avançada, sofrer de perturbações específicas (deficit visual), a inexistência de prestador de cuidados ou um prestador de cuidados com idade avançada e a necessidade de auxílio para efetuar a manutenção da residência, são algumas das variáveis associadas à necessidade percebida de institucionalização sentida por idosos sem défices cognitivos.

Como é possível verificar, através dos autores atrás mencionados, as causas para a integração num espaço residencial para idosos podem ser inúmeras, sendo muitas vezes a conjugação de diversas causas e não apenas uma, o que origina a decisão da institucionalização.

### 2.3- SERVIÇOS DE APOIO AO IDOSO

O Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2006) caracteriza da seguinte forma os diferentes serviços de apoio ao idoso:

#### **Serviço de apoio domiciliário:**

Trata-se de uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivos de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e /ou as atividades da vida diária. Destina-se a indivíduos e famílias prioritariamente, pessoas idosas, pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência.

O serviço de apoio domiciliário tem como objetivos: contribuir para a melhoria das qualidades de vida dos indivíduos e famílias; garantir a prestação de cuidados de ordem física e apoio psicossocial a indivíduos e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar; apoiar os indivíduos e famílias na satisfação das necessidades básicas e atividades de vida diária; criar condições que permitam preservar e incentivar as relações Intel familiares; colaborar e/ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde; contribuir para retardar ou evitar a institucionalização; prevenir situações de dependência, promovendo a autonomia.

#### **Centro de Convívio:**

O centro de convívio é uma resposta social de apoio a atividades sócio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com a participação ativa das pessoas idosas de uma

comunidade. Destina-se a pessoas residentes numa determinada comunidade, prioritariamente com 65 ou mais anos. Esta resposta social objetiva: prevenir a solidão e o isolamento; incentivar a participação e potenciar a inclusão social; fomentar as relações interpessoais e interoperacionais; contribuir para retardar ou evitar a institucionalização.

### **Centro de dia:**

O Centro de Dia consiste numa resposta social que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar. Tem como destinatários as pessoas que necessitem dos seus serviços prestados, prioritariamente com 65 ou mais anos. Esta resposta social visa: proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos utentes; contribuir para a estabilização ou retardamento das consequências nefastas do envelhecimento; prestar apoio psicossocial; fomentar relações interpessoais e intergeracionais; favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida; contribuir para retardar ou evitar a institucionalização e para a prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia.

### **Centro de Noite**

Trata-se de uma resposta social que tem por finalidade o acolhimento noturno, prioritariamente para pessoas idosas com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite. Dá primazia às pessoas com 65 ou mais anos, com autonomia, ou, em condições excecionais, com idade inferior, a considerar caso a caso. Esta resposta social objetiva: acolher durante a noite, pessoas idosas com autonomia; assegurar bem-estar e segurança; favorecer a permanência no seu meio habitual de vida; contribuir para retardar ou evitar a institucionalização.

### **Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas:**

Este serviço consiste em integrar, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas quando por ausência ou falta de condições de familiares e/ou inexistência ou insuficiência de respostas sociais, não possam permanecer no domicílio. Tem como destinatárias as pessoas com 65 e mais anos. Esta resposta social visa: acolher pessoas idosa (no máximo de três), que se encontrem em situação de dependência ou de perda de autonomia, vivam isoladas e sem apoio de natureza sócios familiar e/ou em situação de insegurança; garantir à pessoa acolhida um ambiente sociofamiliar e afetivo propício à

satisfação das suas necessidades e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade; contribuir para retardar ou evitar a institucionalização.

### **Residência:**

A Residência é uma resposta social, desenvolvida em equipamento, constituída um conjunto de apartamentos com espaços e/ou serviços de utilização comum, para pessoas idosas, ou outras, com autonomia total ou parcial. Tem como destinatários pessoas de 65 ou mais anos ou de idade inferior em condições excecionais, a considerar caso-a-caso. Visa proporcionar alojamento (temporário ou permanente); garantir à pessoa idosa uma vida confortável e um ambiente calmo e humanizado; proporcionar os serviços adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para o estabelecimento ou retardamento das consequências nefastas do envelhecimento; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação inter-familiar.

### **Lar de Idosos:**

O Lar de Idosos consiste numa resposta social destinada a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia. Tem, como destinatários, pessoas de 65 ou mais anos ou de idade inferior em condições excecionais, a considerar caso-a-caso. As suas finalidades consistem em: acolher pessoas idosas, ou outras, cuja situação social, familiar e económica e/ou de saúde, não lhes permite permanecer no seu meio habitual de vida; assegurar a prestação dos cuidados adequados à satisfação das necessidades, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência; proporcionar alojamento temporário, como forma de apoio à família; criar condições que permitem preservar e incentivar a relação inter-familiar; encaminhar e acompanhar as pessoas idosas para soluções adequadas à sua situação.

O desenvolvimento e o aumento do número de respostas sociais direcionadas para a população mais idosa são fruto do envelhecimento demográfico em expansão e do aumento da esperança média de vida. Para o comprovar, o quadro 1 explicita a evolução da resposta social lar de idosos em termos numéricos ao longo dos anos. Assim, entre 2000 e 2011 verificou-se um aumento de 1469 para 1972 respostas sociais em todo o país. No distrito da Guarda essa evolução também foi sentida sendo que no ano 2000 havia 70 respostas sociais passando para 125 em 2011.

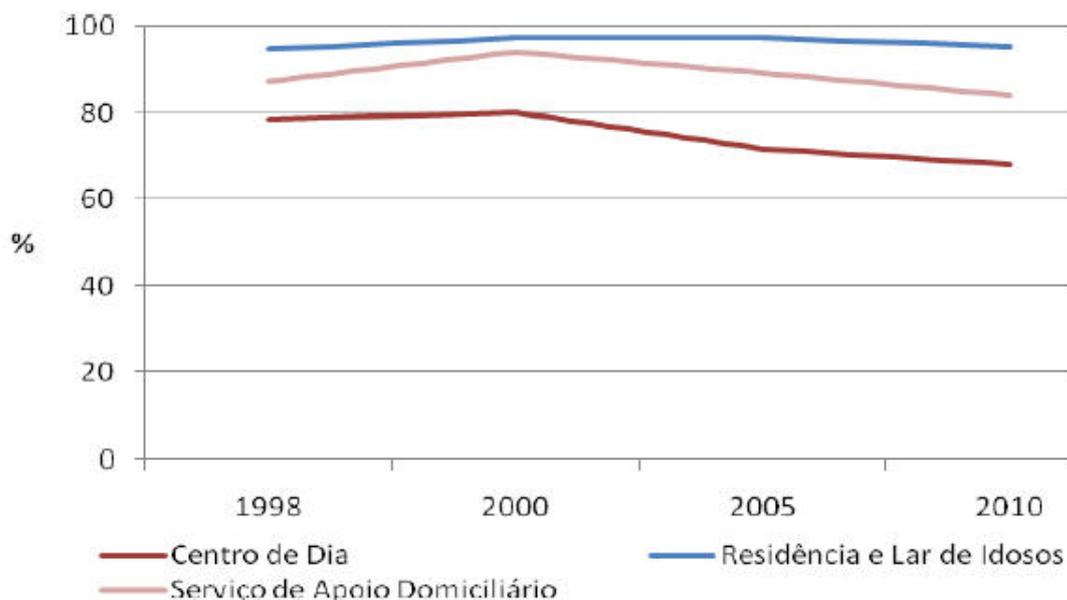
**Quadro 1. Evolução da Resposta Social – Lar de Idosos nos 18 distritos de Portugal continental de 2000 a 2011**

Distrito	Lar de Idosos			
	2000	2005	2010	2011
Aveiro	66	72	93	105
Beja	42	52	52	55
Braga	82	100	124	133
Bragança	49	59	81	83
Castelo Branco	37	44	70	71
Coimbra	75	87	114	116
Évora	50	59	77	80
Faro	50	57	58	63
<b>Guarda</b>	<b>70</b>	<b>83</b>	<b>121</b>	<b>125</b>
Leiria	80	91	132	137
Lisboa	398	261	307	317
Portalegre	47	50	63	69
Porto	114	156	180	187
Santarém	96	79	98	107
Setúbal	95	84	104	112
Viana do Castelo	27	38	46	48
Vila Real	27	35	52	58
Viseu	64	80	98	106
<b>Total</b>	<b>1 469</b>	<b>1 487</b>	<b>1 870</b>	<b>1 972</b>

Fonte: Carta Social – Instituto da Segurança Social (2011)

De acordo com a Carta Social (2011), a taxa média da resposta Lar de Idosos em análise situa-se nos 82,5 %, valor que tem decrescido, em função do aumento do número de lugares para esta área.

A Residência e Lar de Idosos apresentam as taxas de utilização mais elevadas em 2010, 95,3 %, conforme é possível ver no Gráfico 1. Já Osório e Pinto, em 2007, se referiam a esta tendência, em termos internacionais.



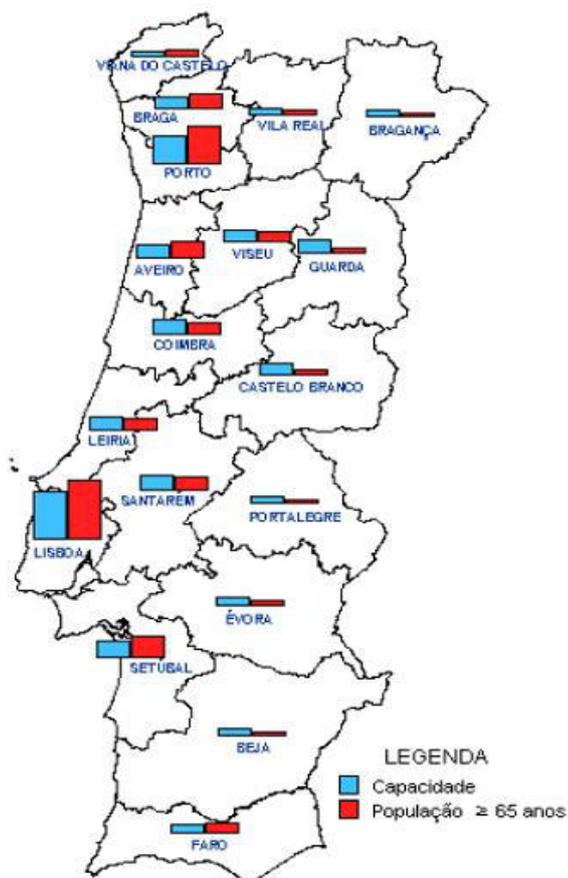
**Gráfico 1. Evolução da taxa de utilização das respostas sociais para as pessoas idosas (1998-2010)**

Fonte: Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos (2011)

Através do mapa de distribuição espacial (Figura 1) verifica-se que na maioria dos distritos existe uma correspondência entre a oferta de serviços e a população em análise havendo uma menor cobertura nos distritos de Braga, Porto, Aveiro, Lisboa e Setúbal.

A cobertura das respostas sociais para as pessoas idosas tem conhecido uma evolução muito positiva nos últimos anos, traduzindo o crescimento de respostas nesta área. É de sublinhar que no ano de 2010, do total de municípios que compõem o território continental, 62,2 % apresentam taxas de cobertura superiores à taxa de cobertura média nacional de 12 % (Carta Social, 2011).

Os concelhos do interior do país são aqueles que apresentam níveis de cobertura mais elevados, uma vez que existe uma maior oferta de respostas nas áreas com mais população idosa residente.



**Figura 1: Distribuição percentual da oferta de serviços e da população - alvo (≥ 65 anos) por distrito - 2010**

Fonte: Carta Social - Relatório da Rede e Serviços de Equipamentos (2011)

Este aumento no investimento de respostas sociais para idosos, nomeadamente na resposta social de lar de idosos acontece a par do aumento da população idosa, tendo passado de 16% em 2001 para 19% em 2011 e por uma crescente preocupação por parte do Estado com esta população (Instituto Nacional de Estatística, 2011). Sinónimo disso foi o Plano Nacional para a Inclusão (PNAI, 2006-2008) que teve como primeira prioridade combater a pobreza das crianças e idosos e fê-lo através “da promoção de níveis de bem-estar satisfatórios e compatíveis com a dignidade humana”. A operacionalização deste objetivo passou também pela “contratualização e territorialização das respostas. O desenvolvimento de respostas sociais dirigidas a estes grupos teve igualmente impactos decisivos na prossecução de uma verdadeira igualdade de oportunidades” (PNAI, 2006-2008: 47).

### 3- CUIDAR: O ENCONTRO COM O OUTRO

Segundo Pacheco (2002), cuidar é prestar atenção geral e continuada a um doente, nunca esquecendo que ele é antes de tudo uma pessoa. A pessoa do doente é sempre vista como o centro da atenção do que cuida e, por isso, nunca são esquecidos todos os cuidados físicos, psicológicos ou espirituais de que precisa, para além dos cuidados de saúde exigidos pela doença em si.

Cuidar de alguém, para Sequeira (2010), implica estar exposto às consequências associadas a uma relação de prestação de cuidados.

Pacheco (2002) entende por tratar a prestação de cuidados técnicos e especializados dirigidos apenas à doença e que tem como principal finalidade “reparar” o órgão ou órgãos doentes “cuidados de reparação” - e obter a cura. É uma atitude que pensa no doente, mas tende a esquecer a pessoa com necessidades de outro tipo de cuidados físicos, não específicos, que não pode prestar a si própria pelo facto de estar doente. As necessidades psicológicas e espirituais do doente são raramente tidas em linha de conta.

Estabelecer a diferença entre o cuidar e o tratar tem sido preocupação de vários teóricos da área da saúde. Para Collière (2003), o termo “cuidados”, utilizado no plural ou no singular é oriundo do verno *soniare* que significa *ocupar-se de*. Do nascimento até à morte existem vários termos: ser cuidado, cuidar-se, cuidar, sucedendo-se mas não se justapondo, mas sobrepondo-se. O termo “tratamentos” é proveniente de *tractare* que significa *negociar*. O tratamento tem como objetivo modificar o domínio e a ação da doença, procurar detê-la. A mesma autora diz que cuidar não pode ser igual a tratar e que cuidados e tratamentos não são da mesma natureza. Collière (2003) diz que nenhum tratamento pode substituir os cuidados; pode-se viver sem tratamentos, mas não se pode viver sem cuidados. Apesar de vitais, os cuidados são considerados como uma atividade subalterna, mas a carência de cuidados leva a uma inflação dos tratamentos.

Para Hesbeen (2004), cuidar é uma atitude, uma maneira de estar na vida que induz a um verdadeiro olhar para o outro e para o mundo. Cada um, através da atenção dispensada ao outro e ao mundo, não tendo como único objetivo a sua própria satisfação, desenvolvimento pessoal mas também os do outro, os da sociedade e do mundo, numa atitude altruísta e responsável que tem em vista o bem, mas também exigindo uma aprendizagem, por um lado prática e tempo e, por outro, bons costumes. Desta forma, o cuidado situa-se numa espécie de espaço intermédio, um lugar de encontro entre quem cuida e quem é cuidado, não se tratando

de fundir, mas sim de articular as diferenças, de as manter unidas numa espécie de dinâmica, que é a dinâmica dos cuidados.

Cuidar, para Hesbeen (2004), é a atenção dada ao outro para o ajudar a inscrever-se na complexidade em que modificar um único elemento do conjunto implica uma repercussão num ou vários outros elementos.

Cuidar é considerada por vários autores como a primeira arte da vida.

O cuidado exige inúmeras competências e aptidões, descobrindo-se no outro a sua singularidade com a finalidade de proteger a sua vida, respeitando-o sempre, sem exercer sobre ele o poder. Como tal, neste processo há que ter uma atitude de empatia sem se deixar imergir, tendo em conta cada dado familiar, social e cultural que constitui a identidade do doente, bem como o seu estado de saúde, a sua história e as suas capacidades de compreensão. Os cuidadores também têm necessidade, mais que quaisquer outros que se cuide deles, de um ambiente de confiança, de respeito e de troca para que se desenvolva um trabalho de equipa harmoniosos que se reflita nas pessoas, por quem são responsáveis, mas também que o seu trabalho seja reconhecido e valorizado (Hesbeen, 2004).

Parker (1981; cit. por Squire, 2004: 86) descreveu dois tipos de cuidar, sendo o primeiro a preocupação com as outras pessoas; o segundo tipo de cuidados, de acordo com Walker (1982; cit. por Squire, 2004: 86), debate três níveis de cuidados:

Cuidados formais levados a cabo por pessoal profissional, normalmente em instalações sociais ou de saúde; Cuidados quase-formais ministrados pelo departamento de serviços sociais ou por uma organização de voluntários; Cuidados informais ou familiares ministrados pela família – cônjuge, pais, companheiro, familiares, amigos, vizinhos.

No entanto, Marques (2007: 71) defende que os “cuidados de saúde desenvolvem-se apenas em dois sistemas bem distintos: o sistema informal, composto fundamentalmente pela família, e o sistema formal, constituído pelas instituições e serviços de saúde”.

Cuidar é, então, por natureza um ato inerente à condição humana (Leite, 2006), uma vez que à medida que vamos ultrapassando as grandes etapas do ciclo vital vamos sendo alvo de cuidados ou prestadores dos mesmos. Este ato de prestação de cuidados é uma experiência única e singular (Aneshensel et al., 1995; cit. por Leite, 2006), vivenciada de um modo personalizado e mais ou menos dificultado, dependendo ainda da interação dinâmica entre um conjunto de variáveis (Leite, 2006), evidenciando-se entre estas as características pessoais do cuidador e da pessoa alvo dos seus cuidados.

De acordo com Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), o ato de cuidar traduz uma atividade complexa com dimensões psicológicas, éticas, sociais, demográficas, clínicas, técnicas e comunitárias. Estas atividades incluem as tarefas instrumentais (transporte, gestão

do dinheiro, tarefas domésticas) e as de cuidados pessoais, sendo assim um cuidado extraordinário.

### 3.1 – O CUIDADOR FORMAL

O cuidador é uma pessoa envolvida no processo de cuidar do outro, com quem vivência uma experiência contínua de aprendizagem e que resulta na descoberta de potencialidades mútuas.

Os idosos em situação transitória ou permanente de dependência requerem particular atenção dos serviços de saúde e sociais, o que tem vindo a exigir a organização de serviços que lhes prestem cuidados e respostas adequadas, o que deu origem a uma revisão do paradigma da abordagem curativa dos serviços de saúde e das formas tradicionais de cuidar (Direção-Geral da Saúde, 2004). Em Portugal, o aumento de casos de idosos em situação de dependência fez emergir um novo fenómeno na sociedade, que se refletiu na criação de um novo grupo profissional, os cuidadores formais. Estes profissionais, tal como os técnicos de saúde que atuam neste contexto, possuem competência técnica e/ou clínica, e conhecimentos que lhes permitem ter uma intervenção sustentada numa abordagem holística do envelhecimento, sendo, por isso, remunerados. Deverão também ter competências para trabalhar em equipa multidisciplinar, de modo a garantir e proporcionar a segurança, manter o bem-estar, e ainda, uma especial atenção sobre a Qualidade de Vida dos idosos (Sequeira, 2010).

O cuidador formal é, por isso, um profissional a quem se exigem competências, desde as mais elementares como o conhecer as necessidades do idoso, saber distingui-las, saber lidar com doenças e seus sintomas cognitivos ou problemas sociais, de personalidade ou de ordem familiar e contextual. Por outro lado, o apoio na realização de atividades diárias básicas como a higiene e a alimentação são também tarefas que integram a atividade profissional dos cuidadores formais de idosos (Sequeira, 2010).

Este tipo de cuidadores é habitualmente enquadrado por profissionais devidamente qualificados (médicos e enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares, etc.), os quais são designados por cuidadores formais, uma vez que existe uma preparação específica para o desempenho deste papel e que estão integrados no âmbito de uma atividade profissional, na qual se incluem as atividades inerentes ao contexto do exercício laboral, de acordo com as competências próprias de cada profissional de saúde. Estes compreendem uma diversidade de profissionais remunerados e/ou voluntários em hospitais, lares, instituições comunitárias, etc.

(Sequeira, 2010)

Carrilho (2012) refere-se aos cuidadores formais como sendo profissionais contratados, com carácter remuneratório, para a prestação de cuidados no domicílio ou em instituição. Deste modo, deve haver uma preparação específica para o desempenho deste papel, estando integrados no âmbito de uma atividade profissional, na qual se incluem as atividades inerentes ao conteúdo do exercício laboral, de acordo com competências próprias.

De acordo com a aurora supracitada, um fator-chave, embora não seja único, que contribui potencialmente para a qualidade dos cuidados prestados a idosos institucionalizados é a preparação eficaz da força de trabalho, ou seja, a garantia que a equipa de cuidados tem os conhecimentos e capacidades necessários para desempenhar os seus papéis com competência e sensibilidade. Neste domínio, os ajudantes de ação direta representam uma considerável componente da força de trabalho, desempenhando um papel fundamental na prestação de cuidados e tendo um potencial impacto sobre a qualidade dos serviços prestados (Carrilho, 2012).

Oliveira, Queirós e Guerra (2007; cit. por Sequeira, 2010) entendem que o cuidador formal é o indivíduo que assume formalmente o exercício de uma profissão, pela qual optou de livre vontade e para a qual teve preparação académica e profissional.

Para Gonçalves et al. (1992; cit. por Sequeira, 2010), é a pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar as atividades e tarefas da vida quotidiana, fazendo elo entre o idoso, a família e serviços de saúde ou da comunidade, geralmente remunerado que tem como funções ajudar nas atividades da vida diária; administrar medicamentos por via oral; auxiliar na deambulação e mobilidade; cuidados com a organização do ambiente protetor e seguro, acesso a dispositivos de ajuda (equipamentos) para a atenção ao idoso; proporcionar conforto físico e psíquico; estimular o relacionamento e contacto com a realidade e levar o idoso a participar em atividades recreativas e sociais, controlar sinais vitais, reconhecer sinais de alterações (alerta) e prestar socorro em situações de urgência (os primeiros socorros).

Segundo Sequeira (2010), o cuidador formal deve possuir as seguintes habilidade e qualidades:

- Habilidades técnicas: é o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, adquiridos por meio da orientação de profissionais especializados. Esses conhecimentos irão preparar o cuidador para prestar atenção e cuidados ao idoso;

- Qualidades éticas e morais: são atributos necessários para permitir relações de confiança, dignidade, respeito e ser capaz de assumir responsabilidades com iniciativa.

Quando não for parente, deve procurar adaptar-se aos hábitos familiares, respeitar a intimidade, a organização e crenças da família, evitando interferência;

- Qualidades emocionais: deve possuir domínio e equilíbrio emocional, facilidade de relacionamento humano, capacidade de compreender os momentos difíceis vividos pelo idoso, adaptação às mudanças sofridas por ele e família, tolerância ante situações de frustração pessoal;

- Qualidades físicas e intelectuais: deve possuir saúde física, incluindo força e energia, condições essenciais nas situações em que há necessidade de carregar o idoso ou dar apoio para vestir-se e cuidar da higiene pessoal. Ser capaz de avaliar e administrar situações que envolvem ações e tomada de decisões.

- Motivação: é a condição fundamental para cuidar de idosos, valorizando-os como grupo social, tendo em consideração que o “cuidado” deve ser um compromisso prioritário, pessoal e também da sociedade.

O cuidador de idosos dependentes requer que se organizem as tarefas de cuidado, de modo a que o cuidador não venha a sofrer sobrecargas.

No que se refere às dificuldades sentidas pelos cuidadores formais de idosos institucionalizados, Sequeira (2007) refere que a identificação das necessidades físicas e psíquicas do idoso, bem como a avaliação das suas potencialidades, por vezes, assumem-se como dificuldades no ato de cuidar. Para prestar o cuidado necessário, individualizado, estimulador para que o idoso seja autónomo na realização das suas atividades básicas e instrumentais de vida podem, em muitos casos, resultar em dificuldades para o cuidador, conforme salientam Santos (2008), Sousa, Figueiredo e Sequeira (2004).

Assim, o cuidador deve estabelecer relações de confiança, de dignidade, ser capaz de assumir responsabilidades, deve estar motivado e mostrar empatia pelos idosos (Santos, 2008). Lage (2007) refere que cuidar de um idoso é análogo ao cuidado prestado a uma criança, mas o idoso tem a sua história de vida, que deve ser respeitada e valorizada. O cuidador formal deve estar consciencializado para estas questões, recorrendo a informações e formações sobre o envelhecimento e aspetos relacionados, sendo esta uma das questões básicas para promover a humanização dos serviços e uma forma de poder minimizar as dificuldades que possam surgir na prestação de cuidados (Brito, 2003).

Para prestar um serviço ao idoso institucionalizados, é necessário conhecê-lo bem, a sua história de vida, as suas incapacidades, as suas emoções, pois além de cuidar do corpo é necessário cuidar do seu bem-estar psíquico. Nas instituições, nos serviços destinados à população idosa, os cuidadores formais cuidam das pessoas segundo as regras estabelecidas e as linhas orientadoras específicas das instituições. Por norma, os principais objetivos são zelar

pelo bem-estar biopsicossocial do idoso, prestando serviços de saúde, cuidados básicos, de educação, de animação, de lazer e sociais (Fernandes, 2010).

Mendes (2010) refere todo um conjunto de características que determinam e/ou influenciam em maior/menor grau a vivência dos cuidadores formais, ou seja, fatores que podem resultar em dificuldades de prestar cuidados os idosos, tais como: os aspetos relacionadas com a organização/ambiente do trabalho, as interações entre o cuidador e a pessoa a quem presta cuidados, alterações comportamentais e/ou psicológicas e as características do próprio cuidador formal.

Por outro lado, Mendes (2010) faz referência aos fatores e/ou determinantes que funcionam como protetores e/ou mediadores da vivência dos cuidadores formais, designadamente: o trabalho em equipa, os sistemas de comunicação eficientes, a delegação de responsabilidades, o reconhecimento e/ou valorização das competências, o bom ambiente de trabalho e a coesão entre as diferentes pessoas que integram a equipa de prestação de cuidados. Estes fatores são descritos também por Santos (2005) como influenciadores e/ou determinantes do confronto adaptativo no processo de vivência dos cuidadores formais de idosos institucionalizados, reduzindo possíveis estados de ansiedade cognitiva e somática, que se poderá traduzir, de acordo com Martens et al. (2000), em pensamentos negativos e preocupações sobre a própria performance.

## **PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO**

## 1 - METODOLOGIA

A metodologia científica, para Reis (2010: 7), “depende de um conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos para que os seus objetivos sejam atingidos, que são os métodos científicos”. É o “método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões e, como tal, um caminho ou conjunto de frases progressivas que conduzem a um fim” (Reis, 2010: 57).

Na fase metodológica operacionaliza-se o estudo, precisa-se o seu tipo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenvolve o estudo e a população, constituindo-se uma das etapas do processo de investigação (Fortin, 2009).

Numa fase tão crucial como aquela em que se encontra a enfermagem, a investigação alicerçada em bases científicas assume-se o elemento primordial na plena aceitação do seu real valor e na formação de uma nova imagem.

De uma forma geral serão abordados os elementos básicos do processo metodológico, partindo da definição do problema, o tipo de investigação, passando pela determinação dos objetivos, variáveis e sua operacionalização, delimitou-se a população e respetiva amostra a estudar. Também é dado a conhecer como serão colhidos os dados pertinentes e indispensáveis à concretização do estudo através do instrumento de colheita de dados, tendo em conta os respetivos procedimentos éticos e formais, e posterior tratamento estatístico. O segundo capítulo diz respeito à apresentação e discussão dos dados/resultados.

### 1.1 - DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação problemática e que, por consequência, exige uma melhor compreensão do fenómeno observado ou a respetiva explicação (Reis, 2010).

Formular um problema, para Rubio (1978; cit. por Lakatos e Marconi, 2004: 139),

consiste em dizer, de maneira explicita, clara, compreensível e operacional, qual a dificuldade com qual nos defrontamos e que pretendemos resolver, limitando o seu campo e apresentando suas características. Desta forma, o objetivo da formulação do problema da pesquisa é torná-lo individualizado, específico, inconfundível.

Um problema de investigação “é a abordagem ou a perspectiva teórica que decidimos adotar para tratarmos o problema formulado pela pergunta de partida” (Quivy e Campenhoudt, 2005: 89)

Polit e Hungler (2004) entendem que a problemática de investigação pode envolver uma situação enigmática inquietante ou perturbadora em que a finalidade da pesquisa consiste na solução ou contribuição para a solução desse problema.

Posto isto, para o presente estudo formulou-se a seguinte questão de investigação:

⇒ **Quais as dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados?**

Perante o desenvolvimento de atividades em instituições de apoio ao idoso, como enfermeira, o confronto com as dificuldades dos cuidadores formais vigentes e as respetivas atitudes para solucionar essas dificuldades culminaram na necessidade e interesse em realizar o presente estudo, de forma a conhecer objetivamente as dificuldades dos mesmos.

De referir também que as exigências da sociedade em relação aos custos de vida que levam à necessidade de se trabalhar cada vez mais, as alterações no estatuto do idoso na sociedade, a própria interpretação por parte da população idosa da responsabilidade que são para os filhos, o evitar de casos de isolamento e abandono dos idosos são fatores que levam à crescente institucionalização dos mesmos. Contudo, e apesar da evidente necessidade social destas instituições, Fragoso (2008) refere que as Instituições de Acolhimento de Idosos apresentam-se como uma alternativa que visa complementar e nunca substituir a ação da família, prestando os serviços necessários e tendo presente as suas necessidades e a sua individualidade, o que pode resultar em dificuldades por parte dos cuidadores formais, no que se refere ao ato de cuidar.

## 1.2 - TIPO DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com Fortin (2009), pode definir-se investigação como um processo que tem como objetivo principal resolver problemas relacionados com o conhecimento de fenómenos reais do quotidiano. “É um método particular de aquisição de conhecimentos, de forma ordenada e sistemática de encontrar respostas” (Fortin, 2009: 15). A mesma autora refere que a investigação permite descrever, explicar e prever acontecimentos ou factos, estando ligada à teoria visto contribuir para o seu desenvolvimento, através do aparecimento de novas teorias ou reformulação de anteriores.

O nível de conhecimentos no domínio em estudo determina a escolha do tipo de investigação.

O estudo é do tipo descritivo correlacional, o qual

(...) tem por objetivo explorar relações entre variáveis e descrevê-las. No estudo descritivo correlacional, o investigador está muitas vezes na presença de várias variáveis de que ignora quais podem estar associadas entre si. O estabelecimento de

relações entre variáveis permite circunscrever o fenômeno estudado (Fortin, 2009:244).

Na opinião da autora supracitada, no estudo descritivo, o investigador correlaciona, tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações. Fortin (2009) refere que a colheita de dados é feita quantitativamente com a ajuda de escalas e de questionários e utilizam-se análises de correlação para explorar a existência de relações entre as variáveis.

A vantagem do estudo descritivo-correlacional é que ele permite, no decorrer de um mesmo processo, considerar simultaneamente várias variáveis com vista explorar as suas relações mútuas. Permite também descrever as relações que foram detetadas entre as variáveis (Fortin, 2009: 174-175).

É igualmente transversal, a medida em que, de acordo com Fortin (2009), a recolha de dados foi realizada num único momento.

### 1.3 - DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

O enunciado do objetivo de investigação deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue e, especifica as variáveis chave, a população onde se recolhem os dados e o verbo de ação que orienta a investigação (Fortin, 2009).

Para levar a cabo este tipo de trabalho, foi necessário elaborar alguns objetivos, os quais vão permitir coordenar todas as atividades a desenvolver em cada etapa da investigação.

Assim, os objetivos desta investigação são:

- Conhecer as dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados;
- Identificar e analisar os fatores que influenciam essas dificuldades;
- Propor medidas de intervenção perante a perceção das dificuldades dos cuidadores formais.

### 1.4 - VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

Existem várias definições de variável, embora coexistam todas num mesmo princípio: “ao qual se pode atribuir uma medida”, são particularidades de pessoas, de objetos ou de situações estudadas numa investigação, podendo-se atribuir valores numerais (Fortin, 2009).

Neste contexto, as variáveis podem ser definidas como “qualidades, propriedades, ou características das pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo. As variáveis tomam diferentes valores que podem ser medidos manipulados ou controlados”. (Fortin, 2009: 171). A mesma autora acrescenta que é um parâmetro ao qual valores numéricos são atribuídos e que para operacionalizar variáveis é necessário um trabalho de construção e seleção, tornando-as compreensíveis e operáveis.

Existem vários tipos de variáveis, salientam-se pela sua importância, as variáveis dependente e independentes.

### **Variável dependente**

A variável dependente, também denominada de variável crítica ou explicada é, segundo Fortin (2009), a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente. A mesma autora acrescenta que, num estudo de investigação, pode haver várias variáveis dependentes submetidas ao efeito ou mais variáveis independentes.

A variável dependente é definida como a “variável de resultado que interesse ao pesquisador, a variável que é formulada como uma hipótese para depender de outra variável, por vezes chamada de critério” (Polit e Hungler, 2004: 373).

Tendo por base Lakatos e Marconi (2004), esta variável consiste naqueles valores (fenómenos, fatores) a serem explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados determinados ou afetados pela variável independente.

Deste modo, considera-se a variável dependente como sendo a correspondente ao fator ou fenómeno que se pretende explicar ou descobrir e que é determinado pelas variáveis independentes.

A variável dependente desta investigação diz respeito às **dificuldades sentidas pelos cuidadores formais de idosos institucionalizados**. Esta irá ser alvo de operacionalização através de um conjunto de questões, que permitem avaliar as dificuldades sentidas, tendo em conta: se a prestação de cuidados aos idosos é feita de forma individual ou em trabalho de equipa; se o cuidador do idoso institucionalizado tem apoio de técnicos de saúde (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, outro) para executar as suas tarefas relativas ao cuidado; se a prestação de cuidados aos idosos interfere ao nível do bem estar físico e psicológico; dificuldade nos cuidados com deambulação/mobilizações; dificuldade nos cuidados com a alimentação; dificuldade nos cuidados com a higiene; dificuldade nos cuidados com a comunicação; dificuldade nos cuidados com as alterações emocionais.

## **Variáveis independentes**

A variável independente, também chamada muitas vezes de tratamento ou intervenção ou simplesmente de variável experimental, é a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente (Fortin, 2009). Também pode ser conceituada como “a variável que segundo a crença, causa ou influencia a variável dependente, em uma pesquisa experimental a variável independente é aquela que é manipulada” (Polit e Hungler, 2004: 373).

A variável independente está relacionada com a variável dependente no sentido que uma influencia a outra. A referida relação constitui a base da predição exprimindo-se pela formulação de hipóteses. Assim, as variáveis independentes correspondem às condições ou fatores que influenciam direta ou indiretamente a variável dependente.

Existem muitas variáveis independentes que podem ser causa do problema em estudo nomeadamente as variáveis de caracterização sociodemográfica (género, idade, situação conjugal, nível de escolaridade); variáveis de caracterização profissional (profissão, situação profissional, tempo de serviço como cuidador formal, existência de formação, vínculo de trabalho, horas de serviço, desempenho de outra atividade profissional, atividades de lazer/hobbies); variáveis de caracterização da situação de saúde (existência de alguma doença, necessidade de recorrer ao médico, utilização de antidepressivos e tranquilizantes, faltas ao trabalho); variáveis de caracterização da prestação de cuidados, operacionalizada através da forma de cuidado aos doentes (individual ou em equipa), se a prestação de cuidados tem o apoio de técnicos de saúde (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, outros). Outra variável independente é a ansiedade.

### 1.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

Uma vez definido o problema em estudo, e após ter sido documentado pela literatura e inserido num desenho do estudo apropriado, procede-se à caracterização da população, estabelecendo critérios de seleção para o estudo, obtém-se a amostra e determina-se o seu tamanho.

Universo ou população significa, para Hill e Hill (2012), o conjunto total dos casos sobre os quais se pretende retirar conclusões”

Para Fortin (2009: 202), a “população é uma coleção de elementos ou sujeitos que partilha características comuns, definidas por um conjunto de critérios”. Esta autora

acrescenta que a população “compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo” (Fortin, 2009: 41).

Desta forma, surgiu a necessidade de distinguir população alvo e população acessível, sendo a primeira constituída pelo “conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações” e a segunda “constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador” Fortin (2009: 311).

A autora supracitada refere que a população alvo dificilmente é acessível na sua totalidade pelo que a população acessível deve ser representativa desta. O ideal numa investigação é o estudo dos elementos de uma determinada população na sua totalidade, porém estas circunstâncias tornam-se quase impossíveis. Desta forma, surge a necessidade de recorrer à amostra ou seja, apenas a uma parte dessa população.

Amostra significa “uma fração de uma população sobre a qual se faz o estudo. Esta deve ser representativa desta população, ou seja, que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da população” (Fortin, 2009: 312). Polit e Hungler (2004:144) definem-na como “um subconjunto de entidades que compõem a população”.

Neste estudo, o ideal teria sido estudar a totalidade dos indivíduos cuidadores formais de idosos que se encontram institucionalizados no Distrito da Guarda. Os resultados obtidos seriam mais fidedignos. Deste modo, pode afirmar-se que quanto maior é a amostra, maior é o rigor. No entanto, tal universo teria sido de difícil abordagem, pois exige uma grande disponibilidade de tempo e de recursos materiais e financeiros.

A amostra da presente investigação é composta pelos cuidadores formais de idosos institucionalizados em três Instituições Particulares de Solidariedade Social do Distrito da Guarda. A mesma foi selecionada por conveniência através do critério de acessibilidade e proximidade com as instituições.

As **instituições A, B e C** são instituições particulares de solidariedade social (IPSS), em que partilham a característica de prestar o seu serviço no âmbito da terceira idade, tendo em vista a satisfação das necessidades básicas a indivíduos ou famílias prestando deste modo cuidados individualizados e personalizados em meio institucional desenvolvendo deste modo três respostas sociais: Lar, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). Nestas instituições é avaliado o grau de dependência através do Índice de Barthel.

À data da aplicação do questionário a **instituição A** prestava serviço e acompanhamento a 30 utentes de lar, 26 de SAD e 2 de Centro de dia. De acordo com a aplicação do índice de Barthel aos idosos, encontram-se na valência de lar: 2 independentes,

18 moderadamente dependentes, 5 severamente dependentes e 5 totalmente dependentes; na valência de SAD: 9 independentes, 13 moderadamente dependentes, 2 severamente dependentes e 2 totalmente dependentes; na valência de Centro de dia: 1 independente e 1 moderadamente dependente. Na referida instituição desempenham funções dezoito cuidadores formais.

A **instituição B** apresenta 13 utentes na vertente de lar: 4 Independentes, 2 moderadamente dependentes, 2 severamente dependentes e 5 totalmente dependentes; 13 utentes na vertente de SAD: 5 moderadamente dependentes e 8 independentes; 6 utentes na vertente de Centro de dia: 3 independentes e 3 moderadamente dependentes. Na referida instituição desempenham funções treze cuidadores formais.

A **Instituição C** contém 14 utentes da vertente de lar: 2 Independentes, 2 ligeiramente dependentes, 3 moderadamente dependentes, 2 severamente dependentes e 5 totalmente dependentes; 7 utentes na vertente de SAD: 3 moderadamente dependentes e 4 independentes; 3 utentes na vertente de Centro de dia sendo todos ligeiramente dependentes. Os cuidadores formais que desempenham funções na referida instituição são nove.

Os cuidadores Formais destas instituições cuidam no total 33 utentes independentes; 5 ligeiramente dependentes, 48 moderadamente dependentes; 11 severamente dependentes; 17 totalmente dependentes.

No que se refere à totalidade dos cuidadores formais das instituições do estudo formam uma amostra de 40 cuidadores, à qual se solicitou para participarem voluntariamente no estudo, assinando o consentimento informado. Excluíram-se desta amostra os profissionais de saúde.

## 1.6 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para Fortin (2009), a recolha de informação é desenvolvida tendo como suporte os instrumentos de colheita de dados.

Um instrumento de recolha de dados deve ser composto por um conjunto de questões que permita colher a informação necessária, válida e pertinente à realização do trabalho de investigação, como dizem Polit e Hungler (2004).

Segundo Quivy e Campenhoudt (2005), a operação da recolha consiste em obter ou reunir concretamente as informações imprescindíveis junto das pessoas incluídas na amostra.

Para Fortin (2009), a escolha do instrumento prende-se com as variáveis e a sua operacionalização, tendo em conta determinados fatores, nomeadamente os objetivos do

estudo, o nível de conhecimentos que o investigador possui acerca das variáveis, a possibilidade de obter medidas apropriadas às definições conceituais, a fidelidade e a validade dos instrumentos de medida.

Para o presente estudo selecionou-se como instrumento de colheita de dados o formulário. Foi aplicado um formulário aos cuidadores formais de idosos institucionalizados, onde se inclui a Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung.

Segundo Lakatos e Marconi (2004), designa-se por formulário o conjunto de perguntas enunciadas pelo entrevistador e preenchidas por ele com as respostas do pesquisado.

Considera-se o formulário o meio mais adequado para a recolha de dados junto dos cuidadores formais dos doentes dependentes das referidas instituições, visto que permite um contacto direto com os elementos desta amostra, facilitando, por um lado, a verbalização de receios ou dúvidas e, por outro, prestar esclarecimentos oportunos.

Fortin (2009) refere que as vantagens do formulário incluem: a possibilidade do seu preenchimento completo sem extravio, o conhecimento das condições no qual é aplicado e a sua possibilidade de aplicação a uma população heterogénea. Como desvantagens a mesma autora refere-nos: o maior dispêndio de tempo, a dificuldade de manter o anonimato e a necessidade da presença física de alguém consciente da problemática.

As vantagens do formulário, na opinião de Gil (2008), são que a pessoa entrevistada não necessita de saber ler e escrever, possibilita a obtenção de maior número de respostas, oferece grande flexibilidade, uma vez que o entrevistador pode esclarecer de outra forma algumas perguntas, e possibilita captar a expressão facial e corporal do entrevistado.

O formulário (Apêndice I) é constituído por duas partes: a parte I é constituída por questões relativas às características sociodemográficas (questões 1, 2, 3, e 4); contém questões referentes à situação profissional dos sujeitos da amostra (questões 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11); questões relativas à situação de saúde (questões 12, 13, 14 e 15) e as principais dificuldades na prestação de cuidados a idosos institucionalizados (questões 16, 17, 18, 19 e 20).

A parte II diz respeito à Escala de autoavaliação de ansiedade de Zung.

### **Escala de autoavaliação de ansiedade de Zung (SAS).**

A escala de autoavaliação de ansiedade de Zung foi desenvolvida por Zung (1975) e é uma escala de autoavaliação, na qual o autor utilizou um critério clínico baseado nos sinais e sintomas mais característicos das manifestações de ansiedade referidos na literatura psiquiátrica. É composta por vinte afirmações que tem em conta as principais manifestações de ansiedade referidas pelas pessoas. A escala consiste em 20 itens que traduzem sintomas,

dos quais a pessoa deve avaliar para cada um deles, escolhendo uma das quatro opções aquele que melhor se adequa a si: “nenhuma ou raras vezes”, algumas vezes, uma boa parte do tempo, a maior parte ou totalidade do tempo. A cada uma das opções é atribuída uma pontuação que vai desde 1 a 4, do menos para o mais ansioso, respetivamente. Assim, quanto mais ansioso estiver a pessoa maior pontuação obtêm na escala, mas 5 das afirmações (5, 9, 13, 17 e 19) os itens estão invertidos, o que indica que são cotados inversamente. A pontuação da escala varia de 20 a 80, dividindo a pontuação obtida pelo valor máximo possível, obtêm-se um índice que representa o grau de ansiedade. A escala avalia 4 componentes da ansiedade, isto é, cognitivo, motor, vegetativo e sistema nervoso central. O cognitivo é constituído pelas primeiras cinco afirmações, o motor pelas quatro seguintes, o vegetativo pelas nove seguintes e o sistema nervoso central as restantes (últimas duas). A escala foi considerada como tendo uma boa validade e fidedignidade quer na versão americana (Zung, 1975) quer na aferição para a população portuguesa (Ponciano, Serra e Relvas, 1982<sup>a</sup>, 1982b). Os autores da aferição portuguesa descrevem a SAS como um bom instrumento discriminativo entre a população normal e uma população de indivíduos ansiosos. Por outro lado, os estudos de correlação de cada componente da escala com o seu valor global, apontam no sentido de existir um componente geral, pois eles “não só se correlacionam bem com o valor global da ansiedade, como foram bem discriminados na análise dos componentes principais” (Ponciano et al. 1982b: 211).

De acordo com Ponciano et al. (1982b), a SAS é uma escala com uma boa validade, fidedignidade e discriminação.

A linha de corte de significado clínico, situa-se no valor 37, considerando-se como um caso clínico de ansiedade os indivíduos que pontuam valores iguais ou superiores a este valor. Os pontos de corte para as componentes do cognitivo são  $\geq 10$ , para motor  $\geq 7$ , no vegetativo  $\geq 17$  e no sistema nervoso central tem que ser  $\geq 4$

Neste estudo, para a análise da fidelidade da escala utilizada para avaliar o estado de ansiedade dos cuidadores formais, procedeu-se ao cálculo da sua consistência interna, em cada uma das quatro dimensões e no global, ou seja, estimámos a homogeneidade dos itens que constituem cada uma das dimensões e de todos os itens considerados em conjunto. Quanto maior é a consistência interna do instrumento, mais os enunciados dos itens estão correlacionados e maior será a sua homogeneidade. O método utilizado consistiu na determinação do coeficiente *alpha de Cronbach*, cujos valores podem variar entre 0 e 1. Para este coeficiente, valores mais elevados, ou seja, mais próximos de 1 mais internamente consistente são as escalas/dimensões. Este procedimento estatístico é indicado para escalas do tipo Likert e, de acordo com a maioria dos autores, resultados iguais ou superiores a 0,70

revelam uma boa consistência interna. Alguns autores consideram, ainda, que são aceitáveis valores iguais ou superiores a 0.60, principalmente quando o número de itens envolvidos é reduzido.

Como podemos constatar, pelos resultados que constituem o quadro 2, o coeficiente apresentou resultados compreendidos entre 0.652, na dimensão ansiedade sistema nervoso central e 0.783, na ansiedade vegetativa. Em termos globais obtivemos o valor 0.877. Com base nos resultados obtidos podemos concluir que a escala apresentou consistência interna aceitável que, conseqüentemente, é um bom indicador da fidelidade da escala aplicada aos elementos que constituem a amostra em estudo.

**Quadro 2. Consistência interna da escala de ansiedade de Zung**

<b>Dimensões</b>	<b>Nº itens</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
Ansiedade cognitiva	5	0.760
Ansiedade motora	4	0.731
Ansiedade vegetativa	9	0.783
Ansiedade sistema nervoso central	2	0.652
Ansiedade global	20	0.877

## 1.7 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS PARA RECOLHA DE DADOS

Para a recolha dos dados foi elaborado requerimento a solicitar autorização às diversas instituições anexando o respetivo instrumento de recolha de dados e o consentimento informado (Apêndice II e III), assegurando neste estudo a Proteção dos Direitos Humanos nomeadamente o direito à autodeterminação, à privacidade e dignidade, ao anonimato e confidencialidade (Wood e Harber, 2001).

Obtida a autorização para aplicação e recolha de dados (Anexo I) e após pré teste realizado, durante uma semana, a 5 Cuidadores Formais com as mesmas características, de modo a verificar se o formulário era perceptível e se era necessário proceder a alterações, o que não se verificou, sendo posteriormente estes elementos incluídos na amostra do estudo.

Objetivando-se escolher uma amostra representativa da população de cuidadores formais das respetivas instituições de apoio a idosos, aplicou-se o instrumento de colheita de dados aos sujeitos acessíveis nos dias estipulados para a recolha de dados onde consta a apresentação formal da investigadora, o tema do estudo e a informação relativa à confidencialidade dos dados recolhidos (Apêndice I).

## 1.8 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

De acordo com Fortin (2009), o método de análise deve ser congruente em relação aos objetivos e ao desenho do estudo quer este vise descrever relações, verificar relações entre as variáveis ou comparar o grupo.

Para organizar e sistematizar a informação contida nos dados e obter resultados descritivos e inferenciais recorreremos ao programa de tratamento estatístico designado por *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 20.0 de 2012.

Ao longo do estudo recorreremos a técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial, nomeadamente, apresentação em quadros de frequências (absolutas e percentuais), medidas de tendência central (média aritmética, média ordinal, mediana e moda), medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão), coeficiente *alpha de Cronbach* e de correlação de *Spearman* e, ainda, os testes estatísticos *U-Mann-Whitney*, significância do coeficiente de correlação de *Spearman e Shapiro-Wilk*, como teste de normalidade.

Na escolha dos testes, atendemos às características das variáveis em estudo e às recomendações apresentadas por Maroco (2007) e Pestana e Gageiro (2005). A opção por testes não paramétricos justifica-se pelo tamanho da amostra e pelo facto de existirem variáveis com distribuição de frequências não normal.

Em todos os testes foi fixado o valor 0.050 como limite de significância, ou seja, a hipótese nula foi rejeitada quando a probabilidade do erro tipo I (probabilidade de rejeição da hipótese nula quando ela é verdadeira) era inferior àquele valor ( $p < 0.050$ ).

## **2 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS/RESULTADOS**

Para Polit e Hungler (2004), uma vez que os dados colhidos na fase anterior, fase empírica, não são relatados aos interessados na sua forma bruta, deverão ser submetidos a vários tipos de análise e interpretação. Acrescentam que os dados por si só, não respondem às indagações de pesquisa, pelo que necessitam de ser processados e analisados de uma forma ordenada e coerente, para que possam ser discernidas as relações e os padrões.

Para Fortin (2009), a análise dos dados refere-se ao conjunto de métodos estatísticos que permitem visualizar, clarificar, descrever e interpretar os dados colhidos próximo dos sujeitos. Para além da análise, segundo Polit e Hungler (2004), antes da comunicação dos resultados, torna-se fundamental que os dados sejam organizados e interpretados. “A interpretação refere-se ao processo de compreensão dos resultados e de exame das implicações das descobertas em um contexto mais amplo” (Polit e Hungler, 2004: 35). De acordo com Fortin (2009), a interpretação dos dados corresponde à etapa de uma investigação que tem por objetivo compreender os dados colhidos, atribuindo-lhes um significado.

Na análise e interpretação dos quadros, que se seguem, será omitida a sua fonte, uma vez que se referem aos dados do estudo, obtidos através de formulário.

A apresentação inicia-se com dados relativos às características sociodemográficas dos cuidadores formais, apresentando-se de seguida os dados relativos às características profissionais, os estilos de vida e situação de saúde, o contexto de prestação de cuidados. Posteriormente, apresentam-se os dados relativos ao cansaço físico e psicológico dos cuidadores formais, avaliação da ansiedade e as dificuldades dos mesmos cuidadores na prestação de cuidados. Por fim, apresentam-se os fatores que influenciam as dificuldades dos cuidadores formais na prestação de cuidados a idosos institucionalizados.

### **Caraterísticas sociodemográficas dos cuidadores**

No âmbito das caraterísticas sociodemográficas da amostra verifica-se (quadro 3) que todos os elementos eram do género feminino. As suas idades variavam entre 25 e 62 anos, sendo a média 45.90 anos e desvio padrão 8.91 anos. Verifica-se, ainda, que 30.0% tinham entre 40 e 45 anos, seguidas de 17.5% cujas idades se situavam entre 50 e 55 anos e de 15.0% que pertenciam ao grupo etário dos 55 aos 60 anos. Metade das mulheres tinha, pelo menos, 44.50 anos (idade mediana) e a distribuição de frequências não se afastou significativamente da distribuição normal ou gaussiana ( $p=0.477$ ).

Quanto à situação conjugal constatou-se que a maioria dos elementos da amostra, concretamente 82.5%, era casada ou vivia em união de facto.

Os resultados apurados estão em conformidade com Sequeira (2010), segundo o qual, a responsabilidade pelo cuidado formal em instituições de apoio a idosos recai habitualmente sobre as mulheres. Estes dados são corroborados por Fernandes (2010) que, através do seu estudo, também concluiu que a grande maioria da sua amostra de cuidadores formais de idosos institucionalizados eram mulheres.

Barbosa et al. (2011) no seu estudo confirmam também que os cuidadores formais são predominantemente do sexo feminino com idades semelhantes à da amostra do presente estudo, sendo a maior parte casadas ou vivendo em união de fato.

Em termos de nível de escolaridade, verificou-se que 40.0% possuíam o 2º Ciclo do Ensino Básico, seguindo-se 30.0% que tinham, apenas o 1º Ciclo do mesmo nível de ensino e de 10.0% que tinham o Ensino Secundário. Também surgiram 5.0% que não tinham nenhuma instrução e 7.5% frequentaram o ensino superior.

Os resultados apurados neste estudo corroboram os de Carrilho (2012), segundo a qual, a maior parte dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em instituições particulares de solidariedade social, tinham idades compreendidas entre os 30 e 49 anos, com predominância dos sujeitos do sexo feminino e com o Ensino Básico. A mesma autora também apurou que a maioria dos cuidadores formais de idosos institucionalizados trata-se de ajudantes de ação direta, sendo este o grupo profissional que tem menos habilitações. Estes cuidadores prestam a maioria dos cuidados pessoais aos idosos (nomeadamente nas atividades de vida diária, como tomar banho, vestir, higiene, mobilidade e comer), sendo os profissionais que passam mais tempo com estes indivíduos e que estabelecem o contacto mais direto com os residentes destas instituições. Como tal, pode-se dizer que a presente investigação corrobora os dados conseguidos por Carrilho (2012), dado que também apurou que a maioria dos cuidadores formais possui o Ensino Básico.

**Quadro 3. Distribuição dos Cuidadores Formais segundo as características sociodemográficas**

Variável	n	%
<b>Género</b>		
Feminino	40	100.0
Masculino	-	0.0
<b>Grupo etário</b>		
< 30	2	5.0
[30 – 35[	2	5.0
[35 – 40[	4	10.0
[40 – 45[	12	30.0
[45 – 50[	5	12.5
[50 – 55[	7	17.5
[55 – 60[	6	15.0
≥ 60	2	5.0
$\bar{x} = 45.90$ ; Md = 44.50; s = 8.91; $x_{\min} = 25$ ; $x_{\max} = 62$ ; p = 0.477		
<b>Situação conjugal</b>		
Solteiro(a)	5	12.5
Casado(a)/União de facto	33	82.5
Viúvo(a)	1	2.5
Divorciado(a)/Separado(a)	1	2.5
<b>Nível de escolaridade</b>		
Sem instrução	2	5.0
1º Ciclo do Ensino Básico	12	30.0
2º Ciclo do Ensino Básico	16	40.0
3º Ciclo de Ensino Básico	3	7.5
Ensino Secundário	4	10.0
Enino Superior	3	7.5

### Características profissionais dos cuidadores

Quanto às características profissionais dos cuidadores formais, constatou-se (quadro 4) que o tempo de serviço total de prestação de cuidados situou-se entre 0.75 e 20.0 anos, sendo a média 8.13 anos com desvio padrão 4.42 anos. Constatou-se que 35.0% das inquiridas referiram tempos entre 10 e 15 anos, seguidos de 32.5% que indicaram tempos compreendidos entre 5 e 10 anos. Metade das cuidadoras afirmou que prestava cuidados há, pelo menos, 9.00 anos e a distribuição de frequência pode ser considerada normal ( $p = 0.101$ ).

O tempo de serviço como cuidador formal se situava entre 0.75 anos (9 meses) e 15.0 anos, sendo a média 7.81 anos com desvio padrão de 4.05 anos. Constatou-se, ainda, que 37.5% dos cuidadores formais desempenhavam estas funções há um tempo entre 10 e 15 anos, seguindo-se 35.0% que referiram tempos compreendidos entre 5 e 10 anos. Metade dos elementos da amostra prestavam cuidados há, pelo menos, 9.00 anos e a distribuição de frequências não pode ser considerada normal ( $p = 0.014$ ).

Como se pode constatar, 52.5% dos elementos da amostra em estudo referiu que teve formação específica para desempenhar as funções de cuidador formal, enquanto que os restantes 47.5% não teve qualquer tipo de formação para cuidar de idosos institucionalizados.

Estes dados vão de encontro ao que refere Pimentel (2001). Este autor considera que, para se dedicar o cuidado necessário ao idoso, o cuidador deve possuir formação profissional na área.

No que concerne ao tipo de vínculo à instituição, verificou-se que a maioria dos elementos da amostra, concretamente 77.5%, afirmou que era efetivo. Seguiram-se, ainda, 12.5% que tinham Contrato a Termo e 10.0% que desempenhavam funções no âmbito do Programa Ocupacional para Desempregados.

Verificou-se que 57.5% trabalhavam por turnos de oito horas, seguidos de 35.0% que tinham turnos de sete horas.

A larga maioria das mulheres inquiridas (95.0%) afirmou que não tinha qualquer outra atividade profissional e as duas que responderam o contrário disseram que cuidavam de idosos em *part-time* (uma) e desenvolviam formação profissional (outra).

**Quadro 4. Distribuição dos Cuidadores Formais segundo as características profissionais**

Variável	n	%
<b>Tempo de serviço total na prestação de cuidados</b>		
< 5	11	27.5
[5 – 10[	13	32.5
[10 – 15]	14	35.0
[15 – 20]	2	5.0
$\bar{x} = 8.13$ ; Md = 9.00; s = 4.42; $x_{\min} = 0.75$ ; $x_{\max} = 20.0$ ; p = 0.101		
<b>Tempo de serviço como cuidador formal na instituição</b>		
< 5	11	27.5
[5 – 10[	14	35.0
[10 – 15]	15	37.5
$\bar{x} = 7.81$ ; Md = 9.00; s = 4.05; $x_{\min} = 0.75$ ; $x_{\max} = 15.0$ ; p = 0.014		
<b>Formação específica para as funções</b>		
Sim	21	52.5
Não	19	47.5
<b>Tipo de vínculo à instituição</b>		
Efetivo	31	77.5
Contrato a Termo	5	12.5
Programa Ocupacional para Desempregados	4	10.0
Outro	-	0.0
<b>Tempo por turno</b>		
4.0	1	2.5
7.0	14	35.0
7.5	2	5.0
8.0	23	57.5
<b>Tem outra atividade profissional</b>		
Não	38	95.0
Sim	2	5.0
<b>Qual atividade profissional</b>		
Cuidar de idosos em part-time	1	50.0
Formação profissional	1	50.0

#### Estilos de vida e situação de saúde dos cuidadores

Relativamente aos estilos de vida (quadro 5), registou-se que 60.0% das mulheres afirmaram que tinham atividades de lazer ou hobbies. Destas 16 mulheres, 39.1% referiram

ter como hobbies as atividades manuais, seguidas de 21.7% que referiram a leitura e de 13.0% que indicaram as caminhadas ou as atividades agrícolas. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Paim e Strey (2006) que referem que nas dez atividades de lazer preferidas das mulheres também se incluem entre outras as caminhadas e as leituras informais.

Verificou-se também que 62.5% das mulheres referiram que não sofriam de qualquer doença e, das restantes 15, 28.6% afirmaram que sofriam de doenças osteoarticular, seguidas de 14.3% que indicaram o hipotireoidismo ou a diabetes. Como se pode constatar 57.5% disseram que tinham recorrido ao médico nos últimos seis meses. As restantes 23 mulheres disseram ter recorrido ao médico, tendo indicado como principais motivos os exames ou consultas de rotina (17.4%), as dores nas costas (13.0%) e de estômago (13.0%). Foram também referidos a necessidade de prescrição de medicação (8.7%) e a gripe ou constipação (8.47%).

Cerca de três em cada quatro dos elementos da amostra (72.5%) afirmaram que não tomavam medicação tranquilizante ou antidepressiva e 80.0% afirmaram que não tiveram necessidade de faltar ao trabalho nos últimos seis meses. Este facto é de máxima importância, indicando que existe um sentido de dever e responsabilidade com a sua atividade profissional por parte destas cuidadoras formais. As oito mulheres que faltaram ao trabalho indicaram como motivos os ferimentos graves ou as dores (ambas com 33.3%), A depressão e a morte de familiar, cada um dos motivos com a percentagem de 16.7%.

**Quadro 5. Distribuição dos Cuidadores Formais segundo os estilos de vida e situação de saúde**

Variável	n	%
<b>Atividade de lazer / hobbies</b>		
Não	16	40.0
Sim	24	60.0
<b>Qual a atividade de lazer / hobbies</b>		
Natação	1	4.3
Ver televisão	1	4.3
Agricultura	3	13.0
Caminhadas	3	13.0
Atividades manuais	9	39.1
Ler	5	21.7
Viajar	1	4.3
<b>Sofre de alguma doença</b>		
Não	25	62.5
Sim	15	37.5
<b>Qual a doença de que sofre</b>		
Osteoarticular	4	28.6
Hipertensão	1	7.1
Hérnia Discal	1	7.1
Gastrite	1	7.1
Hipotireoidismo	2	14.3
Depressão	1	7.1
Sinusite	1	7.1
Diabetes	2	14.3
Cardíaca	1	7.1
<b>Recorreu ao médico nos últimos seis meses</b>		
Não	17	42.5
Sim	23	57.5
<b>Motivo pelo qual recorreu ao médico nos últimos seis meses</b>		
Gravidez	1	4.3
Exames / Consultas de rotina	4	17.4
Dores nos braços	1	4.3
Medicação	2	8.7
Dores de costas	3	13.0
Dor de estômago	3	13.0
Ferimento grave	1	4.3
Infeção urinária	1	4.3
Hipoglicemia	1	4.3
Entorse do pé	1	4.3
Gripe / constipação	2	8.7
Enxaqueca	1	4.3
Artroses	1	4.3
Problema oftálmico	1	4.3
<b>Toma medicação tranquilizante ou antidepressiva</b>		
Não	29	72.5
Sim	11	27.5
<b>Faltou ao trabalho nos últimos seis meses</b>		
Não	32	80.0
Sim	8	20.0
<b>Motivo pelo qual faltou ao trabalho nos últimos seis meses</b>		
Ferimento grave	2	33.3
Depressão	1	16.7
Dores	2	33.3
Morte de familiar	1	16.7

### Contexto da prestação de cuidados

Os dados apresentados no quadro 6 permitem constatar que 87.5% dos elementos da amostra prestavam cuidados aos idosos em trabalho de equipa e todos tinham o apoio de técnicos de saúde na prestação de cuidados.

Quanto aos técnicos que davam apoio na prestação de cuidados, verificou-se que todos os cuidadores formais referiram os enfermeiros, seguidos de 72.5% que referiram os médicos.

Neste âmbito importa referir que o ato de cuidar de um idoso, em contexto institucional, pressupõe um trabalho em equipa. Neste contexto, há a salvaguardar que os bons resultados só poderão ser atingidos através de um projeto de comunicação desenvolvido como instrumento de cooperação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados a idosos, porque o ato de cuidar não é isolado, como sustenta Phaneuf (2005).

**Quadro 6. Distribuição dos Cuidadores Formais segundo o contexto da prestação de cuidados**

Variável	n	%
<b>Forma de prestação de cuidados aos doentes</b>		
Individual	5	12.5
Trabalho em equipa	35	87.5
<b>A prestação de cuidados tem apoio de técnicos de saúde</b>		
Não	-	0.0
Sim	40	100.0
<b>Quais são os técnicos de dão apoio</b>		
Médico(a)	29	72.5
Enfermeiro(a)	40	100.0
Fisioterapeuta	3	7.5
Outros	-	0.0

### Cansaço físico e psicológico na prestação de cuidados

Relativamente ao cansaço físico e psicológico sentido pelos prestadores formais, verificou-se (quadro 7) que 42.5% afirmaram que após a prestação de cuidados ficam cansados fisicamente e 45.0% afirmaram que ficavam também cansados psicologicamente.

Estes resultados corroboram o afirmado por Sequeira (2010), segundo o qual, os cuidadores formais de idosos, por norma, possuem níveis elevados de sobrecarga em todas as dimensões (social, psicológica, física, profissional). De acordo com Santos (2008), a prestação de cuidados a um idoso possui variadas facetas, uma que abarca vários aspetos da vida do cuidador formal. A situação de prestação de cuidados “ (...) e o peso que ela implica, geram frequentemente na pessoa que o faz, stresse, frustrações, nervosismo, irritabilidade, inquietação, ansiedade ou ainda uma preocupação constante” (Santos, 2008). Na mesma linha de pensamento, Brito (2003) refere que as alterações psicossociais são das mais sentidas pelo cuidador formal de idosos.

De acordo com Santos (2008), estudos realizados em alguns países da Europa, demonstram que os cuidadores de idosos manifestam sintomas como excesso de cansaço, fadiga geral, esgotamento físico e mental, diminuição das forças e das resistências, nervosismo, irritabilidade, ansiedade, insónias, sintomas depressivos, entre outros.

Assim, para Sequeira (2007: 151), “cuidar de alguém implica estar exposto às consequências associadas a uma relação de prestação de cuidados”.

**Quadro 7. Distribuição dos Cuidadores Formais segundo o cansaço físico e psicológico na prestação de cuidados a idosos institucionalizados**

Variável	n	%
<b>Após a prestação de cuidados fica fisicamente</b>		
Bem	9	22.5
Razoável	9	22.5
Sem alteração	4	10.0
Cansada	17	42.5
Exausta	1	2.5
<b>Após a prestação de cuidados fica psicologicamente</b>		
Bem	3	7.5
Razoável	12	30.0
Sem alteração	5	12.5
Cansada	18	45.0
Exausta	2	5.0

#### **Avaliação da ansiedade dos cuidadores**

Com base na aplicação da escala de Zung, pôde avaliar-se os níveis de ansiedade evidenciados pelos cuidadores formais (quadro 8). Relativamente à ansiedade cognitiva 65.0% dos inquiridos revelaram não ser casos clínicos. As pontuações situaram-se entre 5 e 17 pontos, sendo a média 8.25 pontos com desvio padrão 2.77 pontos. Metade dos inquiridos obtiveram resultados inferiores a 8.00 pontos e a distribuição de frequências afastou-se significativamente de uma distribuição normal ( $p = 0.002$ ).

Estes resultados poder-se-ão dever ao facto de a ansiedade cognitiva ser vista como as preocupações e as expectativas negativas acerca do rendimento e autoavaliação negativa. Segundo Martens et al. (2000), a ansiedade cognitiva consiste em pensamentos negativos e preocupações sobre a performance, incapacidade para se concentrar e atenção disruptiva. Assim, os dados alcançados sugerem que os sujeitos da amostra não têm uma perceção negativa do seu trabalho. Ou seja, os sujeitos da amostra não revelam uma componente mental do estado de ansiedade causada pelo medo de uma avaliação negativa e que causa reações, tais como o medo, apreensão, apatia, desinteresse, pensamentos negativos, conforme sustenta o autor citado.

Ao nível da ansiedade motora, verificou-se que 52.5% eram casos clínicos, situando-se os resultados entre 4 e 14 pontos. A média situou-se nos 7.40 pontos com desvio padrão 2.36

pontos e mediana 7.00 pontos. A distribuição dos resultados em torno da média afastou-se significativamente de uma distribuição gaussiana ( $p = 0.001$ ). Estes resultados poder-se-ão dever ao facto de as atividades realizadas no âmbito do cuidado a idosos institucionalizados exigirem grande esforço físico, como são o caso da deambulação e mobilizações, resultando num cansaço físico, com manifestações de braços e pernas a tremer, dores nas costas e pescoço, conforme é avaliado na respetiva escala. Os sujeitos da amostra, na globalidade, revelam ansiedade ao nível do comportamento, traduzida na sensação de tensão muscular.

No que respeita à ansiedade vegetativa, constatou-se que 60.0% dos inquiridos apresentaram resultados que permitiram classificá-los como não sendo casos clínicos. As pontuações observadas situaram-se entre 9 e 26 pontos, tendo como média 15.83 pontos e desvio padrão 4.71 pontos. Metade dos elementos da amostra apresentou valores iguais ou inferiores a 15.00 pontos e a distribuição de frequências pode ser considerada normal ( $p = 0.083$ ). Neste sentido, poder-se-á dizer que os cuidadores formais não demonstram manifestações orgânicas da ansiedade que se traduz em queixas físicas variadas ou somatização, como, por exemplo, o coração a bater com mais força, crises de desmaio, sentir as mãos e os pés entorpecidos, dores de estômago e más digestões.

Ao nível do sistema nervoso central, verificou-se que 85.0% dos inquiridos apresentaram resultados que permitiram classificá-los como casos clínicos. Os valores observados situaram-se entre 2 e 8 pontos, sendo a média 4.55 pontos com desvio padrão 1.26 pontos. Metade dos elementos da amostra apresentou resultados iguais ou superiores a 4.00 pontos e a distribuição dos resultados afastou-se significativamente de uma distribuição normal ( $p = 0.012$ ). Estes dados sugerem que a maioria dos cuidadores formais não adormecem facilmente e não conseguem obter um bom descanso durante a noite.

Em termos globais, verificamos que 55.0% não eram casos clínicos e que as pontuações observadas se situaram entre 23 e 59 pontos, sendo a média 36.03 pontos com desvio padrão 9.14 pontos. Metade dos inquiridos obteve, pelo menos, 34.50 pontos e a distribuição de frequências não pode ser considerada normal ( $p = 0.024$ ).

Pode-se então constatar que os elementos da amostra evidenciaram maior ansiedade do sistema nervoso central, seguindo-se a ansiedade motora. No global, quase metade dos elementos da amostra apresentaram resultados que permitiram classificá-los como casos clínicos de ansiedade.

Face aos resultados apurados, pode afirmar-se que cuidar envolve um conjunto de variáveis que são corresponsáveis e potenciam alterações positivas e negativas nos cuidadores, ou mesmo ao aparecimento de dificuldades nos cuidados a prestar. O princípio é que qualquer pessoa que vive em comunhão com outra é influenciada pelo seu

comportamento e esta relação tem nuances que resultam da duração, da intensidade e da empatia que estes indivíduos nutrem um pelo outro. Também será importante referir que, conforme salienta Sequeira (2007), existem dois níveis no que respeita às repercussões do cuidar nos cuidadores formais: as objetivas, que são resultantes da prática dos cuidados e as subjetivas, que percecionam as primeiras. As repercussões objetivas têm um cariz mais visível, enquanto as subjetivas são menos explícitas, uma vez que se manifestam através de ansiedade, conforme ficou demonstrado no presente estudo.

**Quadro 8. Distribuição dos Cuidadores Formais de acordo com os resultados da avaliação da ansiedade**

Dimensão	n	%
<b>Ansiedade cognitiva</b>		
Não caso clínico	26	65.0
Caso clínico	14	35.0
$\bar{x} = 8.25$ ; Md = 8.00; s = 2.77; $x_{\min} = 5$ ; $x_{\max} = 17$ ; p = 0.002		
<b>Ansiedade motora</b>		
Não caso clínico	19	47.5
Caso clínico	21	52.5
$\bar{x} = 7.40$ ; Md = 7.00; s = 2.36; $x_{\min} = 4$ ; $x_{\max} = 14$ ; p = 0.001		
<b>Ansiedade vegetativa</b>		
Não caso clínico	24	60.0
Caso clínico	16	40.0
$\bar{x} = 15.83$ ; Md = 15.00; s = 4.71; $x_{\min} = 9$ ; $x_{\max} = 26$ ; p = 0.083		
<b>Ansiedade sistema nervoso central</b>		
Não caso clínico	6	15.0
Caso clínico	34	85.0
$\bar{x} = 4.55$ ; Md = 4.00; s = 1.26; $x_{\min} = 2$ ; $x_{\max} = 8$ ; p = 0.012		
<b>Ansiedade global</b>		
Não caso clínico	22	55.0
Caso clínico	18	45.0
$\bar{x} = 36.03$ ; Md = 34.50; s = 9.14; $x_{\min} = 23$ ; $x_{\max} = 59$ ; p = 0.024		

### Dificuldades dos cuidadores na prestação de cuidados

No que concerne às dificuldades sentidas pelos prestadores formais na prestação de cuidados a idosos institucionalizados (quadro 9), constatou-se que 42.5% sentiam alguma dificuldade na prestação dos cuidados ao nível da deambulação/mobilização, seguidos de 30.0% que manifestaram bastante dificuldade.

Em termos dos cuidados com a alimentação, verificou-se que 40.0% dos elementos da amostra sentiam alguma dificuldade, seguindo-se 22.5% que manifestaram bastante dificuldade.

Nos cuidados com a higiene, 30.0% dos inquiridos referiram bastantes dificuldades, seguidos de 27.5% que afirmaram não sentir qualquer dificuldade e de 25.0% que referiram alguma dificuldade.

Relativamente à comunicação, 37.5% dos inquiridos referiram que sentiam alguma dificuldade, seguidos de 22.5% que referiram poucas dificuldades e com igual percentagem indicou bastantes dificuldades.

Quanto às dificuldades nos cuidados com as alterações emocionais, 45.0% referiram algumas dificuldades, seguindo-se 22.5% que disseram sentir bastantes dificuldades.

No que respeita a outras dificuldades na prestação de cuidados, responderam a higiene da boca, a adaptação da alimentação à doença e administração de insulina, apenas sete dos inquiridos referenciaram estas dificuldades e todos eles afirmaram sentir muitas dificuldades na prestação destes cuidados.

Como resultado das respostas dadas às questões anteriores foi possível avaliar as dificuldades sentidas pelos inquiridos na prestação de cuidados. Os resultados que se apresentam no final do quadro 9 permitem constatar que, numa escala, que poderia variar entre 6 e 30 pontos foram observados valores entre 6 e 27 pontos, sendo a média 15.08 pontos com desvio padrão 5.08 pontos. Verificou-se também que 37.5% apresentaram pontuações entre 12 e 17 pontos, seguidos de 30.0% cujas pontuações se situaram entre 18 e 23 pontos e de 27.5% cujos resultados se situaram entre 6 e 11 pontos. Metade dos elementos da amostra obtiveram pontuações iguais ou superiores a 15.00 pontos e a distribuição de frequências pode ser considerada próxima de uma distribuição normal ( $p = 0.201$ ).

As dificuldades manifestadas pelos participantes deste estudo na prestação de cuidados a idosos institucionalizados podem ser explicadas precisamente pelo facto de se tratar de idosos que necessitam de ajuda para a deambulação/imobilização, cuidados com a alimentação, higiene, comunicação, dificuldades inerentes às alterações emocionais e outros procedimentos ligados às diversas patologias que os mesmos possam apresentar. Estas atividades desenvolvidas pelos cuidadores formais requerem conhecimento, formação e aptidão física e competências comunicacionais. As pessoas idosas apresentam mais doenças crónicas, comorbilidades e índices superiores de dependência, necessitando, como tal, de mais apoio e ajuda para a satisfação das necessidades humanas básicas e atividades de vida diária (Fernandes, 2000).

A prestação de cuidados ao idoso institucionalizado exige tempo e dedicação, requerendo, por parte do cuidador, formação para poderem prestar cuidados de qualidade e minimizar a sobrecarga física, psicológica e profissional daí decorrente (Lage, 2007).

**Quadro 9. Distribuição dos Cuidadores Formais segundo as dificuldades na prestação de cuidados a idosos institucionalizados**

Variável	n	%
<b>Dificuldades nos cuidados com deambulação/mobilização</b>		
Nenhuma	3	7.5
Pouca	7	17.5
Alguma	17	42.5
Bastante	12	30.0
Muita	1	2.5
<b>Dificuldades nos cuidados com a alimentação</b>		
Nenhuma	8	20.0
Pouca	7	17.5
Alguma	16	40.0
Bastante	9	22.5
Muita	-	0.0
<b>Dificuldades nos cuidados com a higiene</b>		
Nenhuma	11	27.5
Pouca	3	7.5
Alguma	10	25.0
Bastante	12	30.0
Muita	4	10.0
<b>Dificuldades nos cuidados com a comunicação</b>		
Nenhuma	7	17.5
Pouca	9	22.5
Alguma	15	37.5
Bastante	9	22.5
Muita	-	0.0
<b>Dificuldades nos cuidados com as alterações emocionais</b>		
Nenhuma	5	12.5
Pouca	5	12.5
Alguma	18	45.0
Bastante	9	22.5
Muita	3	7.5
<b>Outras Dificuldades</b>		
Nenhuma	-	0.0
Pouca	-	0.0
Alguma	-	0.0
Bastante	-	0.0
Muita	7	100.0
<b>Avaliação das dificuldades</b>		
6 – 11	11	27.5
12 – 17	15	37.5
18 – 23	12	30.0
24 – 30	2	5.0
$\bar{x} = 15.08$ ; Md = 15.00; s = 5.08; $x_{\min} = 6.0$ ; $x_{\max} = 27.0$ ; p = 0.201		

### Fatores que influenciam as dificuldades dos cuidadores na prestação de cuidados a idosos institucionalizados

Procurou-se avaliar as possíveis associações entre as dificuldades sentidas pelos cuidadores formais e algumas das variáveis presentes no estudo. Optou-se por apresentar, apenas, aquelas em que os resultados eram estatisticamente significativos.

Os resultados apresentados no quadro 10 foram obtidos com a aplicação do teste U de Mann-Whitney para decidir quanto às associações «as dificuldades dos cuidadores formais são diferentes conforme estes sofrem, ou não, de alguma doença», «as dificuldades dos

**cuidadores formais são diferentes conforme estes recorreram, ou não, ao médico nos últimos seis meses» e «as dificuldades dos cuidadores formais são diferentes conforme estes tomam, ou não, medicação tranquilizante ou antidepressiva».**

Estes resultados permitem constatar que os dados corroboram as três associações e a comparação dos valores das medidas de tendência central (média ordinal, média e mediana) revelam que os cuidadores que sofrem de alguma doença, que recorreram ao médico nos últimos seis meses e que tomam medicação tranquilizante ou antidepressiva tendem a evidenciar maiores dificuldades na prestação dos cuidados ao idoso institucionalizado.

Neste sentido, Sousa, Figueiredo e Sequeira (2004) referem que a qualidade de vida dos cuidadores é influenciada de forma negativa ou positiva dependendo das estratégias que estes adotam, ou seja, o modo como gerem situações face ao stress e à ansiedade, sobretudo quando se trata de cuidadores com patologias. Como se depreende dos resultados obtidos os cuidadores apresentam necessidades que dependem da sua condição individual, variando consoante diversos fatores, no caso concreto ter alguma doença, ter recorrido ao médico nos últimos seis meses e tomar medicação tranquilizante ou antidepressiva.

**Quadro 10. Resultados da comparação das dificuldades dos cuidadores formais em função do facto do cuidador sofrer de alguma doença, ter recorrido ao médico nos últimos seis meses e tomar tranquilizantes ou antidepressivos**

Variável	Dificuldades					
	n	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	Z	P
<b>Sofre de alguma doença</b>						
Não	25	16.70	13.36	14.00	-2.667	0.008
Sim	15	26.83	17.93	18.00		
<b>Recorreu ao médico nos últimos seis meses</b>						
Não	17	15.15	12.65	14.00	-2.502	0.012
Sim	23	24.46	16.87	16.00		
<b>Toma medicação tranquilizante ou antidepressiva</b>						
Não	29	17.07	13.45	14.00	-3.029	0.002
Sim	11	29.55	19.36	20.00		

No quadro 11 apresentam-se os resultados dos estudos de correlação entre as dificuldades na prestação de cuidados e as variáveis cansaço físico, cansaço psicológico e ansiedade. Para tal, aplicou-se o coeficiente de correlação de Spearman e do respetivo teste de significância. Desta forma, testou-se as associações «**as dificuldades dos cuidadores formais estão relacionadas com o cansaço físico**», «**as dificuldades dos cuidadores formais estão relacionadas com o cansaço psicológico**» e «**as dificuldades dos cuidadores formais estão relacionadas com os níveis de ansiedade**».

Como se pode constatar os dados confirmam as primeiras duas associações e a terceira nas dimensões referentes à ansiedade cognitiva e à ansiedade motora e ao nível da ansiedade global. O facto de as correlações serem positivas permitem, ainda, afirmar que os cuidadores formais que evidenciaram maior cansaço físico e psicológico e maiores níveis de ansiedade tendem a revelar maiores dificuldades na prestação de cuidados aos idosos institucionalizados. Neste sentido, Santos (2005) refere que, ao nível físico e psicológico, muitos cuidadores de idosos institucionalizados têm a sensação da degradação progressiva do seu estado de saúde, mostrando-se a sua saúde global mais frágil, com maior prevalência de cansaço físico e psicológico e maiores níveis de ansiedade, o que se vai agravando conforme o aumento da idade e do tempo em que se exerce funções área. Mendes (2010) também refere que há uma correspondência entre a ansiedade e as dificuldades sentidas pelos cuidadores formais no cuidado a idosos.

**Quadro 11. Resultados da correlação das dificuldades dos cuidadores formais com o cansaço físico e psicológico e com a ansiedade**

Variável	Dificuldades	
	r <sub>s</sub>	P
Cansaço físico	+0.72	0.001
Cansaço psicológico	+0.81	0.001
Ansiedade cognitiva	+0.40	0.011
Ansiedade motora	+0.37	0.021
Ansiedade vegetativa	+0.23	0.148
Ansiedade sistema nervoso central	+0.06	0.734
Ansiedade global	+0.32	0.042

Em suma, apurou-se que as principais dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados são ao nível da prestação de cuidados na deambulação/mobilização, cuidados com a alimentação, com a higiene, no âmbito da comunicação, dificuldades nos cuidados com as alterações emocionais.

Os resultados demonstram igualmente que os cuidadores que sofrem de alguma doença, que recorreram ao médico nos últimos seis meses e que tomam medicação tranquilizante ou antidepressiva evidenciam maiores dificuldades na prestação dos cuidados ao idoso institucionalizado. Constatou-se ainda que, quanto maior for o cansaço físico e psicológico e quanto maiores são os níveis de ansiedade do cuidador, mais dificuldades estes apresentam na prestação de cuidados aos idosos.

## CONCLUSÕES/SUGESTÕES

Partiu-se para esta investigação com várias interrogações, às quais se pensa ter conseguido responder, mas no caminho percorrido, foi-se fazendo o próprio caminho e ao andar deparou-se com dificuldades que se procuraram contornar. Assim, salienta-se a dificuldade em conciliar as exigências da vida profissional e pessoal na elaboração desta investigação.

Chegado o momento de se refletir sobre a mesma, algumas considerações se impõem sobre o percurso que se atravessou, desde a origem das dúvidas e questões até às dúvidas e questões que hoje se colocam. O processo de investigação, sobretudo, o que decorre no contexto das Ciências Sociais e Humanas, é um cosmos infindável de perguntas, das quais apenas se consegue responder a uma pequena parte.

Desta forma, a questão de partida do presente estudo constituiu um desafio que permanece em aberto e que urge aprofundar. Considera-se que, a par com a vontade pessoal e profissional, o estudo desenvolvido reforçou esse impulso, para o qual contribuiu o quadro teórico e prático aqui apresentado, tendo a realização desta investigação permitido alcançar um maior conhecimento das dificuldades sentidas pelos cuidadores formais de idosos institucionalizados, bem como identificar e analisar os fatores que influenciam essas dificuldades.

Partindo-se da revisão bibliográfica efetuada, concluiu-se que o momento atual traduz uma época em que a esperança de vida é uma consequência inevitável nas sociedades ditas modernas. Porém, esta situação acarreta um novo desafio: o envelhecimento da população e, simultaneamente, espera-se que o envelhecimento não seja o início do “fim” mas, antes, se torne numa oportunidade de gozar a terceira idade de forma digna, de envelhecer de forma ativa, para o que contribui decisivamente a atuação/cuidado dos cuidadores, destacando-se os cuidadores formais, no caso dos idosos institucionalizados.

Após o estudo dos 40 cuidadores formais pertencentes à amostra, e tendo em conta os objetivos definidos salientam-se as principais conclusões:

1 - Relativamente às **Características Sociodemográficas** da amostra verificou-se que todos os elementos eram do sexo feminino, pertencentes ao grupo etário dos 65 aos 62 anos, com uma média de idades de 45.90 anos, são maioritariamente casadas ou a viver em união de fato. O nível de escolaridade mais representado é o 2ºCiclo do Ensino Básico

2 – No que concerne às **Características Profissionais** dos Cuidadores Formais constatou-se que o tempo de serviço total de prestação de cuidados se situou entre os 0.75 e os 20.0 anos, tendo uma média de 8.03 anos, e o tempo de serviço como cuidador formal se situou entre os 0.75 e os 15 anos, sendo a média de 7.81 anos. No estudo referiram ter formação específica 52.5% dos elementos da amostra, 77.5% eram efetivos e 57.5% realizavam um horário de trabalho diário de 8 horas seguidos de 30.0% que tinham turnos de 7 horas. A larga maioria das mulheres inquiridas não tinha qualquer outra atividade profissional.

3 – Relativamente aos **estilos de vida** verificou-se que a maioria das mulheres afirmaram ter atividades de lazer ou hobbies, com predomínio nas atividades manuais. Apurou-se também que 62.5% das mulheres referiram não sofrer de qualquer doença, tendo 57.5% recorrido ao médico sendo o motivo principal os exames ou consultas de rotina. A maioria das inquiridas afirmaram não tomar medicação tranquilizante nem antidepressiva e, não ter tido necessidade de faltar ao trabalho nos últimos 6 meses.

4 – No que respeita ao contexto de prestação de cuidados a maioria dos elementos da amostra prestavam cuidados em equipa e todos tinham apoio de técnicos de saúde na prestação de cuidados.

5 – Relativamente ao **cansaço físico e psicológico** sentido pelos cuidadores formais, 42.5% ficam cansados fisicamente enquanto que 45% afirmam ficar cansados psicologicamente após a prestação de cuidados.

6 – Perante a análise dos resultados da **avaliação da ansiedade**, a nível da ansiedade cognitiva 65.0% dos casos revelaram não ser casos clínicos. Já ao nível da ansiedade motora, vegetativa e do sistema nervoso central foram verificados casos clínicos, sendo respetivamente 52.5%, 60.0% e 85.0%. Em termos globais verificou-se que 55.0% não eram casos clínicos.

7 - Neste contexto, e tendo em conta os dados obtidos do estudo empírico, os quais responderam à questão de investigação inicialmente formulada, concluiu-se que os cuidadores formais de idosos institucionalizados revelam maiores **dificuldades na prestação de cuidados** ao nível dos cuidados na deambulação/mobilização, com a alimentação, com a higiene, no âmbito da comunicação, dificuldades nos cuidados com as alterações emocionais.

Os cuidadores que recorreram ao médico nos últimos seis meses e que tomam medicação tranquilizante ou antidepressiva demonstraram maiores dificuldades na prestação dos cuidados ao idoso institucionalizado. Concluiu-se que quanto maior for o cansaço físico e psicológico e quanto maiores forem os níveis de ansiedade, maiores dificuldades sentem os cuidadores na prestação de cuidados aos idosos.

Face a esta realidade, pode-se afirmar que o processo de cuidar é, acima de tudo, um processo complexo, que exige apoio e intervenção em vários domínios, pelo que altera fortemente a vida dos cuidadores.

Desta forma, sugere-se que se utilizem medidas que ajudem os cuidadores formais de idosos institucionalizados a encontrar estratégias que os ajudem a enfrentar as dificuldades subjacentes à sua prática profissional diária. Os resultados obtidos sugerem a necessidade de desenvolver programas de formação direcionados às cuidadoras formais, de modo a adquirirem competências perante as dificuldades encontradas no estudo, nomeadamente deambulação/mobilização, alimentação, higiene, comunicação e alterações emocionais, contribuindo desta forma para a diminuição da sua ansiedade e, conseqüente melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos idosos institucionalizados. Outra sugestão vai de encontro ao desenvolvimento de esforços cognitivos e comportamentais mediando estratégias de coping. Estas estratégias devem ser adaptadas à amostra das cuidadoras formais deste estudo, focalizando uma reestruturação cognitiva para encarar as dificuldades na prestação de cuidados ao idoso institucionalizado de uma forma mais harmoniosa.

Em suma, a sensibilização dos cuidadores formais para o contexto estudado é fundamental, de modo a que estes possam ter capacidades e competências que promovam intervenções seguras e adequadas, de modo a permitir melhorar a qualidade de vida do cuidador e influenciar positivamente a prestação de cuidados ao idoso institucionalizado.

A promoção de estratégias que visem a solidariedade e o apoio dentro da equipa multidisciplinar, com a inclusão de todos os seus elementos, atendendo ao levantamento de problemas vivenciados e a uma intervenção assertiva, tornar-se-á uma mais-valia para os cuidadores formais, em particular, e para os idosos institucionalizados, em geral. Conhecendo-se a realidade dos cuidadores formais, as equipas de enfermagem que intervêm no processo de cuidar idosos institucionalizados deverão voltar a sua atenção também para os cuidadores. Só assim se poderá garantir que quem cuida não fique por cuidar.

Como em todos os estudos científicos, existem alguns fatores que condicionam ou limitam o processo da investigação, pelo que importa refletir sobre esses aspetos e se de alguma forma podem ter interferido nos resultados. Deste modo, refere-se que o facto de apenas se ter conseguido uma amostra de quarenta cuidadores formais se assumiu, *a priori*, como uma limitação à presente investigação.

Outra limitação deste estudo prende-se com o facto de não se ter encontrado estudos sobre cuidadores formais em geral e, mais especificamente de dificuldades de cuidadores formais de idosos institucionalizados, também não se encontrou nenhuma escala aferida que avaliasse as dificuldades dos cuidadores formais na prestação de cuidados a idosos

institucionalizados, resultando na elaboração de questões por parte da investigadora. Outra limitação prende-se com os fracos conhecimentos ao nível de investigação, sobretudo no que se refere ao tratamento estatístico dos resultados, o que foi ultrapassado ao longo do trabalho.

No entanto, os resultados apurados contribuíram para um conhecimento mais aprofundado deste fenómeno. Assim sendo, sugere-se a continuação desta investigação aumentando-se a amostra, de modo a aprofundar a temática em análise. Uma oportunidade que poderá resultar da presente investigação, traduz-se na possibilidade de efetuar um estudo comparativo, de natureza qualitativa e quantitativa, utilizando outras escalas com temáticas inerentes aos cuidados ao idoso, criar um novo formulário com questões focalizadas nas dificuldades em confronto com o grau de dependência dos idosos institucionalizados, entrevistar os idosos cuidados, para que se possa conhecer as suas perceções sobre os cuidados prestados pelos seus cuidadores formais.

Por fim, e consciente das lacunas/limitações deste estudo, destaca-se a importância do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, o qual pode dar um importante contributo na prestação de cuidados de qualidade, na promoção da saúde e no bem-estar quer dos cuidadores formais, quer dos idosos institucionalizados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. (2008). *A pessoa idosa institucionalizada em Lares. Aspectos e contextos da Qualidade de Vida. Dissertação de Mestrado* apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Amorim, C., Sousa, C. (2013). *Gramática da Língua Portuguesa*. Porto: Areal Editora.
- Andrade, F. M. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Acedido em março 2, 2013, em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/10460>
- Ano Europeu do Envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações (2012), acedido em março 12, 2013, em [www.envelhecimentoativo.pt/link.asp?tit=11](http://www.envelhecimentoativo.pt/link.asp?tit=11)
- Azevedo, L.; Loureiro, C.; Pereira, J. e Cunha, M. (2010). Vulnerabilidade ao stress, Desordens Emocionais, Qualidade de Vida e Bem-Estar em Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados. Apresentação de um estudo exploratório.- *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho, Portugal*,
- Barbosa, A.L.; Cruz, J.; Figueiredo, D. et al (2011). *Cuidar de Idosos com Demência em Instituições: Competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais*. Acedido em julho 19, 2013, em *Psicologia, Saúde e Doenças*: [http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S164500862011000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S164500862011000100008&script=sci_arttext)
- Brito, L. (2003). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Calkins, E.; Ford, A.; Katz, P. (1997). *Geriatría prática*. Rio de Janeiro: Revinter
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Vialonga: Coisas de Ler Editora
- Carrilho, P.M. (2012). *Epidemiologia dos acidentes de trabalho e exercício físico em instituições de apoio a idosos*. Dissertação de Mestrado. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.
- Cabete, D. (2005). *O idoso, a doença e o hospital*. 1ª Edição. Loures: Lusociência

- Colliére, M.F. (2003). *A primeira Arte da vida*. (2.<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusociência.
- Costa, M. (2000). *Novos desafios para a excelência dos cuidados de enfermagem*. *Servir*, vol. 48, 1, 12-18.
- Dicionário da Língua Portuguesa, (s/d), *Infopédia: Enciclopédia e Dicionários Porto Editora*, Acesso em outubro 20, 2012, em: Infopédia: <http://www.infopédia.pt/>
- Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa (2003). Lisboa: Fundação Calouste Gulbeikien.
- Direcção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004-2010)* Circular Normativa N.º: 13/DGCG, DATA: 02/07/04. Acedido em fevereiro 5, 2013, em Portal da Saúde: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- Dubois, M. F. Dubuc, N. Raiche, M. Caron, C. D. e Hébert, R. (2008). *Correlates of the perceived need for institutionalisation among older adults without cognitive impairment*. *Gerontology*, 54, 244-251.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no Idoso – Estudo da relação entre fatores pessoais e situacionais e manifestações na depressão*. Coimbra: Quarteto.
- Fernandes, S.L.C. (2010). *Vivências em lares de idosos: Diversidade de Percursos: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado. Universidade Portucalense Infante D. Henrique.
- Fernández- Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia Social*. Madrid: Pirámide
- Ferreira, S. (2008). *Papel dos cuidadores informais ao idoso com doença de Alzheimer*. Universidade de Aveiro: Secção Autónoma de Ciências da Saúde, acedido em março 12, 2013, em: <http://hdl.handle.net/10773/3288>.
- Figueiredo, D. (2007) *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência: abordagem multidimensional das (dis)semelhanças*. Acedido em março 12, 2013, em <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2007001045>.
- Fontainne, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta
- Fragoso, V. (2008). *Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado*. *Revista IGT na Rede*, v. 5, 8, pp.51-61.

- Gil, A. (2008). *Métodos e técnica de pesquisa social*. (6.ª ed.) São Paulo: Atlas.
- Gomes, A. e Almeida, V. (2010). *O distrito da Guarda em números*. Comissão de Coordenação e desenvolvimento regional do centro.
- Grelha, P.A.S.S. (2009). *Qualidade de vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em contexto domiciliário*. Acedido em maio 14, 2013, em Faculdade de Medicina de Lisboa: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1090/1/21226\\_ulsd057824\\_td.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1090/1/21226_ulsd057824_td.pdf)
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar no Hospital- Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. 1ª edição. Loures: Lusociência
- Hill, M. e Hill, A. (2012). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Silabo
- ICN- Internacional Council of Nurses (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) Versão 1.0*. Geneva: ICN / Ordem dos Enfermeiros
- Imaginario, C.M.I. (2008). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar- Uma análise da Visão da Família e do Cuidador Principal*. Coimbra: Formasaut
- INE (2005) - Destaque- *Informação à Comunicação Social: Dia Internacional do Idoso*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística
- Instituto da Segurança Social (2011). *Carta Social*. Rede de Serviços e Equipamentos. Acedido em julho 5 de 2013, em <http://www.cartasocial.pt/index1.php#> [consultado em: 25/04/2012].
- Instituto da Segurança Social (2011). *Modelo de avaliação da qualidade: estrutura residencial para idosos*. Acedido em julho 5, 2013, em [http://www2.seg-social.pt/preview\\_documentos.asp?r=21437&m=pdf](http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=21437&m=pdf).
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos - Resultados preliminares – 2011*. Disponível em: <http://censos.ine.pt/>. Consultado em março 2, 2013.
- Jacinto, L. (2003). *Uma proposta de perfil profissional para as IPSS*. Lisboa. Instituto Superior de ciências do Trabalho e da Empresa.
- Jacob, L. (2002). *Ajudante Sénior: uma hipótese de perfil profissional para as IPSS*. *Dissertação de Mestrado de Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos*, apresentada ao ISCTE.
- Jones, C. e Rose, D. (2005). *Physical Activity Instruction of Older Adults*. Illinois: Human Kinetics Publishers.

- Lage, M.I.G.S. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal*. Acedido em abril 20, 2013, em Instituto de Ciências Biomédicas de Abel de Salazar da Universidade do Porto.: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7243/4/TESE%20DISCUSS%C3%83O%2008%20ABRIL.pdf>
- Lakatos, E.M.; Marconi, M.A. (2004). *Metodologia Científica*. 5.<sup>a</sup> edição. São Paulo: Atlas.
- Leite, M. M. (2006). *Impacto da demência de Alzheimer no cônjuge prestador de cuidados*. Porto: F.P.U.E.U.P.
- Levet, M. (1998). *Viver Depois dos 60 Anos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lobo, A.; Pereira, A. (2007). *Idoso Institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão Física*. Revista Referência, II.<sup>a</sup> Série, 4, 61-68.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística - Com Utilização do SPSS*. 3<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Edições Silabo.
- Marques, S. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martens, R.; Burton, D.; Vealey, R.; Smith, D.; & Bump, L. (2000). *The Development of the Competition State Anxiety Inventory*. Human Kinetics University of Urbana. Champaign, II.
- Martins, R. (2007). *Exercício físico na pessoa idosa e indicadores de risco cardiovascular global. Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra*.
- Matos, M. e Avelar, T. (2000). A Explicação Evolutiva do Envelhecimento, *Geriatrics*, 13, 5-10.
- Mendes, J.A.M. (2010). *A Vivência Subjectiva dos Cuidadores de Pessoas com Demência: Temas Centrais, sintomatologia emocional e estratégias de confronto*. Acedido em janeiro, 8, 2013 em Faculdade de Psicologia de Lisboa:<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2519>
- Moura, C. (2006). *Século XXI- Século do Envelhecimento*. Loures: Lusociência.
- Netto, M. e Borgonovi, N. (2002). *Biologia e Teorias do Envelhecimento*. São Paulo, Atheneu.
- Oliveira, B. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. 4<sup>a</sup> edição. Porto: Legis Editora.
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento activo: uma política de saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde.

- Organização das Nações Unidas (ONU Portugal, 2002) *Comunicado de Imprensa do Departamento de Informação Pública da ONU*, símbolo SOC/4619- Centro de Informação das Nações Unidas em Portugal, (pp. 1-7), Acedido em abril 10, 2013. Disponível: <http://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/idososfinal.pdf> .
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Health and ageing, a discussion paper*. Acedido em Janeiro 14, 2013, em <http://www.who.int/>.<http://www.who.int/en/>.
- Osório, A. e Pinto, F. (2007). *As Pessoas Idosas: contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal, perspectiva ética*. Loures: Lusociência.
- Paim, M.C.C.; strey, M.N. (2006). O que as mulheres e os homens fazem em suas horas de lazer. Acedido em julho 19, 2013, em <http://www.efdeportes.com/efd92/lazer.htm>
- Palmore, E.B. (1995). *Encyclopedia of Aging, Palmore*. New York, NY: Springer.
- Paschoal, S. M. P. (2007). Autonomia e Independência. In: M. P. Netto (org.), *Tratado de gerontologia*. 2ª ed.. São Paulo: Atheneu.
- Paúl, C. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Ribeiro, O. (2012) *Manual de Gerontologia: Aspectos Biocomportamentais, biológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel.
- Paulos, C.I.F. (2010). *Gestão de Instituições para Idosos- Qualidade, Humanidade e Eficiência em Cuidados Geriátricos*. Lisboa: Verlog Dashofer Editora
- Pestana, M.H. e Gageiro, J.N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais- A complementaridade do SPSS*. 4ª Edição. Lisboa: Edições Silabo.
- Pestana, N.N. (2003), *Trabalhadores Mais Velhos. Políticas Públicas e Práticas Empresariais*. Cadernos de Emprego e Relações de Trabalho, Lisboa, MSST/DGERT.
- Phaneuf, M. (1993). - *Cuidados de enfermeria: el proceso de atención de enfermería*. 2ª Edição. Madrid: McGraw-Hill.
- Phaneuf, M. (2005). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pimentel, L. (2000). Novas Tendências do apoio social ao cidadão idoso. *Geriatrics- Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família: contextos e trajectórias*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Pimentel, P. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Plano Nacional de Ação para a Inclusão (PNAI). Acedido em julho 4, 2013, em <http://www.pnai.pt/>.
- Polit, D.F.; Hunger, B.P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem- métodos, avaliação e utilização*. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- Ponciano, E., Serra, A.V., e Relvas, J. (1982a). Aferição da escala de auto-avaliação de ansiedade, de Zung, numa amostra de população Portuguesa- I. – Resultados da aplicação numa amostra de população normal. *Psiquiatria Clínica*, 3 (4), 191-202.
- Ponciano, E., Serra, A.V., e Relvas, J. (1982b). Aferição da escala de auto-avaliação de ansiedade, de Zung, numa amostra de população Portuguesa-II. – Sua avaliação como instrumento de medida. *Psiquiatria Clínica*, 3 (4), 203-213.
- Portugal- Ministério da Saúde- Decreto – Lei nº101/06- Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, 1ª Série, (109), 6 de Junho de 2006, pp.3856-3865
- Quivy, R. e Campenhoud, L.V. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Godiva.
- Rafart, J. V. (2001). Epidemiologia general de las enfermedades crónicas. Estrategias de prevención. In P. Gil (org.). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 10ª ed.. Barcelona: Masson
- Reis, F.B. (2010). *Como elaborar uma dissertação de Mestrado segundo Bolonha*. Lisboa: Lidel
- Ricarte, L.F. (2009) *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de ciências Biomédica Abel Salazar. Universidade do Porto. Acesso a março 5, 2013, em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>
- Saldanha, L e Caldas, C. (2004). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Editora Interciência.
- Santos, D. (2008). *As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente: Um Estudo no Conselho da Lourinhã*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Aberta.

- Santos, P.AL. (2005). *O Familiar Cuidador em Ambiente Domiciliário: Sobrecarga física, emocional e social*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública.
- Santos, P.F. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto.
- Sardinha, M. (2010). Qualidade de vida dos idosos residentes em Instituição. *Dissertação de Mestrado*. Centro de Psicopedagogia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. 1ª edição. Coimbra: Quarteto Editora
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Editora.
- Silva, L. (2001). *Acção social na área da família*. Lisboa: Universidade Aberta Editora.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice – um novo público a educar*. Porto: Âmbar.
- Sousa, L.; Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família, os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Spar, J E. e La Rue, A. (2005). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Squire, A. (2004). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas*. 1ª edição. Loures: Lusociência.
- Stuart- Hamilton, I. (2002). *Psicologia do Envelhecimento*. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- Vaz, S. (2009). *A depressão no Idoso Institucionalizado: Estudo em Residentes nos lares do Distrito de Bragança*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Saúde, Universidade do Porto.
- Wood, G.L.; Harber, J. (2001). *Pesquisa de Enfermagem- Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice – Aspetos Biopsicossociais*. S. Paulo: Artmed; Guanabara Koogan.
- Zung, W. (1975). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12, 371-379.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

### **INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**



**Escola Superior de Saúde**  
Instituto Politécnico da Guarda  
I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

# F O R M U L Á R I O

Sónia Pereira

Guarda, 2013

*Estimado Cuidador:*

Sou uma aluna a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, vindo muito respeitosamente solicitar-lhe a sua colaboração para o preenchimento deste Formulário, com o objetivo de colher dados, para a realização de um estudo de investigação subordinado ao tema "Dificuldades sentidas pelos cuidadores Formais de idosos institucionalizados", Não existem respostas certas ou erradas, apenas queremos que responda com sinceridade pois a sua opinião e o seu testemunho contribuirão para a melhoria da qualidade de vida dos doentes institucionalizados. Este formulário é confidencial e as respostas serão totalmente anónimas.

Caso tenha interesse os resultados desta investigação serão colocados à sua disposição.

Muito obrigado

## PARTE I

### Características Sócio- Demográficas e Profissionais dos Cuidadores Formais

**1 – Género:**

Feminino   
Masculino

**2 - Idade** \_\_\_\_\_ anos (anos completos)

**3 – Situação Conjugal:.**

Solteiro(a)   
Casado(a) / União de facto   
Viúvo(a)   
Divorciado(a) / Separado(a)

**4 – Nível de Escolaridade:**

(não tendo em conta o programa novas oportunidades)

Sem Instrução   
1ºCiclo ensino básico   
2ºCiclo ensino básico   
3ºCiclo ensino básico   
Ensino Secundário   
Ensino Superior

**5 – Há quanto tempo desempenha funções de prestação de cuidados?**  
\_\_\_\_\_Anos \_\_\_\_\_Meses

**6 - Tempo de serviço como cuidador formal:** \_\_\_\_\_ Anos \_\_\_\_\_Meses

**7 – Teve formação específica para as funções que desempenha?**

Sim   
Não

**8 – Qual é o tipo de vínculo que tem com a instituição?**

Efectivo   
Contrato a termo   
Programa Ocupacional para Desempregados   
Outro  Qual? \_\_\_\_\_

**9 – Os turnos que desempenha são de quantas horas?** \_\_\_\_\_

**10 – Para além do seu emprego desempenha outra atividade profissional?**

Não   
Sim  Qual? \_\_\_\_\_

**11 - Tem alguma atividade de lazer/ hobbies?**

Não   
 Sim  Qual(ais)? \_\_\_\_\_

**12 - Sofre de alguma doença?**

Não   
 Sim  Qual(ais)? \_\_\_\_\_

**13 - Nos últimos 6 meses teve necessidade de recorrer ao médico?**

Não   
 Sim  Motivo: \_\_\_\_\_

**14 - Toma medicação tranquilizante ou antidepressivos?**

Não   
 Sim

**15 - Nos últimos 6 meses teve de faltar ao trabalho**

Não   
 Sim  Motivo: \_\_\_\_\_

**16 – A prestação de cuidados aos idosos sé feita de que forma?**

Individual   
 Trabalho em equipa

**17–Na prestação de Cuidados tem apoio de técnicos de saúde?**

Não   
 Sim

**17.1 - Se respondeu Sim, Qual(ais)?**

Médico(a)   
 Enfermeiro(a)   
 Fisioterapeuta   
 Outro(s): \_\_\_\_\_

**18 – Na prestação de cuidados aos idosos fica Fisicamente:**

Bem	Razoável	Sem alterações	Cansada	Exausta
<input type="checkbox"/>				

**19 – Na prestação de cuidados aos idosos fica Psicologicamente:**

Bem	Razoável	Sem alterações	Cansada	Exausta
<input type="checkbox"/>				

**20–Nos cuidados a prestar aos idosos, diga de que forma condicionam a sua atuação?**

**20.1–Dificuldade nos cuidados com deambulação/mobilizações**

Nenhuma	Pouca	Alguma	Bastante	Muita
<input type="checkbox"/>				

20.2 –Dificuldade nos cuidados com a alimentação

Nenhuma	Pouca	Alguma	Bastante	Muita

20.3.Dificuldade nos cuidados com a higiene

Nenhuma	Pouca	Alguma	Bastante	Muita

20.4 - Dificuldade nos cuidados com a Comunicação

Nenhuma	Pouca	Alguma	Bastante	Muita

20.5 - Dificuldade nos cuidados com as alterações emocionais

Nenhuma	Pouca	Alguma	Bastante	Muita

20.6 – Outras Dificuldades: \_\_\_\_\_

Nenhuma	Pouca	Alguma	Bastante	Muita

**PARTE II****Escala de ansiedade de Auto- Avaliação de Zung**

Leia com atenção todas as frases seguidamente expostas. Em relação a cada uma delas assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo aquilo que constitui a descrição mais aproximada da maneira como se sente.

	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou a totalidade do tempo
1. Sinto-me mais nervoso e ansioso do que o costume				
2. Sinto-me com medo sem nenhuma razão para isso				
3. Sinto-me facilmente perturbado ou em pânico				
4. Sinto-me como se estivesse a rebentar				
5. Sinto que tudo correria bem e que nada de mal aconteceria				
6. Sinto os braços e as pernas a tremer				
7. Tenho dores de cabeça, do pescoço e das costas que me incomodam				
8. Sinto-me fraco e fico facilmente cansado				
9. Sinto-me calmo e com facilidade me posso sentar e ficar sossegado				
10. Sinto o meu coração a bater depressa demais				
11. Tenho crises de tonturas que me incomodam				
12. Tenho crises de desmaio ou a sensação de que vou desmaiar				
13. Posso inspirar e expirar com facilidade				
14. Sinto os dedos das minhas mão e dos pés entorpecidos e com picadas				
15. Costumo ter dores de estômago ou más digestões				
16. Tenho que esvaziar a bexiga com frequência				
17. As minhas mãos estão habitualmente secas e quentes				
18. A minha face costuma ficar quente e corada				
19. Adormeço facilmente e consigo obter um bom descanso durante a noite				
20. Tenho pesadelos				

OBRIGADO PELA COLOABORAÇÃO

## **APÊNDICE II**

### **CONSENTIMENTO INFORMADO**

## CONSENTIMENTO INFORMADO

A investigação para a qual se pede a sua colaboração, está a ser realizada no âmbito da Tese de Mestrado de Sónia Andreia dos Santos Pereira, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, sendo o objetivo do presente estudo analisar as Dificuldades dos Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados.

É importante que dê o seu contributo pessoal.

A sua participação no estudo é voluntária e os dados disponibilizados são anónimos e confidenciais. Caso concorde em participar neste estudo, por favor, assine nos espaço abaixo.

Obrigado por aceitar contribuir para este estudo.

É imprescindível que confirme aceitar participar nele.

Tomei conhecimento do objetivo do estudo, fui esclarecido(a) sobre todos os aspetos importantes e fui informado(a) que posso recusar a minha participação.

Declaro que aceito participar na investigação.

Rubrica (não citar o nome ou outro dado que possibilite a sua identificação).

---

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## **APÊNDICE III**

### **REQUERIMENTO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

Exmo. Senhor Presidente  
Do Centro Social e Paroquial  
de Pena Verde

Sónia Andreia dos Santos Pereira, enfermeira a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, venho por este meio solicitar a V. Exa. autorização para aplicação de um Formulário (em anexo) aos funcionários a desempenhar funções nessa instituição, com o fim de levar a cabo um estudo subordinado ao tema "Dificuldades sentidas pelos cuidadores formais de idosos institucionalizados". Pretendo analisar as dificuldades sentidas pelos cuidadores destes idosos.

Prevê-se que a colheita de dados ocorra no período compreendido entre 1 e 30 de Março de 2013.

Garanto que será mantido o anonimato bem como a confidencialidade das respostas.

Caso exista interesse por parte de V. Exa. ser-lhe-ão disponibilizados os resultados.

Guarda 28 Fevereiro de 2013

Pede deferimento

A enfermeira

---

(Sónia Andreia dos Santos Pereira)

Exmo. Senhor Presidente  
Da Associação de Melhoramentos  
Do Adão

Sónia Andreia dos Santos Pereira, enfermeira a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, venho por este meio solicitar a V. Exa. autorização para aplicação de um Formulário (em anexo) aos funcionários a desempenhar funções nessa instituição, com o fim de levar a cabo um estudo subordinado ao tema "Dificuldades sentidas pelos cuidadores formais de idosos institucionalizados". Pretendo analisar as dificuldades sentidas pelos cuidadores destes idosos.

Prevê-se que a colheita de dados ocorra no período compreendido entre 1 e 30 de Março de 2013.

Garanto que será mantido o anonimato bem como a confidencialidade das respostas.

Caso exista interesse por parte de V. Exa. ser-lhe-ão disponibilizados os resultados.

Guarda 24 Fevereiro de 2013

Pede deferimento

A enfermeira

---

(Sónia Andreia dos Santos Pereira)

Exmo. Senhor Presidente  
Da Associação Cultural,  
Desportiva e Social de Pêga

Sónia Andreia dos Santos Pereira, enfermeira a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, venho por este meio solicitar a V. Exa. autorização para aplicação de um Formulário (em anexo) aos funcionários a desempenhar funções nessa instituição, com o fim de levar a cabo um estudo subordinado ao tema "Dificuldades sentidas pelos cuidadores formais de idosos institucionalizados". Pretendo analisar as dificuldades sentidas pelos cuidadores destes idosos.

Prevê-se que a colheita de dados ocorra no período compreendido entre 1 e 30 de Março de 2013.

Garanto que será mantido o anonimato bem como a confidencialidade das respostas.

Caso exista interesse por parte de V. Exa. ser-lhe-ão disponibilizados os resultados.

Guarda 28 Fevereiro de 2013

Pede deferimento

A enfermeira

---

(Sónia Andreia dos Santos Pereira)

## **ANEXO**

## **ANEXO I**

### **AUTORIZAÇÕES PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

**Centro Social e Paroquial de Pena Verde**

Respostas sociais: Lar de Idosos, Apoio Domiciliário e Centro de Dia  
Praça do Centro Cívico, nº2 3570-170 Penaverde  
NIF: 503380768 NISS: 20008769396  
IPSS Reg. D.G.S.S. 06/05/1994 – L. 5 Fund. Solid. Social a fls. 51 sob n.º 25/94  
Tel. 232577670 – Telex. 968449079 - email: [csp\\_penaverde@hotmail.com](mailto:csp_penaverde@hotmail.com)

---

Ex.ª Sr.ª Enfª Sónia Pereira:

Vimos comunicar-lhe que não vemos qualquer inconveniente na aplicação do formulário com vista à execução do seu trabalho de Mestrado.

Com os melhores cumprimentos,

1 de Março de 2013

A Directora Técnica



---

(Sónia Ferreira Cardoso Godinho)

**Ass. Melhoramentos Adão** <ass.melhoramentos.adao@gmail.com>

25 de Fevereiro de 2013 às  
16:59

Para Andreia Pereira <soniandrea27@gmail.com>

Ex.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Andreia

na sequência do seu pedido, vimos comunicar-lhe que não vemos qualquer inconveniente, pelo contrário à execução do seu trabalho, ou seja que proceda à aplicação dos referidos formulários às funcionárias da instituição.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente da Direcção

Lúcio Cruz Martins

No dia 24 de Fevereiro de 2013 às 23:14, Andreia Pereira <soniandrea27@gmail.com> escreveu:

[Citação ocultada]

Ex. Mo Senhor Presidente  
Da Associação Cultural,  
Desportiva e Social de Pêga

Sónia Andreia dos Santos Pereira, enfermeira a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, venho por este meio solicitar a V. Exa. autorização para aplicação de um Formulário (em anexo) aos funcionários a desempenhar funções nessa instituição, com o fim de levar a cabo um estudo subordinado ao tema "Dificuldades sentidas pelos cuidadores formais de doentes dependentes". Pretendo analisar as dificuldades sentidas pelos cuidadores destes doentes.

Prevê-se que a colheita de dados ocorra no período compreendido entre 1 e 30 de Março de 2013.

Garanto que será mantido o anonimato bem como a confidencialidade das respostas.

Caso exista interesse por parte de V. Exa. ser-lhe-ão disponibilizados os resultados.

Guarda, 28 Fevereiro de 2013

AutORIZADO  
3 de Março de 2013

ASSOCIAÇÃO CULTURAL, DESPORTIVA  
E SOCIAL DE PÊGA  
Cont. N.º 6300-155  
Largo Campo de Jogos - PÊGA  
6300-155 PÊGA

A enfermeira

Sónia Andreia dos Santos Pereira  
(Sónia Andreia dos Santos Pereira)