



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA 2000/2002

O PRESTADOR INFORMAL DE CUIDADOS À
PESSOA IDOSA ALVO DE APOIO DOMICILIÁRIO
ÍNTEGRADO

Uma Análise Exploratória como suporte à garantia
da Efectividade de um Programa de Promoção da Saúde

Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre

Salete Ferreira

Sob Orientação Científica do Sr. Professor Doutor

Teodoro Briz

LISBOA

Novembro de 2002

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA 2000/2002

**O PRESTADOR INFORMAL DE CUIDADOS À
PESSOA IDOSA ALVO DE APOIO
DOMICILIÁRIO INTEGRADO**
**Uma Análise Exploratória como suporte à garantia
da Efectividade de um Programa de Promoção da Saúde**

Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre
Salete Ferreira

Sob Orientação Científica do Sr. Professor Doutor
Teodoro Briz

LISBOA

Novembro de 2002

Dissertação elaborada para a obtenção do grau de mestre em Saúde Pública, a ser apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa, ao abrigo dos artigos 11º e 16º do Decreto-Lei N.º 216/92, de 13 de Outubro.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os meus entes queridos, por todo o apoio incondicional e a coragem que me foram inculcando ao longo deste percurso, para que pudesse crescer pessoal e profissionalmente.

A todos Vós, que sabem quem são!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que colaboraram, de forma directa ou indirecta, na realização deste trabalho.

Saliento, no entanto:

- O Professor Doutor Teodoro Briz;
- O Professor João Barbosa;
- O Concelho Administrativo da Sub-Região de Saúde de Santarém, pela forma cordial como colaborou no acesso ao espaço de investigação;
- O meu namorado, Enfermeiro Paulo Guia;
- Todos os Enfermeiros que se disponibilizaram a colaborar neste estudo;
- Todos os prestadores informais que se disponibilizaram a participar neste estudo, uma vez que sem o seu contributo não seria possível a realização deste trabalho;
- Os colegas pela troca de experiências efectuada ao longo do percurso.

“Não se ama porque se quer fazer o bem, ou ajudar, ou proteger alguém. Se assim agimos, estaremos a ver o próximo como simples objecto, e estaremos a ver-nos a nós mesmos como pessoas generosas e sábias. Isso nada tem a ver com amor. Amar é comungar com o outro...”

Paulo Coelho

CHAVE DE ABREVIATURAS

cf. – confronto

E₁ – Entrevista um

E₂ – Entrevista dois

E₃ – Entrevista três

f. – folha

p. – página

pp. – páginas

% – percentagem

‰ – per milagem

CHAVE DE SIGLAS

ADI – Apoio Domiciliário Integrado

DGS – Direcção Geral da Saúde

DR – Diário da República

INE – Instituto Nacional de Estatística

IUHPE – International Union for Health Promotion and Education

OCDE – Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

SSRS – Serviço Sub-Regional de Santarém

UAI – Unidade de Apoio Integrado

UE – União Europeia

RESUMO

O Processo de Investigação que se encontra descrito neste relatório tem o objectivo de tornar inteligível o processo de *empowerment* dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI. Desta forma, a problemática em estudo contém três grandes dimensões:

- a especificidade sócio-demográfica da rede de apoio informal à pessoa idosa alvo de ADI;
- a percepção dos prestadores informais acerca do impacto e satisfação no cuidado à pessoa idosa alvo de ADI;
- as etapas do processo de *empowerment* dos prestadores informais enquanto sistemas activos no processo de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI.

Trata-se de um estudo de casos múltiplos, de carácter exploratório, suportado por uma abordagem de investigação mista, sem a existência de recessividade e/ou dominância dos paradigmas quantitativo e qualitativo no processo de investigação. Tendo os prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI como os sujeitos do estudo, o trabalho de campo teve por base estratégias de pesquisa de âmbito quantitativo (questionário) e qualitativo (entrevista e observação), em que os dados quantitativos foram alvo de um processo de redução estatística e os dados qualitativos alvo de análise de conteúdo.

Estruturado de forma à construção da teoria, este relatório encontra-se dividido em três partes, nomeadamente, a Parte A que, apresentando uma perspectiva teórica do cuidado informal à pessoa idosa em ambiente domiciliário, orienta a investigação e permite, assim, ir para além de um amontoado pouco sistemático e arbitrário de acontecimentos; a Parte B onde é caracterizada a problemática do estudo e onde está descrito e justificado o modo de investigação, bem como, as opções metodológicas de todo o processo de construção e tratamento dos dados; e a Parte C onde, ao atribuímos significados aos dados, numa fase de análise e discussão dos resultados em resposta às questões de investigação, são geradas conclusões e definidas recomendações.

Como principais conclusões do presente estudo, salientamos:

- a rede de apoio informal é maioritariamente constituída por familiares da pessoa idosa alvo de ADI que, por sua vez, são, predominantemente, esposas, também elas idosas, que possuem como habilitações literárias o ensino básico primário completo e não desenvolvem nenhuma actividade profissional;
- a maioria dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI referem a existência de impacto do cuidado, percepcionando um nível médio de sobrecarga e/ou de interrupção no seu estilo vida, sendo que, para a grande parte dos prestadores informais, é muito difícil planear o futuro, quando as necessidades da pessoa idosa são tão imprevisíveis, e a situação de cuidado à pessoa idosa impossibilita bastante terem a privacidade que gostariam. No que se refere à satisfação em cuidar, a maioria dos prestadores informais referem estar bastante satisfeitos com a prestação de cuidados ao familiar idoso, sendo as principais causas dessa satisfação o facto de gostarem muito de estar junto do mesmo, e sentirem muito apreço pelo cuidado que prestam.
- o processo de *empowerment* dos prestadores informais é estruturado por um conjunto de valores, condicionado por determinantes de saúde e obtém resultados de índole intrapessoal.

Os valores que estão na base da construção da identidade do prestador informal dizem respeito à conceptualização de si, da pessoa idosa, e do ambiente domiciliário enquanto espaço de desenvolvimento dos cuidados. Os determinantes são de natureza fisiológica, psicológica, sócio-cultural e de desenvolvimento.

ÍNDICE

	f.
APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO	18
PARTE A – O CUIDADO INFORMAL À PESSOA IDOSA EM AMBIENTE DOMICILIÁRIO: DA DIMENSÃO SOCIAL À EFECTIVIDADE EM PROMOÇÃO E PROTECÇÃO DA SAÚDE	21
1 – POPULAÇÃO IDOSA, ANÁLISE E PERSPECTIVAS	22
1.1 – O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA: DE PROCESSO DEMOGRÁFICO A PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	23
1.2 – A RESPOSTA POLÍTICA FACE À PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	33
1.2.1 – A Intervenção Articulada do Apoio Social e dos Cuidados de Saúde Continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência	35
2 – O AMBIENTE DOMICILIÁRIO ENQUANTO ESPAÇO DE DESENVOLVIMENTO DO CUIDADO INFORMAL À PESSOA IDOSA	39
3 – O PRESTADOR INFORMAL ENQUANTO SISTEMA ACTIVO NO PROCESSO DE CUIDADOS À PESSOA IDOSA EM AMBIENTE DOMICILIÁRIO	43
4 – A PROBLEMÁTICA DA EFECTIVIDADE EM PROMOÇÃO E PROTECÇÃO DA SAÚDE	51
4.1 – O <i>EMPOWERMENT</i> COMO DETERMINANTE DE EFECTIVIDADE DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO E PROTECÇÃO DA SAÚDE	54

PARTE B – O ESTUDO DE CASO	62
1 – O PROCESSO DE <i>EMPOWERMENT</i> DO PRESTADOR INFORMAL DE CUIDADOS À PESSOA IDOSA, ALVO DE ADI, COMO DETERMINANTE DE EFECTIVIDADE DA INTERVENÇÃO ARTICULADA DO APOIO SOCIAL E DOS CUIDADOS DE SAÚDE CONTINUADOS	63
2 – O MODO DE INVESTIGAÇÃO NUMA SITUAÇÃO SOCIAL	70
3 – PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS DADOS	74
3.1 – FASE EXPLORATÓRIA	76
3.2 – APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	78
3.2.1 – Estratégia de pesquisa quantitativa	79
3.2.2 – Estratégia de pesquisa qualitativa	84
4 – TRATAMENTO E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	91
4.1 – DADOS QUANTITATIVOS	91
4.2 – DADOS QUALITATIVOS	107
4.2.1 – D. Inês	109
4.2.2 – D. Isabel	111
4.2.3 – D. Leonor	113
5 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO	116
PARTE C – OS PRESTADORES INFORMAIS DE CUIDADOS À PESSOA IDOSA ALVO DE APOIO DOMICILIÁRIO INTEGRADO	118
1 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA REDE DE APOIO INFORMAL À PESSOA IDOSA ALVO DE ADI	119
2 – O IMPACTO DO CUIDADO E A SATISFAÇÃO EM CUIDAR : A PERCEPÇÃO DOS PRESTADORES INFORMAIS DE CUIDADOS À PESSOA IDOSA ALVO DE ADI	124
3 – O PROCESSO DE <i>EMPOWERMENT</i> DOS PRESTADORES INFORMAIS ENQUANTO SISTEMAS ACTIVOS NO PROCESSO DE CUIDADOS À PESSOAS IDOSA ALVO DE ADI	127

	f.
3.1 – VALORES	128
3.1.1 – Pessoa Idosa	129
3.1.2 – Prestador Informal	132
3.1.3 – Ambiente de desenvolvimento de cuidados	134
3.2 – DETERMINANTES	137
3.2.1 – Fisiológica	137
3.2.2 – Psicológica	141
3.2.3 – Sócio-cultural	146
3.2.4 – Desenvolvimento	149
3.3 – RESULTADOS	155
3.3.1 – Intrapessoal	155
4 – CONCLUSÕES	157
5 – RECOMENDAÇÕES	160
BIBLIOGRAFIA	161
ANEXOS	173
ANEXO I – Escala de avaliação da autonomia/dependência e necessidade de cuidados à pessoa alvo da Intervenção Articulada de Apoio Social e dos Cuidados de Saúde Continuados	174
ANEXO II – Guião da Entrevista Exploratória	175
ANEXO III – Questionário	176
ANEXO IV – Guião de Entrevista de Colheita de Dados	177
ANEXO V – Guião de Observação	178

ÍNDICE DE FIGURAS

	f.
Figura 1 – Pirâmides Etárias da população portuguesa referentes aos anos de 1960 e 1991	24
Figura 2 – Pirâmide Etária da população portuguesa referentes aos anos de 1960 e 1998	24
Figura 3 – A avaliação do risco em saúde numa abordagem sistémica do prestador informal de cuidados à pessoa idosa, em ambiente domiciliário	49
Figura 4 – Avaliação da Efectividade das Práticas Preventivas e de Promoção da Saúde	53
Figura 5 – O <i>Empowerment</i> como determinante de efectividade das práticas preventivas e de promoção da saúde	57
Figura 6 – Concelhos do Distrito de Santarém que integram a Intervenção Articulada de Apoio Social e dos Cuidados de Saúde Continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência	64
Figura 7 – Esquema Interpretativo do Cuidado Informal à Pessoa Idosa em Ambiente Domiciliário	69
Figura 8 – Convergência entre os Paradigmas Quantitativo e Qualitativo no Estudo de Casos Múltiplos Incorporado	73
Figura 9 – Desenho do Estudo	85
Figura 10 – Conceptualização da Pessoa Idosa	132
Figura 11 – Conceptualização do Prestador Informal	134
Figura 12 – Valores inerentes ao processo de <i>empowerment</i> dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI	136
Figura 13 – Determinantes de saúde de natureza fisiológica	140
Figura 14 – Determinantes de saúde de natureza psicológica	145
Figura 15 – Determinantes de saúde de natureza sócio-cultural	149
Figura 16 – Determinantes de saúde de natureza de desenvolvimento	153

Figura 17 – Determinantes do processo de *empowerment* dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI

154

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	f.
Gráfico 1 – Distribuição da população residente em Portugal, no ano de 2001, segundo o grupo etário	25
Gráfico 2 – Distribuição das Taxas de Natalidade e Mortalidade Geral, referentes à população portuguesa, no período de 1990 a 1999	27
Gráfico 3 – Distribuição da Esperança de Vida Média à Nascimento, referente à população portuguesa, no período de 1990 a 1999	27
Gráfico 4 – Distribuição dos Índices de Dependência Total e dos Idosos, referentes à população portuguesa, nos anos de 1960, 1970, 1981, 1991, 1995, 2000 e 2005	28
Gráfico 5 – Distribuição das Famílias Clássicas portuguesas, segundo a existência e o número de pessoas idosas, no ano de 1991	30
Gráfico 6 – Distribuição dos sujeitos do estudo pelos Concelhos que integram o Serviço Sub-Regional de Santarém	83
Gráfico 7 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo o sexo e idade	92
Gráfico 8 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo o estado civil	93
Gráfico 9 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo o estado civil, sexo e idade	94
Gráfico 10 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo as habilitações literárias	94
Gráfico 11 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo o grau de parentesco à pessoa idosa	95
Gráfico 12 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo o grau de parentesco à pessoa idosa, sexo e idade	96
Gráfico 13 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo o grau de parentesco à pessoa idosa e o estado civil	97
Gráfico 14 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo o grau de parentesco à pessoa idosa e as habilitações literárias	98
Gráfico 15 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo a situação profissional e o grau de parentesco à pessoa idosa	99
Gráfico 16 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo a sua opinião relativamente ao impacto do cuidado	99

f.

Gráfico 17 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo a sua percepção relativamente à satisfação em cuidar	100
Gráfico 18 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo a sua percepção relativamente ao impacto do cuidado e à satisfação em cuidar	101
Gráfico 19 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo a sua percepção relativamente ao impacto do cuidado e os itens da Sub-escala do impacto	102
Gráfico 20 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo a sua percepção relativamente à satisfação do cuidador e os itens da Sub-escala da satisfação	103
Gráfico 21 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo a sua percepção relativamente ao impacto do cuidado, à satisfação em cuidar e sexo	104
Gráfico 22 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo a sua percepção relativamente ao impacto do cuidado, à satisfação em cuidar e estado civil	105
Gráfico 23 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo a sua percepção relativamente ao impacto do cuidado, à satisfação em cuidar e grau de parentesco à pessoa idosa	106
Gráfico 24 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo a sua percepção relativamente ao impacto do cuidado, à satisfação em cuidar e situação profissional	107

ÍNDICE DE QUADROS

	f.
Quadro 1 – Características de quatro formas de Estar Presente	42
Quadro 2 – Cronograma de reuniões promotoras do acesso ao espaço de investigação	76
Quadro 3 – Variáveis do estudo e indicadores das variáveis focais	81
Quadro 4 – Cronograma do trabalho de campo para recolha de dados quantitativos	82
Quadro 5 – O <i>locus</i> da observação	89
Quadro 6 – Cronograma do trabalho de campo para recolha de dados qualitativos	90
Quadro 7 – Sistema de Categorias do Processo de <i>Empowerment</i> da D. Inês	109
Quadro 8 – Unidades de Registo mais significativas por Categorias do Processo de <i>Empowerment</i> da D. Inês	110
Quadro 9 – Dimensões emergentes da observação participante	111
Quadro 10 – Sistema de Categorias do Processo de <i>Empowerment</i> da D. Isabel	111
Quadro 11 – Unidades de Registo mais significativas por Categorias do Processo de <i>Empowerment</i> da D. Isabel	112
Quadro 12 – Dimensões emergentes da observação participante	113
Quadro 13 – Sistema de Categorias do Processo de <i>Empowerment</i> da D. Leonor	113
Quadro 14 – Unidades de Registo mais significativas por Categorias do Processo de <i>Empowerment</i> da D. Leonor	114
Quadro 15 – Dimensões emergentes da observação participante	115
Quadro 16 – Relação entre as dimensões e as categorias por área temática	128
Quadro 17 – Relação entre a dimensão Pessoa Idosa e as categorias emergentes	129
Quadro 18 – Relação entre a dimensão Prestador Informal e as categorias emergentes	133
Quadro 19 – Relação entre a dimensão Ambiente de desenvolvimento de cuidados e as categorias emergentes	134
Quadro 20 – Relação entre a dimensão Fisiológica e as categorias emergentes	138
Quadro 21 – Relação entre a dimensão Psicológica e as categorias emergentes	141

f.

Quadro 22 – Relação entre a dimensão Sócio-cultural e as categorias emergentes	146
Quadro 23 – Relação entre a dimensão Desenvolvimento e as categorias emergentes	149
Quadro 24 – Relação entre a dimensão Intrapessoal e a categoria emergente	155

APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

As sociedades contemporâneas estando, mais do que nunca, despertas para os graves problemas que germinam no seu seio, têm vindo a tomar consciência da existência do envelhecimento demográfico que, não sendo um problema novo, é um problema com novas roupagens e novos contornos.

De facto, o envelhecimento da população mundial é um fenómeno em relação ao qual mesmo países tecnicamente mais avançados se procuram ainda adaptar. Viver muito tempo era um privilégio de um número relativamente restrito de pessoas até aos primeiros decénios do Século XX, mas, actualmente, é acessível a um número cada vez maior de pessoas em todo o mundo (Natário, 1992).

Neste sentido, o envelhecimento progressivo da população mundial, associado às modificações na sociedade actual – como a alteração dos padrões de vida e da estrutura e dinâmicas familiares – vem trazer aos profissionais de saúde novas problemáticas na área da Saúde Pública, que necessitam de uma análise e reflexão aprofundadas, no sentido de encontrar as respostas mais adequadas para as novas necessidades, e que seguramente irão constituir um dos maiores desafios sociais e de políticas públicas de cuidados de saúde para este século (Cabete, 1999).

Na base deste desafio encontra-se o défice de actuação do Estado, que no nosso país, num contexto de crescente instabilidade social e de insuficiência de respostas credíveis e viáveis ao envelhecimento demográfico, não assume os contornos de um verdadeiro Estado-Providência (Pimentel, 2001). Deste modo, um Estado-Providência fraco é parcialmente compensado pela actuação de uma sociedade suficientemente rica em relações de interconhecimento, reconhecimento mútuo e entreajuda baseada em laços de parentesco e de comunidade, através da qual os pequenos grupos sociais trocam entre si bens e serviços numa base não mercantil e com uma lógica de reciprocidade (Pimentel, 2001).

Por conseguinte, a Sociedade-Providência desempenha um papel muito importante, não somente como estrutura de apoio mas, sobretudo, porque fornece as ferramentas e a oportunidade de desempenho de papéis socialmente essenciais e de garantia da prestação de cuidados às pessoas idosas.

Assim, face ao actual desafio de uma sociedade em processo de continuado envelhecimento demográfico, a temática relativa ao Cuidado Informal tem vindo a assumir particular importância e, por isso, o presente estudo aborda um aspecto específico em que se manifesta claramente a presença de práticas de solidariedade expressivas da vitalidade da Sociedade-Providência – o cuidar das pessoas idosas em ambiente domiciliário.

O interesse em tentar dimensionar a problemática do cuidado informal, enquanto agente dos cuidados à pessoa idosa em ambiente domiciliário, surgiu no exercício da minha prática profissional, quando, como promotora de saúde da Sub-Região de Saúde de Santarém, me encontro integrada no contexto social e político da Intervenção Articulada de Apoio Social e dos Cuidados de Saúde Continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência, como resposta ao envelhecimento demográfico nacional.

Neste contexto de *interface* entre a saúde e a acção social, onde o apoio domiciliário integrado é a resposta charneira e prioritária desta intervenção, uma vez que preconiza o ambiente domiciliário como o espaço por excelência para o desenvolvimento do cuidado, e valoriza o inegável papel dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa, o desenvolvimento do cuidado informal não pode ser entendido como apaziguador das nossas preocupações, enquanto profissionais, mas um estímulo à consciência do falso pressuposto de que os prestadores informais estão naturalmente habilitados para desenvolverem o referido cuidado.

A par do grande desafio que é a capacitação dos prestadores informais, encontra-se o da efectividade da Intervenção Articulada do Apoio Social e dos Cuidados de Saúde Continuados e, por isso, ao desenvolvermos este estudo, pretendemos contribuir para a garantia da efectividade da mesma ao tornarmos inteligível o processo de *empowerment* dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI.

Deste modo, tendo o prestador informal de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI como o foco de todo o processo de investigação, que de seguida iremos descrever, definimos o problema a estudar como:

“Como se caracteriza processo de empowerment dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa, alvo de Apoio Domiciliário Integrado?”

Importa referir que, não havendo nenhum conhecimento acerca destes prestadores, ao nível do Serviço Sub-Regional de Santarém, para se caracterizar as etapas do respectivo processo de *empowerment*, foi fundamental caracterizar a especificidade sócio-demográfica da rede de apoio informal à pessoa idosa alvo de ADI

e descrever a percepção dos prestadores informais acerca do impacto e satisfação no cuidado que desenvolvem. Desta forma, num processo de investigação que se pretende com rigor científico, temos como intuito responder às questões de investigação:

- Como se distribuem os prestadores informais de cuidados à pessoa idosa dependente, alvo de ADI, de acordo com variáveis sócio-demográficas idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, grau de parentesco à pessoa idosa e situação profissional?
- Qual a percepção dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa, alvo de ADI, acerca do impacto do cuidado no seu estilo de vida e da satisfação em cuidar?
- Como é conceptualizado pelos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa, alvo de ADI, o seu processo de *empowerment*?

É de salientar que a resposta a cada uma destas questões, constitui-se como sendo um objectivo específico do estudo.

Estruturado de forma à construção da teoria, procuramos com este relatório descrever os momentos de planeamento efectuados, bem como a sua operacionalização, apresentando o suporte teórico no qual foram mobilizadas as bases de sustentação e justificação do problema, assim como, a conceptualização dos termos utilizados.

Por tudo isto, este relatório encontra-se dividido em três partes, nomeadamente, a Parte A que, apresentando uma perspectiva teórica do cuidado informal à pessoa idosa em ambiente domiciliário, com ênfase no fenómeno do envelhecimento demográfico, no ambiente domiciliário como espaço de desenvolvimento do cuidado informal, no prestador informal como sistema activo no processo de cuidados à pessoa idosa e na problemática da efectividade em Promoção e Protecção da Saúde, orienta a investigação e permite, assim, ir para além de um amontoado pouco sistemático e arbitrário de acontecimentos. A Parte B onde é caracterizada a problemática do estudo e onde está descrito e justificado o modo de investigação, bem como, as opções metodológicas de todo o processo de construção e tratamento dos dados; e a Parte C onde, ao atribuímos significados aos dados, numa fase de análise e discussão dos resultados em resposta às questões de investigação, são geradas conclusões e definidas recomendações.

Gostaríamos de evidenciar que todo este processo de investigação não foi estanque e, por isso, compreendemos as suas diversas etapas enquanto circuitos de retroacção e de interacção.

**PARTE A – O CUIDADO INFORMAL À PESSOA IDOSA EM AMBIENTE
DOMICILIÁRIO: DA DIMENSÃO SOCIAL À EFECTIVIDADE
EM PROMOÇÃO E PROTECÇÃO DA SAÚDE**

1 – POPULAÇÃO IDOSA, ANÁLISE E PERSPECTIVAS

Ser idoso é ter muita idade
Mas o que é que isso tem
É ter paz e solidariedade
É ser útil sempre a alguém.

Mas já é velha a tradição
Neste mundo de esperanças
Resta-nos a satisfação
Seremos duas vezes crianças.
(Idoso Anónimo)

Afinal, quem são os nossos idosos? São os nossos pais, os nossos tios, os nossos avós... São pessoas que têm a ver connosco e, por isso, os seus interesses são os nossos interesses, as suas necessidades são as nossas necessidades e os seus problemas são os nossos problemas!!

O conceito de Pessoa Idosa é um conceito complexo e dinâmico, difícil de traduzir em algumas palavras, pois reflecte todo um conjunto de factores biopsicossociais. No entanto, o conceito de Pessoas Idosas, seguido neste estudo, reporta-se ao conjunto de indivíduos com 65 e mais anos de idade, indo de encontro à definição utilizada pelo Conselho da Europa e pela Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE).

O debate e a análise em torno do envelhecimento e das respostas de apoio às pessoas idosas, tem adquirido, nos últimos anos, uma crescente actualidade e relevância. *“POR UMA SOCIEDADE PARA TODAS AS IDADES”* foi a expressão adoptada como lema, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, quando proclamou o ano de 1999 como o Ano Internacional das Pessoas Idosas, através da resolução 47/5 de 16 de Outubro de 1992 e na linha do tema da Cimeira Mundial de Desenvolvimento Social, realizada em Copenhaga em 1995, *“UMA SOCIEDADE PARA TODOS”*.

Este lema pressupõe a participação dos idosos na vida da comunidade, em todas as suas vertentes (económica, social, cultural e política), em comunhão com todas as outras gerações, dando uma particular atenção aos seus espaços relacionais e garantindo a continuidade dos laços sociais e familiares.

No entanto, junto à Igreja, costuma estar um pobre muito simpático... um idoso, que soube escolher estrategicamente o local onde se encontra, perto de um semáforo, e

que, por vezes, nos faz parar. Perguntei-lhe uma vez: “Olhe lá, o Sr. não tem filhos?, ao que ele me respondeu: “Eu tenho, sim senhor, mas é como se não os tivesse.” Esta frase foi dita por ele, mas podia ser dita por muitos outros!!

Também a saúde é uma preocupação de muitos idosos... reformado, com uma pensão baixíssima, o Sr. António, à porta de uma farmácia, rasga a receita por não ter dinheiro para pagar a sua parte.

De facto, o sentido de inutilidade, a solidão, a falta de esperança são sentimentos de muitas pessoas idosas e, com os quais, é muito difícil de lidar quando a pessoa se sente um peso. O idoso não tem medo da morte mas, sim, da vida que, em cada manhã, lhe bate à porta.

Neste contexto, é necessário que não sejam dados apenas mais anos à vida mas, que seja, também, dada mais vida a esses anos conquistados e, perante esta realidade, todos temos responsabilidades. É necessário menos Estado e mais sociedade civil, ou seja, é necessário que cada um de nós, a comunidade, a família e os próprios idosos, se envolvam na prestação de cuidados, utilizando os recursos disponíveis que, por sua vez, deverão constituir uma rede cada vez mais diversificada e dinâmica.

São estes alguns pressupostos e algumas preocupações que irão ser descritos e analisados neste primeiro capítulo que enfatiza a população idosa e a problemática do envelhecimento demográfico.

1.1 – O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA: DE PROCESSO DEMOGRÁFICO A PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Na actualidade, entre as inúmeras problemáticas confluentes, uma das mais preocupantes quer para a sociedade em geral, quer para os serviços de Saúde Pública em particular, é, sem dúvida, a do envelhecimento demográfico.

Desta realidade, tem emergido uma análise contínua e aprofundada, em diferentes áreas científicas, promovendo uma melhor caracterização do envelhecimento, com a determinação das suas causas e consequências, na tentativa de encontrar novas soluções e de prever a evolução futura deste fenómeno (Fernandes, 1997).

Neste sentido, este subcapítulo tem por finalidade reunir alguma informação estatística, o mais actualizada possível, sobre a população idosa em Portugal contribuindo, assim, para o traçar de um diagnóstico actual da situação, em termos demográficos, e o esboçar de tendências de modo a caracterizar as principais linhas de

evolução do processo de envelhecimento. Na continuidade do exposto, é de frisar que a referida abordagem tem por base a repartição da população em três grandes grupos etários: 0-14 anos (grupo dos jovens), 15-64 anos (grupo dos adultos ou em idade activa) e 65 e mais anos (grupo dos idosos). A delimitação nestes grupos etários, que, como qualquer outra, é sempre arbitrária e cuja respectiva terminologia é passível de discussão, deve-se ao facto de ser a mais usual entre os vários organismos internacionais e também a que melhor reflecte a cronologia dos movimentos de entrada e saída da vida activa, de acordo com o estabelecido na lei portuguesa.

Em trinta anos a população portuguesa conheceu uma modificação profunda no seu perfil etário, que se traduz por uma alteração da configuração geral da pirâmide etária. Esta, perdeu a forma marcadamente triangular que apresentava em 1960, passando, em 1991, a apresentar uma forma mais rectangular (Figura 1), que se mantém em 1998 (Figura 2).

Pela análise das figuras 1 e 2, verifica-se que a desfiguração da tradicional forma da pirâmide etária, própria das sociedades jovens, deve-se a um duplo envelhecimento demográfico, isto é, ao efeito conjugado do aumento da importância relativa dos idosos (envelhecimento no topo – alargamento do topo) e da diminuição da importância relativa dos jovens (envelhecimento na base – estreitamento da base).

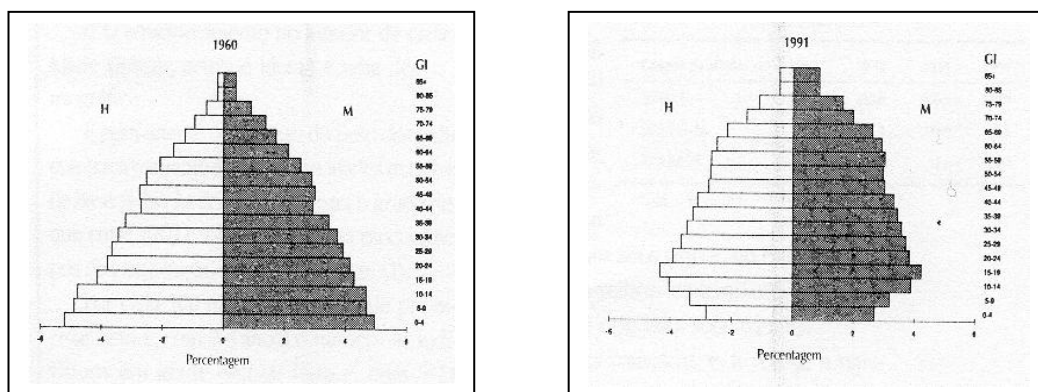


Figura 1 – Pirâmides Etárias da população portuguesa referentes aos anos de 1960 e 1991
 Fonte: Rosa, O envelhecimento da População Portuguesa, 1996, p. 11

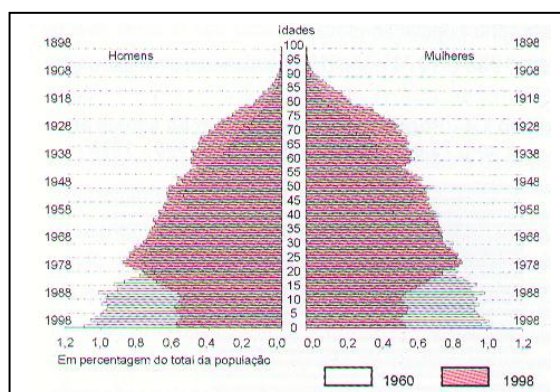


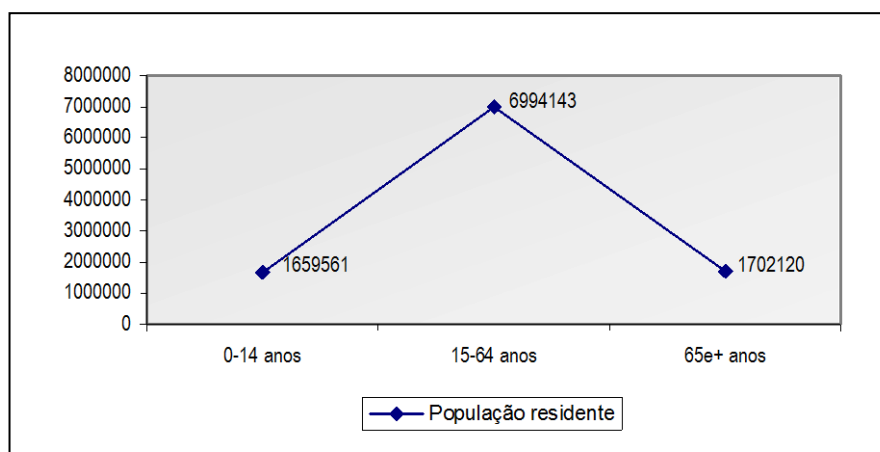
Figura 2 – Pirâmide Etária da população portuguesa referentes aos anos de 1960 e 1998
 Fonte: INE, As Gerações mais idosas, 1999, p. 9

Nesta perspectiva, a população idosa, tem-se vindo a aproximar, em valores absolutos e relativos, da população jovem. O grupo dos jovens, que em 1960 representava 29,2% do total da população portuguesa, em 1998 diminuiu para 16,9%, e em 2001 representa apenas 16,0% do total da população. Simultaneamente, o grupo dos idosos não parou de crescer e elevou-se de 8,0%, em 1960, para 15,2%, em 1998, e em 2001 ultrapassou, pela primeira vez, a proporção dos jovens, fazendo-se representar por 16,4% da população portuguesa (INE, 1999 e 2002).

O grande desequilíbrio existente entre a proporção de jovens e de pessoas idosas encontra-se bem retratado no Índice de Envelhecimento, que de 1981 para 2001, aumentou de 45 idosos por 100 jovens, para 103 idosos para 100 jovens (INE, 2002).

Sendo bem visível a forte tendência de envelhecimento, os referidos dados vão de encontro à seguinte representação gráfica que traduz, em valores absolutos, o perfil demográfico da população residente em Portugal, no ano de 2001.

Gráfico 1 – Distribuição da população residente em Portugal, no ano de 2001, segundo o grupo etário



Fonte: INE, Censos 2001: resultados provisórios, 2002, p.51

Numa análise por NUTS II, verifica-se que o Alentejo, em relação ao total do país, é a região com maior proporção de pessoas idosas, (tendo aumentado de 16,1% para 23,6%, entre 1981 e 2001), a segunda região, em 1981 e 1991, era o Algarve e, em 2001, passou a ser o Centro, com 19,6%, ficando o Algarve, em terceiro, com 18,7%. Com maior proporção de jovens encontram-se as duas regiões autónomas que, têm alternado de posição entre si, nos últimos vinte anos. De facto, em 2001, a Região Autónoma da Madeira viu diminuir a sua proporção para 19,2% e na Região Autónoma dos Açores o declínio da proporção de jovens foi menos acentuado, tornando-se, assim,

esta última a região mais jovem com 21,4% de jovens no total da população. (INE, 2002)

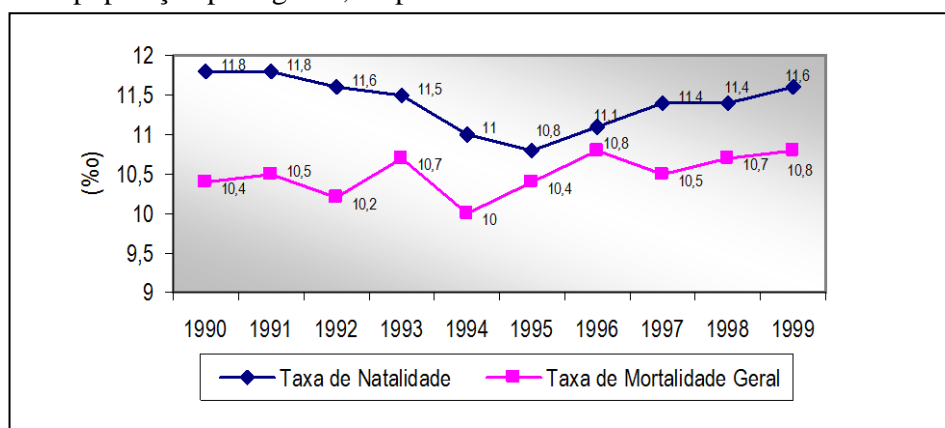
No contexto da União Europeia, verifica-se que, independentemente das diferentes expressões nacionais e regionais, o fenómeno do envelhecimento demográfico assume tendências convergentes que o dimensionam à escala europeia. Assim, em 1998, a média Europeia (Europa dos 15), no que se refere à proporção de jovens, foi de 17,1%, constatando-se ser um valor aproximado ao de Portugal, sendo, no mesmo ano, a Irlanda o país mais jovem da UE com 22,7% de jovens no total da população. No mesmo marco temporal, o peso dos idosos na estrutura etária da população portuguesa também se aproximou ao da Europa dos 15 (15,9%), na qual também a proporção de pessoas idosas tem vindo, contínua e sistematicamente, a aumentar desde 1960. Importa referir que a Itália foi, em 1998, o país mais envelhecido da UE com 17,4% de idosos no total da população. (EUROSTAT, 1999)

No processo de envelhecimento demográfico importa descrever e analisar, embora de forma resumida, o comportamento de algumas das variáveis microdemográficas mais importantes, como é o caso das Taxas de Natalidade e Mortalidade Geral e a Esperança de Vida Média à Nascimento.

Tal como se pode observar no gráfico 2, as estruturas da natalidade e da mortalidade geral em Portugal têm registado, ao longo do tempo, poucas alterações. É de referir que até 1995, ano que apresentou um valor mais baixo, ocorreu uma redução contínua na Taxa de Natalidade, passando de 11,5‰, em 1990, para um valor de 10,8‰. No entanto, após este período, e até 1999, verificou-se um aumento contínuo da mesma, fazendo com que, nesse ano, apresentasse um valor de 11,6 ‰, apenas com uma diferença de 2 décimas em relação ao valor de 1990. Em complementaridade, a Taxa de Mortalidade Geral tem sofrido pequenas oscilações neste período de 9 anos registando, em 1994, o valor mais baixo (10,0‰) e em 1996 e 1999 o valor mais alto (10,8‰). Em semelhança com a Taxa de Natalidade, a diferença de valores entre os dois limites do período considerado é pequena, ou seja, caracteriza-se apenas por um aumento de 4 décimas (10,4 ‰ para 10,8 ‰).

Perante estes valores, importa referir que a quase manutenção dos níveis de natalidade e de mortalidade geral é suficiente para reforçar a importância relativa das pessoas idosas e, deste modo, acentuar os níveis de envelhecimento demográfico da população, pois existe um significativo acréscimo na Esperança de Vida Média à Nascimento (Rosa, 1996).

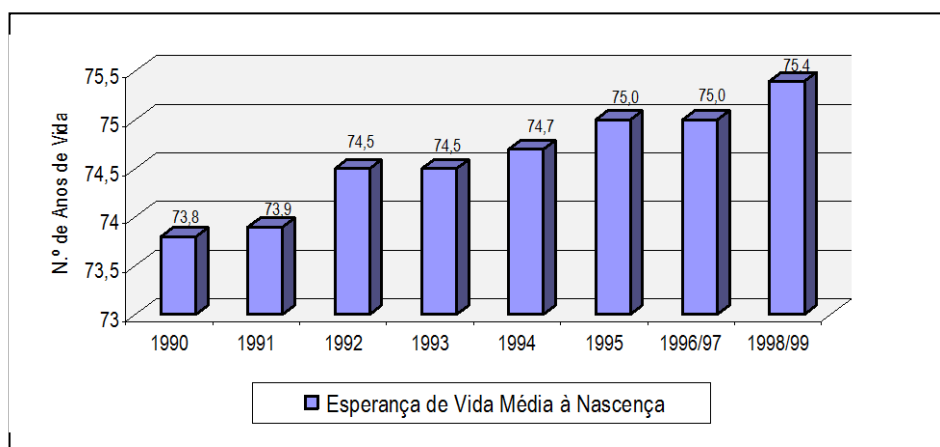
Gráfico 2 – Distribuição das Taxas de Natalidade e Mortalidade Geral, referentes à população portuguesa, no período de 1990 a 1999.



Fonte: INE, Estatísticas Demográficas, 1999, p.64

Sendo assim, o aumento sem precedentes da Esperança de Vida Média à Nascimento representa uma das fases fundamentais da transição demográfica nacional. Tais argumentos encontram-se bem retratados no gráfico 3, a partir do qual se pode observar que tem existido uma subida gradual dos valores, sendo que em 1999 (resultado mais actualizado), os portugueses possuíam uma Esperança de Vida Média à Nascimento de 75 anos. É de salientar que este acréscimo da longevidade, é partilhado pelos dois sexos e reflecte a melhoria nas condições de vida da população devido à extensão e eficácia da rede de Saúde Pública na prevenção e controle de doenças e na promoção da saúde (Perista, Baptista, Freitas e Perista, 1997).

Gráfico 3 – Distribuição da Esperança de Vida Média à Nascimento, referente à população portuguesa, no período de 1990 a 1999



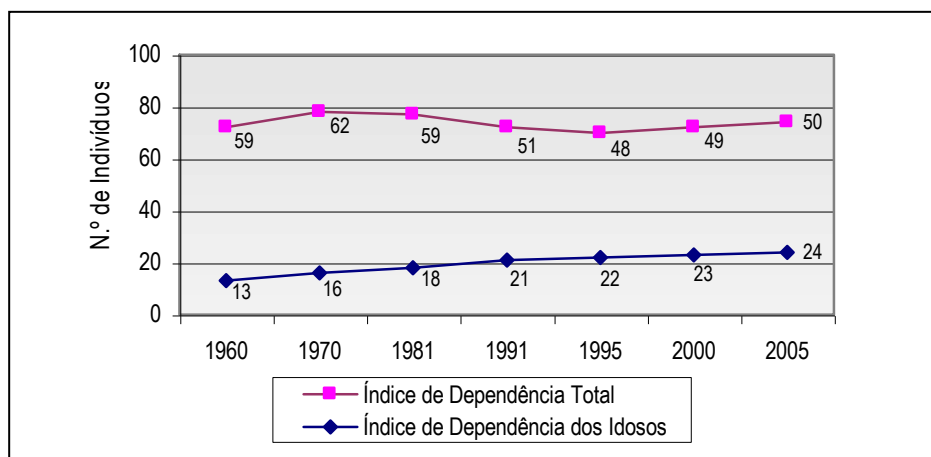
Fonte: INE, Estatísticas Demográficas, 1999, p.64

Associado ao fenómeno de envelhecimento, está o aumento da probabilidade de ocorrência de situações de dependência física, psíquica e/ou social para as quais as respostas existentes não têm sido suficientes e, por vezes, inadequadas (Bernardo, 1993).

Neste âmbito, de acordo com os resultados provisórios dos Censos 2001, o Índice de Dependência de Idosos (≥ 65 anos/15-64 anos), no ano 2001, foi de 24,3%, ou seja, existe uma relação de 24 idosos dependentes por cada 100 indivíduos adultos (em idade activa), reforçando o já referido desequilíbrio etário. Mantendo a mesma temática de análise mas, numa visão mais generalizada, há que ter em conta o valor do Índice de Dependência Total ($[0-14 + \geq 65]/15-64$) que avalia a proporção de indivíduos considerados socialmente dependentes – jovens e idosos, com o total de indivíduos adultos, em idade activa. No ano de 2001, este índice apresentou um valor de 48,1%, isto é, existe uma relação de 48 indivíduos dependentes por cada 100 indivíduos adultos (INE, 2002).

Numa perspectiva de evolução e projecção, pode-se observar, pelo gráfico 4, que ao longo dos anos a população idosa tem apresentado um crescimento contínuo, a um ritmo claramente superior ao da população activa e, atendendo às tendências gerais esboçadas, não nos surpreende que em 2005, por cada 100 indivíduos em idade activa, haja 24 idosos dependentes. Relativamente ao Índice de Dependência Total, e ao contrário do que acontece com o primeiro índice, este regista oscilações com tendência para a quebra, o que resulta da menor representatividade de um dos grupos de dependentes – os jovens. Aliás, a reforçada importância dos idosos, em relação aos jovens, dá origem a que estes se tornem o principal grupo etário dependente. (Carrilho, 1993)

Gráfico 4 – Distribuição dos Índices de Dependência Total e dos Idosos, referentes à população portuguesa, nos anos de 1960, 1970, 1981, 1991, 1995, 2000 e 2005



Fonte: Carrilho, O Processo de Envelhecimento em Portugal: Que Perspectivas...?, 1993, p. 86

Considerando que o diagnóstico da situação, em termos demográficos, está genericamente esboçado é importante que, neste percurso, se dê ênfase à dimensão do processo demográfico que se relaciona com o significado particular do envelhecimento demográfico no quadro da sociedade em que ele se manifesta.

Nesta perspectiva, tal como foi descrito e analisado anteriormente, a sociedade é constituída por um conjunto de indivíduos jovens, adultos e idosos que contribuem, cada um à sua maneira, para o seu crescimento. Por fazermos parte desta sociedade, mantemos em relação a ela, e às pessoas que a compõem, muitas vezes inconscientemente, todo o tipo de atitudes, valores e crenças. A velhice e as pessoas idosas não escapam a esta situação.

A gerontofobia, ou seja, o medo irracional de tudo quanto se relaciona com o envelhecimento e com a velhice, parece ser um fenómeno social generalizado. Dá origem a um bloqueio afectivo que provoca desdém, apatia, indiferença e resistência/recusa face ao processo de envelhecimento (Berger, 1995).

Mas a que se deve esta atitude?

Todos os dias convivemos e recebemos em nossas casas relatos e experiências de pessoas idosas que, ao caracterizarem as suas condições de vida, traduzem alguns dos contornos do envelhecimento da população portuguesa, que justificam o facto deste se ter tornado um problema emergente em Saúde Pública.

- *Pessoas Idosas e Contexto Sócio-económico*

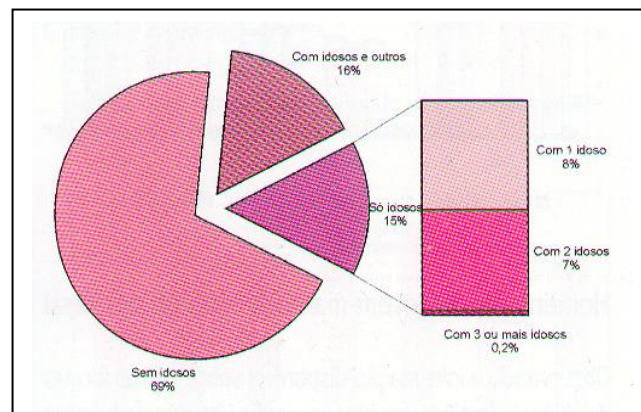
Aquando da abordagem da pessoa idosa, é fundamental caracterizar a sua estrutura e dinâmica familiar, uma vez que a problemática do envelhecimento demográfico é evidenciada, em grande medida, pelas alterações profundas que se processaram ao nível da estrutura das relações familiares (Fernandes, 1997). Deste modo, segundo a mesma autora (1997), a velhice era um assunto do foro familiar, em que as trocas entre gerações, que se efectuavam no interior do grupo familiar, garantiam a resolução dos problemas decorrentes do envelhecimento, sendo, estes, problemas privados e individualizados.

No entanto, a redefinição de papéis, a generalização do emprego feminino, os fluxos migratórios dos mais jovens (os descendentes), resultando em situações de afastamento geográfico, e a incompatibilidade entre trabalho e vida familiar, são

algumas das características da família de hoje (Morais, 1999), que têm contribuído para o processo de desmoronamento das bases em que assentava o familismo tradicional e nas quais se ancoravam, até um passado recente, todos os suportes destinados às pessoas idosas (Fernandes, 1997).

Neste sentido, apesar de que, segundo os resultados do Recenseamento Geral da População e Habitação, realizado em 1991, 97,5% da população idosa viva em famílias clássicas e não institucionais, verifica-se, pela observação do gráfico 5, que do total das famílias clássicas com pessoas idosas (31%), 15% são famílias só com idosos em que, destas últimas, a maioria, ou seja, 51,4% correspondem a famílias unipessoais de idosos, seguindo-se as famílias constituídas por dois idosos (47,1%) e, por último, as famílias com três ou mais idosos (1,5%). (INE, 1999)

Gráfico 5 – Distribuição das Famílias Clássicas portuguesas, segundo a existência e o número de pessoas idosas, no ano de 1991



Fonte: INE, “As Gerações mais Idosas”, 1999, p.21

Estes resultados tornam-se problemáticos pois, perante o crescimento contínuo do índice de dependência dos idosos, o que faz com que estes se tornem o principal grupo etário dependente, traduzem reais situações de isolamento e solidão das pessoas idosas, relativamente aos suportes familiares, quando as “novas” dinâmicas familiares, induzidas pela urbanização e modernização das sociedades, dificultam ou inviabilizam o apoio aos seus ascendentes idosos (Perista, Baptista, Freitas e Perista, 1997).

Segundo os mesmos autores (1997), e complementando a análise, atendendo a que, na maioria dos casos, as pessoas idosas fazem parte de um agregado igualmente idoso, é de salientar a renovada importância que a problemática do isolamento e solidão das pessoas idosas adquire quando neste subgrupo da população, o fenómeno da *dissolução familiar é essencialmente por morte do cônjuge*. Reforçando este dado, em 1998, ocorreram 46 914 dissoluções familiares por morte do cônjuge, resultando desse

facto 31 143 viúvos com 65 e mais anos, traduzido-se numa taxa de viuvez, nesta subpopulação, de 20,6 por mil habitantes. (INE, 1999)

Uma outra fonte de questões que suportam o envelhecimento demográfico como um problema de Saúde Pública, quanto à afectação das condições de vida e dos apoios disponíveis para a população idosa, passa pela caracterização das suas condições de conforto. Relativamente ao alojamento, e de acordo com os resultados do Inquérito aos Orçamentos Familiares 1994/95, *as pessoas idosas vivem maioritariamente em moradias independentes (78,7%) cujo período de construção foi anterior a 1946 (48,8%)*. (INE, 1999)

Segundo a mesmo autor (1995, citado em INE, 1999), no que respeita às infra-estruturas básicas dos alojamentos, *os resultados referentes aos agregados com pessoas idosas reflectem piores condições, quando comparados com a população em geral*. Desta forma, em 1995, 9,6% dos agregados com pessoas idosas não possuíam água canalizada, 2,8% não possuíam electricidade, 11,3% não possuíam qualquer tipo de instalações sanitárias e 11,8% não tinham qualquer ligação a um sistema de esgotos. *Nos agregados constituídos por uma pessoa idosa a residir só, a situação é ainda mais grave*, pois 2,8% dos agregados não possuíam cozinha, 15,1% não possuíam água canalizada, 4,6% não tinham electricidade, 18,3% e 18,6%, respectivamente, não dispunham de instalações sanitárias e de sistema de esgotos.

Tais condições de conforto reflectem as dificuldades económicas por que passam as pessoas idosas. Assim, numa vertente económica, a situação das pessoas idosas, face ao mercado de trabalho, segundo os resultados do Inquérito ao Emprego, realizado em 1998, é caracterizada pelo facto de *82,8% da população idosa ser considerada inactiva, sendo a maioria reformados (80,9%) e depois domésticos (13,4%)*. (INE, 1999)

Para além disto, é de referir que *nos diferentes tipos de agregados com idosos, o valor da receita líquida média total, sendo cerca de 5310.2 € por adulto equivalente, seja inferior, em 42,6% ao verificado nos agregados sem idosos (7575.2 €) e em 25,3% à média nacional (6654.5 €)*.

No que se refere à fonte das receitas, enquanto que nos agregados sem idosos mais de dois terços do rendimento provinham de rendimentos do trabalho, *nos agregados com idosos as pensões foram a componente mais importante*, representando quase metade (45,6%) *do total das receitas*. (INE, 1995, citado em INE, 1999)

Também este facto surge de um processo de desfamiliarização das relações familiares, pois o encargo económico dos idosos deixa de ser da responsabilidade da

esfera familiar privada, tornando-se então pessoas idosas sustentadas por sistemas de reforma obrigatória, passando a gozar de uma maior independência face aos círculos de parentesco e de uma maior dependência face ao Estado (Fernandes, 1997).

Relacionadas com as receitas, estão as despesas médias por adulto equivalente. Neste sentido, são os agregados com os menores níveis de receita líquida média que registaram os menores níveis de despesa média. Sendo assim, a despesa média dos agregados sem idosos ultrapassou largamente o valor médio nacional em mais de 943.7€ por adulto equivalente, e nos agregados com idosos verificou-se o inverso, isto é, registou-se uma despesa média total por adulto equivalente de 4449.3€, menos 1378.2€ que a média nacional. Quanto à estrutura das despesas, verifica-se que *a alimentação e a habitação absorvem mais de metade das despesas dos agregados com idosos*, apresentando valores de 27,8% e 23,8% do total das despesas, respectivamente, e *as despesas com distração e espectáculos são as de menor expressão (2,5%)*. (INE, 1995, citado em INE, 1999)

Perante estes resultados, importa realçar que os estudos realizados sobre a realidade portuguesa parecem ser unânimes na identificação das pessoas idosas como um dos grupos sociais mais vulneráveis a situações de pobreza devido ao grande desequilíbrio entre os rendimentos da população activa e os reformados. Desta forma, o envelhecimento e a passagem à reforma são, assim, sinónimo, para muitas pessoas idosas, ou de uma persistência, frequentemente agravada, da situação de pobreza em que sempre viveram, ou de processos mais ou menos bruscos de empobrecimento (Perista et al, 1997).

Assim, de uma maneira geral, a problemática que o envelhecimento populacional representa, poderá ser analisada segundo determinadas dimensões:

- a necessidade crescente de cuidados de saúde e assistência às pessoas idosas;
- a diversidade de recursos face à diversidade de necessidades das pessoas idosas;
- o relativo declínio da população activa e envelhecimento da mão-de-obra;
- a pressão sobre os regimes de pensão e sobre as finanças públicas provocada pelo número crescente de reformados e pela diminuição da população em idade activa (INE, 1999).

A presente descrição e análise do envelhecimento demográfico, não só no que se refere a conteúdos factuais, que caracterizam o seu processo, mas também quanto aos contextos de vivências e de suportes económicos, que o retratam como problema de

Saúde Pública, leva-nos a perspectivar a crescente importância de um planeamento e implementação de políticas públicas que dêem resposta às diversas necessidades da população idosa.

1.2 – A RESPOSTA POLÍTICA FACE À PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

No século XXI, constituindo as pessoas idosas um grupo significativo da população, torna-se imperativo encontrar formas de compatibilizar o envelhecimento e a qualidade de vida.

Neste sentido, com o objectivo de responder às necessidades das pessoas idosas, têm vindo a ser, gradualmente, implementadas políticas públicas de envelhecimento, no âmbito da Saúde Pública, que têm em consideração a heterogeneidade e as diversas vertentes do envelhecimento e respeitam vectores como a solidariedade, o apoio à família e a inserção social (INE, 1999).

Destaca-se, assim, uma política global, trans-sectorial, frequentemente defendida nos debates entre os Governos dos países que integram a OCDE e a UE, que visa desenvolver uma estratégia activa integrada, tanto no domínio das políticas da população, como nos domínios da acção social, dos cuidados de saúde e das políticas de família (INE, 1999).

Importa referir que, nesta abordagem, não interessando a descrição específica e sectorial de cada uma dessas políticas, iremos caracterizar globalmente alguns princípios essenciais numa verdadeira política pública de envelhecimento. Desta forma, toda a política deve inserir-se num sistema de valores, de suporte ao seu desenvolvimento, como são:

- o humanismo, um direito fundamental da dignidade da pessoa e, portanto também da pessoa idosa, que traduz a aproximação à pessoa tendo em conta a sua globalidade e especificidade, respeitando-a na sua dimensão biopsicossocial;
- a subsidiariedade, que implica a auto-responsabilização pelos actos e, por isso, a política não deve desresponsabilizar, isto é, impor medidas, nem substitui a pessoa nas suas escolhas e deveres;
- a solidariedade, que sendo complementar ao anterior, deve com ele ser conjugada, pois o Estado não deve nem pode fazer tudo, mas sim, suscitar a

solidariedade e promovê-la na sociedade civil (como por exemplo o da solidariedade intergeracional);

- a liberdade de escolha face às ajudas, pois respeitar a pessoa e a sua autonomia implica que, na construção de uma política pública de envelhecimento, haja uma intervenção integrada com diversas áreas e tipologias de prestação de serviços/cuidados, para ser possível uma livre escolha.
- a participação das pessoas idosas, que tendo o seu fundamento no princípio da responsabilidade e da liberdade de escolha, é um princípio fundamental na constituição da política como factor activador de integração e inibidor de exclusão;
- a avaliação, que é um princípio fundamental na prevenção de intervenções antagónicas e contra-produtivas (Ministério do Emprego e da Segurança Social, 1994).

Perante a caracterização da problemática do envelhecimento e os princípios anteriormente mencionados, segundo o INE (1999), grande parte das soluções para o envelhecimento demográfico, consistem numa série de medidas, tais como:

- prevenir situações que conduzam à degradação do processo de envelhecimento;
- promover as condições favoráveis à integração sócio-familiar, económica e cultural das pessoas idosas, evitando a sua exclusão/marginalização;
- fomentar a autonomia da pessoa idosa, através da sua participação activa na comunidade;
- reconhecer o valor do papel da pessoa idosa na família;
- redescobrir o valor positivo das pessoas idosas, detentores de saberes, experiências e culturas que é necessário preservar;
- apoiar os prestadores informais de cuidados às pessoas idosas;
- articular os serviços implicados na resolução dos problemas das pessoas idosas, em especial os da Saúde e Acção Social;
- promover a solidariedade entre gerações como regra básica da coesão social.

Perante este modelo de intervenção, que suporta um grande número de estratégias que têm sido implementadas como resposta política face à problemática do envelhecimento demográfico, iremos enfatizar a Intervenção Articulada do Apoio

Social e dos Cuidados de Saúde Continuados, dirigida às pessoas em situação de dependência, uma vez que esta constitui o contexto político do presente estudo.

1.2.1 – A Intervenção Articulada do Apoio Social e dos Cuidados de Saúde Continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência

Com as transformações demográficas, sociais e familiares dá-se início a uma nova filosofia de intervenção dos vários parceiros envolvidos na prestação de cuidados à pessoa em situação de dependência.

Desta forma, a acção conjunta de apoio social e de cuidados de saúde continuados, organizada a partir de um modelo de intervenção articulado e integrado, é cada vez mais valorizada ao nível das Políticas e Estratégias Nacionais de Saúde, sendo de salientar que desde 1998 que os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade aprovaram, pelo Despacho Conjunto n.º 407 (DR, II Série, n.º 138, de 18 de Junho), as orientações reguladoras da Intervenção Articulada do Apoio Social e dos Cuidados de Saúde Continuados dirigidos às Pessoas em Situação de Dependência.

O modelo de intervenção articulada de completa *interface* entre a saúde e a acção social

... tem como objectivo, fundamentalmente, promover a autonomia das pessoas em situação de dependência e o reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações e, como lógica de intervenção, privilegiar a prestação de cuidados no domicílio, sem prejuízo da possibilidade do recurso ao internamento em unidades residenciais sempre que este se mostra necessário ao processo de reabilitação com a promoção de condições de autonomia que habilitem as pessoas a regressar ao seu domicílio (Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 1998, p. 8328).

Para além disto, e de acordo com o mesmo despacho (Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 1998), importa referir que os grupos alvo desta intervenção são as pessoas em situação de dependência física, mental ou social, transitória ou permanente, resultante ou agravada por isolamento geográfico, sequelas que decorrem de doenças crónicas, situação de doença aguda, ausência ou perda de familiares, amigos ou vizinhos que prestavam apoio, deficiência física ou mental e inexistência ou insuficiência de apoio diurno e/ou nocturno.

Perante o objectivo e o grupo alvo mencionados, as respostas às necessidades dos utentes são diversas e caracterizam-se, pelo apoio social, pelos cuidados de saúde

continuados e pelas respostas integradas, que englobam as duas áreas de intervenção anteriores.

Sendo a *interface* entre saúde e acção social o suporte deste modelo de Intervenção Comunitária, saliento as respostas integradas, que compreendem o apoio domiciliário integrado (ADI) e a unidade de apoio integrado (UAI), e que têm como objectivos,

melhorar a qualidade de vida e promover a (...) inserção social e comunitária, bem como o desenvolvimento de processos de valorização pessoal, favorecer e privilegiar a permanência no domicílio e no meio familiar e social, colaborar com as famílias, reforçando as suas capacidades e competências, concedendo-lhes o apoio necessário e o acesso a ajudas técnicas adequadas, (...) e promover condições propiciadoras de autonomia, estimulando a participação dos próprios na resolução dos seus problemas (Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 1998, p. 8330).

Segundo o referido despacho (Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 1998, p. 8330), a unidade de apoio integrado é uma estrutura diferenciada das instituições designadas por Lar “... com capacidade máxima de 30 utentes, que visa prestar cuidados temporários, globais e integrados a pessoas que, por motivo de dependência, não podem, de acordo com a avaliação da equipa de cuidados integrados, manter-se apoiados no seu domicílio, mas que não carecem de cuidados clínicos em internamento hospitalar”. Assim, o objectivo prioritário desta unidade “... é o de criar condições de autonomia às pessoas por forma a habilitá-las a regressar ao seu domicílio ou ambiente sócio-familiar, ainda que necessitando de apoio domiciliário integrado” (Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 1998, p. 8330).

No que diz respeito ao apoio domiciliário integrado, este é perspectivado, pelos referidos Ministérios (1998), como a resposta charneira e prioritária desta intervenção, e consiste “... num conjunto de acções e cuidados pluridisciplinares flexíveis, abrangentes, acessíveis e articulados, de apoio social e de saúde, a prestar no domicílio”. A partir deste conceito, preconiza-se que o apoio domiciliário integrado se encontre organizado como um serviço de prestação de cuidados humanizados, que assegura, cuidados de saúde continuados de enfermagem e médicos, de âmbito preventivo, curativo e de reabilitação, e apoio social numa abordagem psicossocial e numa vertente ocupacional prestando pequenos serviços no exterior, tais como compras, marcação de consultas, ou outros de natureza indispensável.

Deste modo, envolvendo as famílias e outros prestadores informais, designadamente vizinhos, amigos e/ou voluntários, e centradas na promoção do auto-cuidado, ambas as respostas integradas devem assegurar o apoio aos familiares com pessoas dependentes a seu cargo, incluindo o ensino e o treino na prestação dos

cuidados e promover a colaboração dos mesmos e de outros prestadores informais de cuidados (Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 1998).

Importa referir que a já mencionada equipa de cuidados integrados é multidisciplinar, integrando elementos da área da saúde e da acção social com formação nas áreas de geriatria e gerontologia, sem prejuízo de outras competências específicas para lidar com as situações de dependência, sendo responsável pela análise sócio-familiar, identificação do nível de dependência (Anexo I), necessidades de cuidados a prestar e sua periodicidade (Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 1998).

Perante esta caracterização, torna-se evidente que os cuidados domiciliários são uma das peças fundamentais em que assenta a política de saúde e da acção social. Para além disto, a transição para um cuidar centrado na comunidade aumentou a consciência acerca da importância e da abrangência da prestação de cuidados informais na manutenção dos idosos no seu domicílio, que de outra forma estariam institucionalizados. Deste modo, estes prestadores de cuidados, ou de uma forma mais global, o cuidado informal, tem vindo a ser cada vez mais valorizado ao nível das políticas nacionais de saúde, indo de encontro ao que refere Mailloux-Poirier (1995), isto é, que não se pode falar de manutenção das pessoas idosas no domicílio sem fazer referência à rede de suporte informal, ou seja, a todas as pessoas que permitem às pessoas idosas, em situação de dependência, continuarem a viver no seu meio.

Assim, perante este contexto social e político, Gil (1998) reforça que o conceito de rede de apoio à pessoa idosa dependente deve assumir duas dimensões, a rede informal (família, amigos e vizinhança) e a rede formal (organizações públicas ou privadas com estruturas profissionalizadas), sendo necessário que estas sejam privilegiadas em conjunto, e de forma integrada, numa lógica de complementaridade.

Vários autores têm-se debruçado sobre a relação entre as redes formais e informais. A *teoria das tarefas específicas ou teoria das funções partilhadas de Litwak* (1985, citado em Gil, 1998) aborda a complementaridade das duas redes em termos de tarefas partilhadas, partindo do pressuposto de que as tarefas desempenhadas pelos dois tipos de redes são dependentes da estrutura de cada grupo, isto é, enquanto que nas redes informais, os cuidados não requerem conhecimentos técnicos, nas redes formais desempenham-se funções que necessitam de um conhecimento técnico, especializado, profissional. Assim, apesar da sua estrutura oposta, Litwak reconhece que ambas são complementares e interdependentes e podem coordenar esforços no sentido de manter a pessoa idosa no domicílio.

A *teoria de Cantor* (1992, citado em Gil, 1998) ou *modelo hierárquico e compensatório de Cantor* constitui uma abordagem holística e ecológica ao propor um modelo de sistemas de suporte à pessoa idosa em situação de dependência. Tal suporte é regido por uma lógica preferencial assente num processo ordenado e numa selecção hierárquica compensatória, ou seja, a rede informal é o recurso a que a pessoa idosa se socorre com mais frequência, mas quando os elementos da rede informal são inexistentes, indisponíveis, pela escassez de tempo, problemas económicos ou incapacidade em responder, a pessoa idosa e as famílias solicitam o apoio dos serviços formais, sendo estes o último recurso. Segundo Gil (1998), o que está na base deste modelo compensatório é a maior necessidade de ajuda dos prestadores informais e os níveis mais elevados de incapacidade da pessoa idosa dependente e, por isso, à medida que os graus de incapacidade da pessoa idosa aumentam, maior é a intervenção dos serviços formais e menor é a participação das redes informais.

2 – O AMBIENTE DOMICILIÁRIO ENQUANTO ESPAÇO DE DESENVOLVIMENTO DO CUIDADO INFORMAL À PESSOA IDOSA

De acordo com a análise, e conseqüente preocupação, sobre as repercussões do envelhecimento demográfico, o cuidado informal em ambiente domiciliário adquire uma crescente importância no apoio às pessoas idosas em situação de dependência, como complemento da acção do Estado, sendo que cerca de 80% dos cuidados dispensados à pessoa idosa são de carácter informal, pelo que este trabalho de Saúde Comunitária é tão valorizável como aquele que é desenvolvido pelos técnicos de saúde (Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 1998).

Precedente ao desenvolvimento desta temática, encontra-se a definição do conceito de Cuidado Informal que, neste estudo, é entendido como o cuidado não remunerado, prestado, de forma parcial ou integral, à pessoa idosa dependente por pessoas não pertencentes à rede informal.

Na continuidade do exposto, a valorização do cuidado informal em ambiente domiciliário caracteriza-se pelo seu importante papel enquanto agente económico, devido à sua componente de gratuidade da prestação e do ambiente de cuidados, face ao período de restrição orçamental e de grandes poupanças nas despesas públicas em que nos encontramos. No entanto, esta não é a única razão, pois o ser humano, durante a sua existência, ocupa vários espaços que influenciam a sua maneira de estar no mundo e as formas de relacionamento com as pessoas e, por isso, para muitas pessoas idosas o domicílio, a família, os amigos e a vizinhança, ou melhor, o conhecido, acaba por ser tudo o que possuem. Logo, tal como está preconizado que aconteça no desenvolvimento do cuidado informal em ambiente domiciliário, é importante enfatizar os laços que a pessoa idosa estabelece com o espaço, com os objectos e com as pessoas, como factores de garantia para a manutenção da sua identidade, do seu equilíbrio, ou seja, da sua qualidade de vida (Carletti & Rejani, 1999).

Nesta perspectiva, o cuidado informal à pessoa idosa em ambiente domiciliário traduz-se num processo complexo de interacção pessoal que pressupõe uma co-participação de experiências entre a pessoa idosa e o prestador informal e um esforço comum em conhecer a realidade que se procura mudar (Carletti & Rejani, 1999).

Focalizando-nos na interacção que se estabelece entre a pessoas idosa e o prestador informal de cuidados, em ambiente domiciliário, podemos encarar o cuidado informal, naquilo que Collière (1999) preconiza como o *care*, isto é, como sendo cuidados de sustento e manutenção da vida. Segundo a mesma autora (1999, p. 237), o “*care* representa todos esses cuidados permanentes e quotidianos que não têm outra função para além de sustentar a vida, reabastecendo-a em energia, seja de natureza alimentar, a necessidade de água (...), calor, luz, ou de natureza afectiva, psicossocial (...) cada um destes aspectos interferindo entre si”.

Hesbeen (2000, p. 64) refere-se ao *care* como a vertente do cuidado que “... põe a tónica no que é essencial, ou seja, na relação entre duas pessoas, uma prestadora de cuidados e a outra beneficiária desses mesmos cuidados. É esta relação que vai permitir esperar um resultado terapêutico entendido no sentido de «contribuir para o bem-estar» e não no sentido restritivo de curar ou de tratar”.

No cuidado informal, como em todos os processos de interacção, o ambiente envolvente ao cuidado desempenha um papel preponderante, uma vez que, como refere Neuman (1995, citada em George, 2000), consiste num conjunto de factores ou influências internas e externas que circundam a pessoa enquanto sistema, enquanto um todo, e a influência da pessoa sobre o ambiente e do ambiente sobre a pessoa pode ser positiva ou negativa a qualquer momento.

Pode-se assim dizer que este conceito geral de ambiente implica, segundo Neuman (1995, citada em George, 2000), o aparecimento de conceitos específicos como os de ambiente interno, ambiente externo e ambiente criado. Considera-se que o ambiente interno existe dentro do sistema pessoa e é constituído por todas as forças e influências em interacção que estão unicamente dentro dos limites desse sistema. O ambiente externo é aquele que existe fora do sistema pessoa, sendo constituído por todas as forças e influências que estão fora dos limites desse sistema. O terceiro tipo de ambiente, identificado por Neuman, é desenvolvido pela pessoa e é simbólico da totalidade do sistema, representando a troca de energia do sistema aberto tanto com o ambiente interno quanto com o externo.

Neste sentido, enfatizando o ambiente domiciliário como o principal contexto da prestação de cuidados informais à pessoa idosa, a Saúde Pública deve estar cada vez mais preocupada com o ambiente em que o utente se encontra inserido, procurando promover a saúde, educando e mantendo um elevado nível de bem-estar. Isto significa que, actualmente, no âmbito do cuidado informal à pessoa idosa o promotor de saúde

tem que ser um profissional multifacetado, que presta cuidados globais à pessoa, família e comunidade, priorizando como ambiente o seu domicílio.

De facto,

os cuidados (...) domiciliários são a componente de um continuado cuidado (...) global em que os serviços (...) são prestados aos indivíduos e famílias nos seus locais de residência com a finalidade de promover, manter ou recuperar a saúde, ou de maximizar o nível de independência enquanto se minimiza os efeitos da deficiência e doença incluindo a doença terminal (Warhola, 1980, citado em Stanhope, 1999, pp. 882 e 883).

O ambiente domiciliário enquanto espaço de desenvolvimento do cuidado informal é, desta forma, um contexto complexo pois, o desenvolvimento do cuidado, perante a pessoa idosa, centra-se no processo de interacção que ocorre entre o prestador informal, a pessoa idosa e o prestador formal.

O referido processo de interacção, que faz do ambiente domiciliário um espaço físico e relacional, exige dos diferentes elementos da tríade uma presença física e psíquica constante. Apesar do modo como se está presente poder variar, Osterman & Schwartz-Barcott (1997, p. 319) definem, genericamente, presença “... como uma oferta de si mesmo, igualada à utilização de si próprio e que é transmitida através de um comportamento franco e doador...”.

Para além da definição de presença, os mesmos autores (1997) apresentam quatro formas distintas de estar lá, ou seja, no ambiente domiciliário enquanto espaço de desenvolvimento do cuidado informal à pessoa idosa, nomeadamente, a presença, a presença parcial, a presença plena e a presença transcendente que, no sentido de uma melhor compreensão das mesmas, apresentamos o quadro 1, na página seguinte, com as características de cada uma delas.

Quadro 1 – Características de quatro formas de Estar Presente

Tipos de Presença Características de Presença	Presença	Presença parcial	Presença plena	Presença transcendente
Qualidade de estar lá	Fisicamente presente no contexto dum outro	Fisicamente presente no contexto dum outro	Fisicamente presente, (lá), (comportamento de atendimento físico – contacto visual, inclinando-se) Psicologicamente presente (com) (comportamento de atenta escuta)	Qualidade de estar lá
Foco de energia	Absorvida com o Eu	Objecto ou tarefas no ambiente relevantes para o outro, mas nenhuma da energia é dirigida ao outro	O Eu/O Outro (focagem noutras influências de resposta recíproca)	Centrado – (exaurindo da energia universal) Sujeito/sujeito leva à unicidade
	Realidade pessoal e subjectiva	Realidade mecânica, técnica	Orientada para o presente (aqui e agora), radicada na realidade actual	Transcendente e orientada para além do aqui e agora mantendo, ao mesmo tempo que transformando, a realidade
Natureza da interacção	Encontro interpessoal, sem interacção, auto-absorto	Encontro com interacção com parte do outro	Interactiva; comunicação essencial; fronteiras – restrições de papeis; relacionamento profissional de cuidado bilateral	Relacionamento; alto grau de técnica de comunicação; sem papeis; intimidade humana/amor; cuidar humanístico, sem fronteiras; relação unilateral
Resultados positivos	Reduz o stress; garantia de que alguém está lá; pode ser acalmante e restaurador; facilita o pensar criativo	Reduz o stress; resolve um problema mecânico; reduz a quantidade de estímulos num encontro	Solução dum problema humano; alívio dum perturbação do aqui e agora	Transformações diminuíram solidão; alargamento da consciencialização; e significado da existência (amor/conexão); um bom sentimento gerado ao redor; unicidade transpessoal
Resultados negativos	Nenhum envolvimento interpessoal – comunicação falhada; isolamento, introversão, ansiedade crescente	Nenhuma ligação interpessoal	Por ser demasiada energia para o receptor/ou sentida negativamente pelo receptor; energia nem sempre disponível para a presença plena; ansiedade crescente	Fusão e possível perda da realidade objectiva; perigo de assumir para si os problemas do receptor

Fonte: Osterman & Schwartz-Barcott, “Servir”, 1997, p. 320.

É de salientar que a complexidade deste tipo de desenvolvimento de cuidados, implica a actuação conjunta de uma equipa multidisciplinar que desenvolve o seu trabalho em parceria, com profissionais de diferentes áreas da saúde, de abordagem social e/ou outros profissionais de suporte que proporcionem uma complementaridade e reciprocidade de intervenção, sendo, desta forma, o ambiente domiciliário um espaço de intervenção global e holística.

3 – O PRESTADOR INFORMAL ENQUANTO SISTEMA ACTIVO NO PROCESSO DE CUIDADOS À PESSOA IDOSA EM AMBIENTE DOMICILIÁRIO

Segundo Perista et al (1997), a par das múltiplas “agressões” às estruturas familiares tradicionais, que alimentam a ideia de crise da família, as redes familiares subsistem enquanto principal suporte informal de apoio à população idosa. De facto, vários estudos, lançados à escala da Europa Comunitária (Bris, 1994 & Burrus, 1995), reforçam a ideia de que o grande fornecedor de prestadores informais é a rede familiar.

Tais redes familiares são essencialmente verticais indo ao encontro do modelo de substituição preconizado por Shanas (1986, citado por Gil, 1998, p. 99) que assenta na ideia de que a ajuda levada a cabo pelos membros da família é concebida a partir de uma ordem: “o cônjuge é concebido como ajudante familiar, se este está ausente ou indisponível são os filhos que assumem o papel de ajudantes, se os filhos não estão disponíveis, são as pessoas exteriores à família que desempenham esta função”.

Em complementaridade a este modelo, Gil (1998) refere a existência de uma especialização parcial dos apoios informais à pessoa idosa em situação de dependência. A família directa (cônjuge e filhos) envolve-se mais em tarefas de longa duração (apoio instrumental na assistência à doença e ajudas nas tarefas do dia a dia) e intimidade, os amigos constituem importantes fontes de suporte afectivo e emocional, e os vizinhos envolvem-se mais em tarefas curtas e mais próximas geograficamente (ajudas no transporte ou nas compras e em situações de emergência, como na doença). Os apoios disponíveis pela família alargada fazem-se em ocasiões de perturbação específica, como em caso de doença, urgência monetária, tendo essas interajudas um carácter pontual e não sistemático. Os netos são um exemplo paradigmático da desproporcionalidade entre a proximidade afectiva e a funcionalidade das relações intergeracionais, pois apesar de existir uma proximidade física entre estas duas gerações e uma regularidade de contactos, as trocas de suportes fazem-se com muito pouca intensidade.

Para além da força atribuída aos diferentes laços de parentesco com a pessoa idosa, Gil (1998) e Perista et al (1997) consideram ainda que as responsabilidades

familiares dependem também dos diferentes papéis do género. Deste modo, a presença feminina caracteriza-se por ser muito mais contínua e regular na prestação deste tipo de cuidados, o que vem confirmar, para além da forte verticalidade da rede familiar, que o apoio informal à pessoa idosa é também fortemente lateralizado. A reforçar esta ideia de lateralização, a par da prevalência matriarcal das redes informais, Perista et al (1997) enfatiza que este tipo de cuidados é substancialmente prestado por pessoas também elas idosas.

O cuidado informal, que é associado ao não trabalho, contribui para revalidar o sentimento de dever e obrigação, mas também de reconhecimento e gratidão, sendo com estes últimos que muitos prestadores informais justificam o seu investimento na prestação de cuidados (Perista et al, 1997). Assim, a gratuitidade do cuidado informal tem subjacente um imperativo de reciprocidade, ainda que este seja mediado pelos afectos e pela vontade individual. Tal como refere Pitrou (1997, citado em Gil, 1998, p. 108), “as trocas mútuas no seio da rede familiar estão dependentes de factores concretos, tanto da boa vontade das pessoas, que é ela própria selectiva em função das afinidades ou do passado em comum, mas apoia-se na maior parte dos casos sobre uma carga afectiva positiva”. Também Godbout (1994, citado em Gil, 1998, p. 108) defende que “o gesto do dom não necessita de retorno, mas sim de reconhecimento. O dom é livre, não é obrigado.” Complementando esta perspectiva, Cohen e Eisdorfer (sd., citados em Luders & Storani, sd., p. 155) referem que a motivação para o prestador informal cuidar deve-se ao

amor pela pessoa idosa, sentimento este que não requer explicação científica; gratidão, na qual se considera as experiências passadas e tudo o que foi anteriormente oferecido pela pessoa receptora dos cuidados; moralidade, seguindo basicamente as expectativas de uma sociedade e, por fim, uma vontade própria em prestar cuidados a alguém.

Neste sentido, as trocas acabam por ser trocas interessadas, mas não no sentido de equivalência directa (teoria utilitarista), pois as trocas são assimétricas e o seu conteúdo serve para alimentar as relações entre prestador informal e pessoa idosa e não em torno dos ganhos e das perdas contabilizáveis.

- *Os efeitos do tempo... as consequências do cuidado para o prestador informal*

No desenvolvimento da problemática do prestador informal de cuidados à pessoa idosa em ambiente domiciliário, importa referir que, ao contrário do que acontece no desenvolvimento do cuidados nas crianças, a dependência é crescente e este acontecimento de vida normativo ou não normativo, assim denominado por Loveland-

-Cherry (1999) os acontecimentos que geralmente se espera ou não que ocorram num estágio particular do desenvolvimento ou do ciclo de vida, pode ser traduzido por cinco crises:

- a consciência da degeneração, que ameaça o sentido de segurança de quem cuida da pessoa idosa e cria um sentimento de impotência;
- a imprevisibilidade no envelhecimento e evolução de uma doença é um dado adquirido;
- as limitações de tempo, pois a dependência aumenta e raramente a responsabilidade do cuidado é partilhada por mais do que uma pessoa;
- a relação entre quem presta cuidados e quem os recebe, pois a relação prévia com a pessoa idosa e a inversão de papéis aumenta a probabilidade de conflito;
- a falta de escolha, pois numa relação familiar há pouca escolha para o assumir da prestação de cuidados, pondo de lado outros planos (Braithwaite, 1992, citado em Paúl, 1997).

Tal facto, que quase sempre se desenrola durante vários anos devido às doenças degenerativas, comporta a inclusão dos prestadores informais no processo de cuidados da pessoa idosa, enquanto sistema activo no ambiente domiciliário, sendo necessário analisar as percepções dos mesmos relativas à prestação dos cuidados.

Este desafio, que se refere a um fenómeno subjectivo, associado aos acontecimentos vivenciados, foi desenvolvido teoricamente por Lawton que defende o Modelo de Dois Factores na avaliação do cuidado informal (Martín, Paúl e Roncon, 2000). Lawton sugere que a avaliação do cuidado informal se processa de acordo com dois vectores: o impacto percebido, ou seja, a percepção que o prestador informal tem da sobrecarga do cuidado no seu estilo de vida; e a satisfação percebida, isto é, a percepção de benefícios que o prestador informal tem pelo seu esforço ao cuidar (Martín, Paúl e Roncon, 2000). De acordo com Orwell (1993, citado em Martín, Paúl e Roncon, 2000, p. 4), este modelo

contribuiu significativamente para uma abordagem mais sistemática do cuidado informal, essencialmente, ao conceptualizá-lo como algo multidimensional, tanto de uma perspectiva negativa como positiva, como se torna essencial quando se avalia o cuidado informal de uma forma mais completa, tendo em conta diferentes perspectivas.

De encontro a este modelo encontram-se as ideias de Renwick, Brown e Nagler (1996, citados em Canam & Acorn, 1999) que defendem que o enfoque no estudo do impacto percebido pelos prestadores informais limita a efectividade dos serviços dirigidos aos prestadores informais, tornando-se emergente a consciencialização da

satisfação do prestador informal como um conceito pertinente e abrangente no sentido da consecução dessa efectividade.

Visando a multidimensionalidade do cuidado informal e do seu prestador, Novak & Guest (1989, citados em Paúl, 1997) definiram cinco dimensões da sobrecarga do prestador informal: sobrecarga da dependência de tempo, relativa às restrições do tempo, sobrecarga de desenvolvimento, sobrecarga física, sobrecarga social e sobrecarga emocional.

Hagen & Gallagher (1996) alertam para o facto do impacto total de longas horas de um cuidado exigente ser, muitas vezes, pobremente compreendido e grosseiramente subvalorizado. Neste sentido, Jones & Peters, em 1992 (citado em Canam e Acorn, 1999), realizaram um estudo a partir do qual concluíram que os prestadores cuidam dos familiares idosos com grandes custos para elas próprias, alertando para que as necessidades dos prestadores de cuidados familiares fossem devidamente considerados e não só as necessidades das pessoas idosas.

Segundo Luders & Storani (1999) a situação de cuidado informal à pessoa idosa em ambiente domiciliário, pode comprometer a independência do prestador informal, pois estes passam a viver a vida da pessoa idosa, podendo surgir isolamento social, mudanças na dinâmica familiar e nas relação entre os membros da família, emergindo nessas situações problemas não resolvidos anteriormente, e dificuldades de assistência médica. As mesmas autoras (1999) referem ainda que as despesas necessárias para manter o bem-estar da pessoa idosa é bastante grande, indo desde os exames solicitados, aos honorários profissionais, aos medicamentos, e aos serviços de terceiros no apoio aos cuidados prestados no dia-a-dia, levando algumas famílias a terem problemas de ordem financeira.

Decorrente desta problemática, Baumgarten et al, em 1994, desenvolveram um estudo com o objectivo de observar as associações entre os distúrbios comportamentais de idosos com demência e as alterações na saúde dos prestadores informais de cuidados ao longo do tempo (período de um ano). Assim, segundo estes autores o nível mais elevado de distúrbios comportamentais em pacientes com demência encontrava-se significativamente associado a uma deteriorização quer nos sintomas físicos, como depressivos do prestador informal de cuidados, durante o período em estudo.

Os aspectos psicológicos podem-se tornar bastante difíceis e pesados para o prestador informal, levando a pessoa a uma labilidade afectiva com uma instabilidade dos sentimentos e reacções afectivas, surgindo neste processo sentimentos negativos, de

ira, medo, culpa, vergonha e outros, mas também sentimentos agradáveis relacionados com as vivências anteriores à doença (Luders & Storani, 1999).

Em complementaridade com estes estudos, Shyu (2000) refere que os prestadores familiares de cuidados deparam-se, constantemente, com um conflito entre as suas próprias necessidades e as necessidades do familiar idoso a quem prestam cuidados. Noutros estudos foi, também, verificado este conflito, como é o caso do estudo de Beach (1993, citado em Shyu, 2000), no qual refere que o papel de prestador de cuidados primário compete com outros papéis na rede familiar, e do estudo de Mckibbon, Génereux e Séguin-Roberge (1996), onde defendem que o impacto da prestação de cuidados à pessoa idosa, enquanto se conjugam as responsabilidades profissionais e familiares, pode ser intenso e, por isso, os sentimentos de dever e devoção entram frequentemente em conflito com outras preocupações familiares e com o emprego. Reforçando este aspecto, também, se concluiu que as necessidades dos prestadores familiares de cuidados, referentes à liberdade, privacidade, carreira profissional e actividades sociais, competiam com as necessidades do familiar idoso receptor de cuidados (Archbold, 1982; Gilbeau e Anastas, 1989; Scharlach e Boyd, 1989; Neal *et al*, 1993; Scharlach, 1994; Pavalko e Artis, 1997; citados em Schyu, 2000).

Importa referir que o processo de encontrar um ponto de equilíbrio pode desempenhar um papel decisivo na mediação dos efeitos do conflito de necessidades, na percepção dos prestadores familiares de cuidados acerca do seu *stress* e bem estar, sendo que o mesmo pode ser utilizado como estratégia de adaptação aquando da prestação de cuidados a um familiar idoso (Shyu, 2000). Nesse processo de equilíbrio é muito importante a necessidade da continuidade de estímulos para que o prestador informal consiga viver de maneira satisfatória, mantendo a sua identidade (Luders & Storani, 1999).

Há que considerar não só os aborrecimentos mas também as gratificações que surgem das tarefas do cuidado informal à pessoa idosa em ambiente domiciliário e, por isso, a importância de analisar a satisfação percebida pelo prestador informal que, puramente subjectiva, refere-se a sentimentos de contentamento com a vida (Canam & Acorn, 1999). Ainda referente à satisfação, Lee, Kim e You (1997) defendem que a satisfação na prestação de cuidados informais depende dos valores pessoais de cada prestador e da sua capacidade para atingir aquilo que é valorizado pelos outros, assim como, da capacidade de adaptar e manter novos e múltiplos papéis.

Face a tais considerações, que retratam a complexidade que envolve a prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente, em ambiente domiciliário, torna-se fundamental analisar o risco em saúde do prestador informal, numa perspectiva de estimativa, como um processo de determinação da presença de factores de risco como estando associados ao aumento da probabilidade de ocorrência de uma doença ou de um acontecimento não saudável (Loveland-Cherry, 1999).

Para tal devemos interagir com o prestador informal respeitando-o em todas as suas dimensões, numa visão de totalidade, num contexto do pensamento sistémico. Neste contexto, o modelo de Neuman é, particularmente, adequado à prática da Promoção e Protecção da Saúde, numa vertente de avaliação e gestão do risco em saúde, pois permite compreender o perfil de um risco caracterizado de acordo com a especificidade de toda a envolvente que abrange a saúde do indivíduo e comunidade.

Segundo George (2000) o modelo de Neuman baseia-se na filosofia de que cada indivíduo é uma «pessoa total», multidimensional, um composto de variáveis, estressores ou factores de risco, da reacção aos factores de risco e da pessoa que interage com o ambiente (pessoa representada por uma série de círculos concêntricos). Existem inúmeros factores de risco que resultam da constante interacção entre a pessoa e o ambiente, podendo ser de índole extra, inter e intrapessoais e de natureza fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento. A mesma autora (2000, p. 228) refere que

a variável fisiológica refere-se à estrutura e às funções do organismo. A variável psicológica refere-se aos processos mentais e relacionamentos. A variável sócio-cultural refere-se às funções do sistema relativas às expectativas e às actividades sociais e culturais. A variável desenvolvimento refere-se aos processos relativos ao desenvolvimento durante o ciclo de vida. A variável espiritual refere-se à influência das crenças espirituais.

O bem-estar do sistema prestador informal é, assim, conceptualizado como a estabilidade encontrada entre os sistemas psicológico, fisiológico, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento, sendo este concebido como um todo, constituído por estas cinco dimensões, num equilíbrio permanente. Importa referir que neste processo dinâmico de alcance do bem-estar está implícito, no sistema de cada prestador informal, um conjunto de factores internos de resistência que funcionam para estabilizar e fazer com que o indivíduo retorne a um estado normal de bem-estar ou estado estável (linha normal de defesa), ou possivelmente, a um nível mais elevado de estabilidade, após uma reacção ao factor de risco (George, 2000).

De acordo com isto, Neuman define bem-estar como um processo de interacção/ajustamento aos factores de risco, em que o prestador informal retém

diversos graus de equilíbrio ao longo do período da vida, de acordo com a estabilidade da linha normal de defesa, entendendo-a, assim, como uma energia viva constituída pelas características, específicas de cada um e comuns a todos (estrutura básica de recursos energéticos) (George, 2000).

Tais pressupostos permitem identificar dois tipos de risco em saúde, na população em geral, e no prestador informal em particular, nomeadamente, o risco de um contexto específico e o risco de um contexto específico, dependendo da avaliação dos factores de risco a que os indivíduos se encontram expostos. O risco comum resulta do estudo de populações no sentido de compreender os factores que explicam o padrão do risco de ocorrência (Mckeown & Garrison, 1999), baseando-se, por isso, na determinação dos factores padrão ou factores de risco básicos, comuns a todos os prestadores informais, que fazem parte da estrutura básica de recursos energéticos de cada um deles.

Quando se avalia a «pessoa total», de uma forma holística e se tem em consideração o conjunto das características comuns e individuais ou específicas de cada prestador informal, estamos a inserir um cariz específico ao risco pois acrescentamos aos factores de risco básicos, a que todos os prestadores informais estão expostos, alguns factores de risco específicos do prestador informal em análise. (Figura 3)

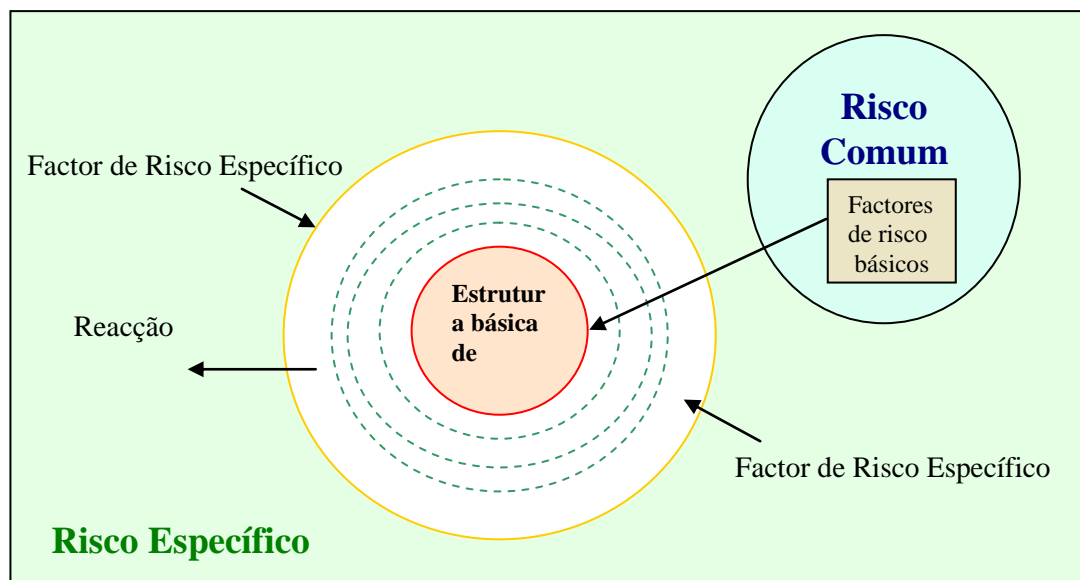


Figura 3 – A avaliação do risco em saúde numa abordagem sistémica do prestador informal de cuidados à pessoa idosa, em ambiente domiciliário – Adaptação do Modelo Sistémico de Betty Neuman

Fonte: George, "Betty Neuman", 2000, p. 227.

Nesta perspectiva, estando os prestadores informais de cuidados à pessoa idosa dependente, em ambiente domiciliário, susceptíveis a um contexto de mudança e de

instabilidade, surge a necessidade de modelos de intervenção, nos quais o prestador informal desempenha um papel activo. Para tal, e porque estamos perante pessoas e tudo o que as envolve, é imprescindível analisar e valorizar as características comuns e específicas de cada um, visando identificar e compreender com rigor as necessidades individuais e colectivas, de modo a assegurar a efectividade da intervenção.

4 – A PROBLEMÁTICA DA EFECTIVIDADE EM PROMOÇÃO E PROTECÇÃO DA SAÚDE

A Saúde é um bem cada vez mais valorizado na sociedade de hoje e, conseqüentemente, o Desenvolvimento Contínuo da Qualidade dos Cuidados é cada vez mais importante por razões,

profissionais, visto que o pessoal quer naturalmente trabalhar melhor e ser cada vez mais prestigiado; éticas, porque somos responsáveis da confiança que (...) é depositada pelo cidadão; políticas, atendendo a que a qualidade passou a ser uma preocupação estratégica; económicas, porque os recursos financeiros, sempre relativamente escassos comparados com as necessidades, têm que ser bem utilizados e os orçamentos não aumentam com a rapidez desejada; e (...) sociais, porque o cidadão é cada vez mais exigente e tem cada dia que passa mais expectativas relativas à efectividade dos cuidados de Saúde” que lhe são prestados (DGS, 2000, p.1).

Assim, no sentido da inovação dos serviços de saúde, em meados da década de 90 a OMS alerta para a importância da estimativa do grau de excelência dos cuidados de saúde, através da análise comparativa entre os resultados conseguidos e os que poderiam ter sido obtidos, tornando-se, para isso, necessário criar e desenvolver processos de garantia de qualidade e de acreditação dos cuidados, baseados na evidência científica proveniente da avaliação das diversas dimensões da qualidade como a acessibilidade, continuidade, efectividade e equidade (DGS, 2000).

Actualmente, apesar desta preocupação estar muito enraizada na dinâmica do desenvolvimento de Programas Comunitários, no âmbito da Promoção e de Protecção da Saúde, frequentemente, durante o seu planeamento não é definida a estratégia de avaliação dos seus resultados, surgindo, por vezes, dúvidas acerca da existência ou não de efectividade dos mesmos, isto é, se após o seu desenvolvimento existem ou não ganhos em saúde para o indivíduo, família ou comunidade.

Promover e Proteger a Saúde é, por conseguinte, uma responsabilidade que diz respeito a todos e que exige a adopção de uma cultura orientada para a obtenção de ganhos em saúde, de forma a conduzir a uma mudança de atitudes, focalizando a intervenção nas necessidades totais do indivíduo, enquanto pessoa, compreendida na sua individualidade global (Dias, 2000).

Neste âmbito, o contexto de intervenção em Promoção e Protecção da Saúde concretiza-se por um conjunto de acções/actividades diversificadas que, ao incentivarem as pessoas a adoptar e manter estilos de vida saudáveis e ao criarem condições de suporte de vida necessárias à saúde, integram um processo de capacitação das pessoas para exercerem o controle sobre os determinantes de saúde e, conseqüentemente, melhorarem a saúde (IUHPE, 1999). Tais actividades encontram-se integradas em cinco grandes domínios como:

- definição de políticas públicas favoráveis à saúde;
- reorientação dos serviços de saúde;
- desenvolvimento de competências individuais;
- reforço da acção comunitária;
- criação de ambientes favoráveis à saúde (Dias, 2000).

Nesta perspectiva, a Avaliação da Efectividade das Práticas Preventivas e da Promoção da Saúde é uma etapa fundamental, no processo dinâmico que caracteriza um programa de Promoção e Protecção da Saúde, pois visa avaliar a dimensão do efeito desejado de programas comunitários, isto é, obter uma determinada mudança na proporção de indivíduos expostos a determinados factores de risco, que se encontram dentro (ambiente interno) e fora (ambiente externo) do controle dos indivíduos, ou gerar ganhos em saúde caracterizados pelos domínios de intervenção mencionados.

Neste sentido, de acordo com os domínios de intervenção em Promoção e Protecção da Saúde, existem diferentes e complementares perspectivas do que representa a efectividade de um programa deste âmbito. Ao nível da decisão política e de gestão orçamental, a efectividade é definida como a relação entre o investimento e o alcançar de ganhos em saúde em curto prazo; em relação aos profissionais promotores de saúde, a efectividade é encarada em termos da possibilidade de implementação do programa, assim como das possibilidades de mobilizar as parcerias (pessoas e organizações) para actuar na saúde; a população alvo considera a existência de efectividade quando há resposta às necessidades sentidas e oportunidades de participação comunitária; para o investigador académico, a efectividade é construída pelo seu rigor metodológico, manutenção da integridade do programa e o alcançar de ganhos pré-determinados. Embora cada uma destas abordagens esteja direccionada para o alcançar de uma melhoria da saúde e para a mudança nos respectivos determinantes, cada uma delas difere acentuadamente na ênfase atribuída ao processo pelo qual os ganhos são alcançados e pela importância associada ao custo e à operacionalização da implementação do programa. Além disso, para cada uma destas abordagens existe um

vector que delimita a natureza da intervenção de diferentes formas, ou seja, enfatizando o assunto, a população ou contexto (IUHPE, 1999).

Importa referir que só desta forma, enquanto defensores desta área de cuidados, conseguimos alicerçar a nossa intervenção por uma tomada de decisão racional com base em juízos equilibrados, influenciados por um conhecimento efectivo das actividades que fazem mais mal do que bem, mais bem do que mal e de efeitos desconhecidos e, assim, contribuir para o fortalecimento da Promoção da Saúde.

A necessária comparação entre o efeito conseguido e o efeito desejado, impõe uma dimensão temporal na dinâmica do Processo de Avaliação da Efectividade em Promoção e Protecção da Saúde. Num primeiro momento surgem os resultados imediatos da intervenção (conhecimentos de saúde, participação comunitária) que representam os factores pessoais, sociais e estruturais que ao serem modificados poderão alterar os determinantes de saúde. Quando esta alteração ocorre trata-se de obter o efeito desejado que corresponde a um ganho em saúde intermédio, a médio prazo que, por sua vez, se for atingido irá reflectir-se, a longo prazo, num ganho em saúde final que se caracteriza pelo impacto na saúde conseguido com a nossa intervenção, isto é, caracteriza o perfil de saúde. Esta avaliação a médio/longo prazo é um grande desafio mas também muito importante, pois avalia até que ponto é que as mudanças de comportamento e a tomada de decisão sustentada são duradouras e continuadas no indivíduo, família e comunidade (IUHPE, 1999). (Figura 4)

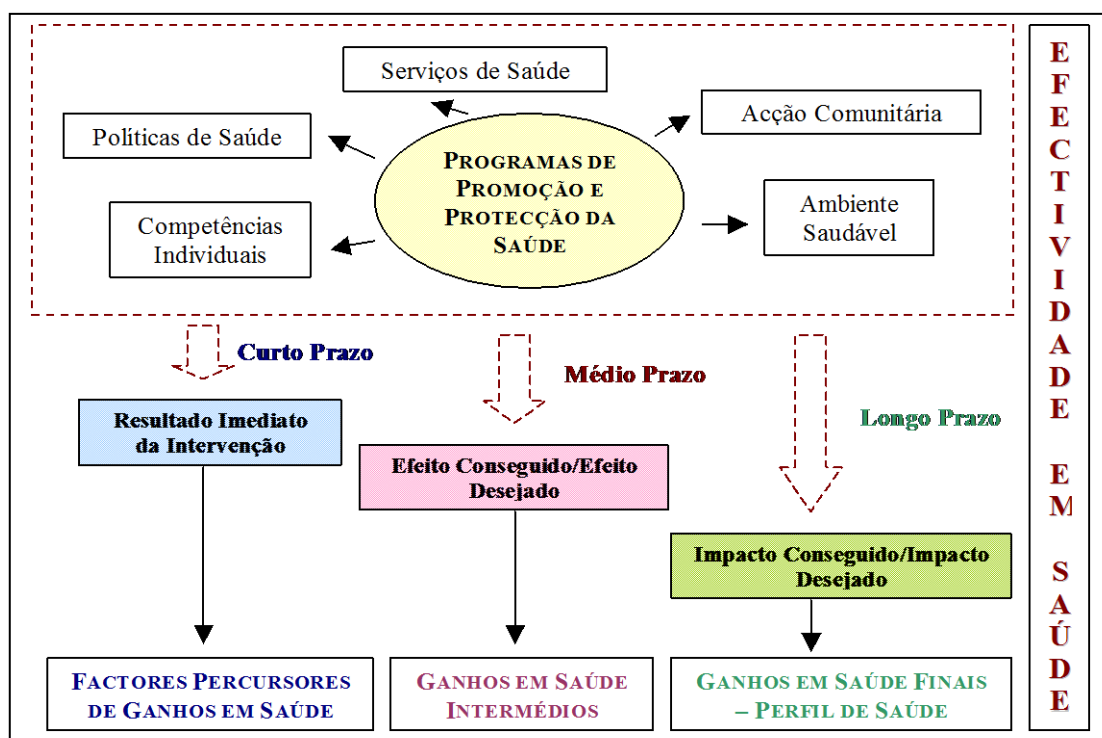


Figura 4 – Avaliação da Efectividade das Práticas Preventivas e de Promoção da Saúde

Importa referir que, utilizando a mesma lógica de intervenção da Promoção e Protecção da Saúde, isto é, uma intervenção nos determinantes de saúde de um indivíduo, família e comunidade, a existência de Efectividade na Promoção e Protecção da Saúde implica uma intervenção ao nível dos seus determinantes de efectividade. Assim, qualquer programa de Promoção e Protecção da Saúde deve ser sustentado num processo de planeamento com, descrição do seu contexto e domínio, ou seja, dos seus determinantes de efectividade, e elaboração de um dispositivo de monitorização desses mesmos determinantes, pois só assim, se torna num instrumento de intervenção eficaz, a utilizar de modo eficiente e que conduz à efectividade em ganhos em saúde.

Desta forma, no subcapítulo seguinte, consideramos pertinente desenvolver a temática dos determinantes de efectividade dos Programas de Promoção e Protecção da Saúde, enfatizando especificamente o *Empowerment* como um dos determinantes, uma vez que este se trata do foco central do presente estudo.

4.1 – O *EMPOWERMENT* COMO DETERMINANTE DE EFECTIVIDADE DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO E PROTECÇÃO DA SAÚDE

Svedbom (1994) ilustra a diversidade de determinantes que influenciam a efectividade das práticas preventivas e de promoção da saúde. Assim, a saúde da população é determinada por factores nos quais ainda não conseguimos intervir (factores pessoais – características genéticas, sexo e idade) e por outros cuja intervenção estamos aptos a desenvolvê-la, nomeadamente:

- factores estruturais, que incluem, o desenvolvimento económico, a urbanização, as mudanças tecnológicas e na estrutura de emprego e as ameaças ambientais;
- condições de vida, que dizem respeito, ao desemprego, à educação, ao sistema de cuidados de saúde, aos ambientes de trabalho e domiciliário, à insegurança social;
- estilo de vida, que integra, os hábitos alimentares, o exercício físico, o comportamento sexual e os hábitos nocivos;
- *empowerment*, que se refere, a estratégias de adaptação e de mestria, à coerência e à persistência.

Evidenciando o *empowerment* como determinante, Tones (1994) refere que o conceito de *empowerment* é central na filosofia e prática da Promoção e Protecção da Saúde, sendo, a um micro nível, a chave para o alcançar dos seus objectivos.

Deste modo, desenvolver ou reforçar as competências individuais, isto é, trabalhar os recursos/capacidades do indivíduo para identificar problemas, criar consensos e atingir objectivos é hoje um domínio fundamental na Promoção e Protecção da Saúde.

Glanz (1999), refere-se ao *empowerment* como, a prontidão do indivíduo para mudar ou tentar mudar os seus comportamentos para outros mais saudáveis, a percepção que o indivíduo tem da ameaça que um problema de saúde representa, o reconhecimento de comportamentos recomendados para prevenir ou gerir o problema, e os processos mediante os quais absorve e utiliza a informação na sua tomada de decisão.

Para Gibson (1991), *empowerment* é um processo social de reconhecimento, promoção e utilização das competências pessoais para conhecer as suas próprias necessidades, resolver os seus próprios problemas e mobilizar os recursos necessários de modo a sentir um controlo nas suas vidas. É, simplesmente, um processo de ajuda para que o indivíduo desenvolva ou mantenha um controlo sobre os factores que afectam a sua saúde.

Rappaport (1984 e 1985) acrescenta à definição de *empowerment*, a dimensão individual, organizacional e comunitária na aquisição de controlo ou domínio sobre as suas vidas e os assuntos/temas de interesse que lhe são próprios; e a importância da personalidade, cognição e motivação de cada um no sentido de controlo sobre a vida, podendo ser expresso ao nível, dos sentimentos, das ideias sobre o próprio valor e de se acreditar ser capaz de fazer a diferença. Reforça, também, que o *empowerment*, não é um bem escasso, mas sim, uma habilidade que todos temos em potencial e que precisa de ser libertada.

Empowerment é, assim, traduzido como um conceito dinâmico pois o seu processo, ao envolver uma relação com o outro e com o ambiente que o rodeia, é desenvolvido de forma diferente de acordo com a especificidade da pessoa, grupo ou comunidade e do contexto em que se insere (Gibson, 1991). Zimmerman (1995), reforça esta ideia referindo que o *empowerment* é específico e diferente para cada população e, toma diferentes formas para pessoas diferentes (com necessidades únicas), em contextos diferentes.

Uma outra definição que incorpora, explicitamente, a interacção existente entre a pessoa e o ambiente, no desenvolvimento do processo de *empowerment*, é a de Cornell

Group (1989, citado em Zimmerman, 2000) que define *empowerment* como um processo intencionado e contínuo, centrado na comunidade local, que envolve o respeito mútuo, a reflexão crítica, a preocupação com os outros e a participação do grupo, e através do qual pessoas a quem falta uma justa distribuição de importantes recursos, possam ter acesso e ganhar controle sobre esses recursos.

Partindo da caracterização do constructo do *empowerment* e voltando à problemática do *empowerment* como determinante de efectividade da Promoção e Protecção da Saúde, Tones (1994) defende que os dois mais importantes imperativos ideológicos da conceptualização da Promoção e Protecção da Saúde, por parte da OMS, são o atenuar das desigualdades e a existência de *empowerment* individual. Tais imperativos estão interrelacionados, e na base deste relacionamento encontra-se a Promoção e Protecção da Saúde como resultado da relação simbiótica e sinérgica entre a Educação para a Saúde e a Política Pública de Saúde (Tones, 1997)

O mundo da Política é bastante complexo, e as políticas de saúde são quase sempre subjectivas, constituindo um conjunto de ideias, mais ou menos independentes e pontuais, devidas a pressões ou emergências. No entanto, por a política ser imprescindível no processo de planeamento que está subjacente a qualquer intervenção de âmbito preventivo ou de promoção da saúde, torna-se um desafio diminuir a «carga ideológica» da política de saúde e aumentar a sua «componente técnica» de acordo com as reais necessidades da sociedade e, desta forma, devido à sua natureza e efeito, ser considerada por todos uma política pública de saúde, “que regule ou sirva de base a acções saudáveis e práticas para a prevenção, detecção, controlo e gestão de doenças” (Glanz, 1999)

No entanto, tais objectivos políticos só são passíveis de serem atingidos se houver uma preocupação complementar sobre a Educação para a Saúde, que segundo Tones & Tilford (1994, citados em Tones, 1997), é qualquer actividade intencional desenhada para atingir uma aprendizagem relacionada com a saúde ou a doença, como por exemplo, algumas alterações relativamente permanentes nas capacidades ou disposições de um determinado indivíduo. Consequentemente, uma Educação para a Saúde efectiva poderá produzir alterações no conhecimento e na compreensão ou nas maneiras de pensar; poderá influenciar ou clarificar os valores; poderá realçar algumas mudanças nas crenças ou atitudes; poderá facilitar a aquisição de aptidões; poderá até mesmo efectivar alterações nos comportamentos ou nos estilos de vida. Com a presente definição explicita-se, assim, o importante papel da educação para a saúde na promoção do *empowerment*.

Deste modo, para que se ultrapassem as desigualdades e exista *empowerment* individual é fundamental uma política pública de saúde que procure obter uma redistribuição dos recursos e, assim, contornar os efeitos patogénicos das desigualdades, e rectificar a falta de *empowerment* individual ou comunitário. Por outro lado, a criação de uma política pública de saúde requer o exercer de uma pressão proveniente de uma população com *empowerment*, que, por sua vez, resulta de uma efectiva educação para a saúde (Tones, 1994).

Este jogo de interdependências, ilustrado na figura 5, demonstra o caminho pelo qual o *empowerment*, como resultado ou efeito da Educação para a saúde, e suportado por orientações políticas verdadeiramente públicas, contribui para o atingir dos objectivos da Protecção e Promoção da Saúde.

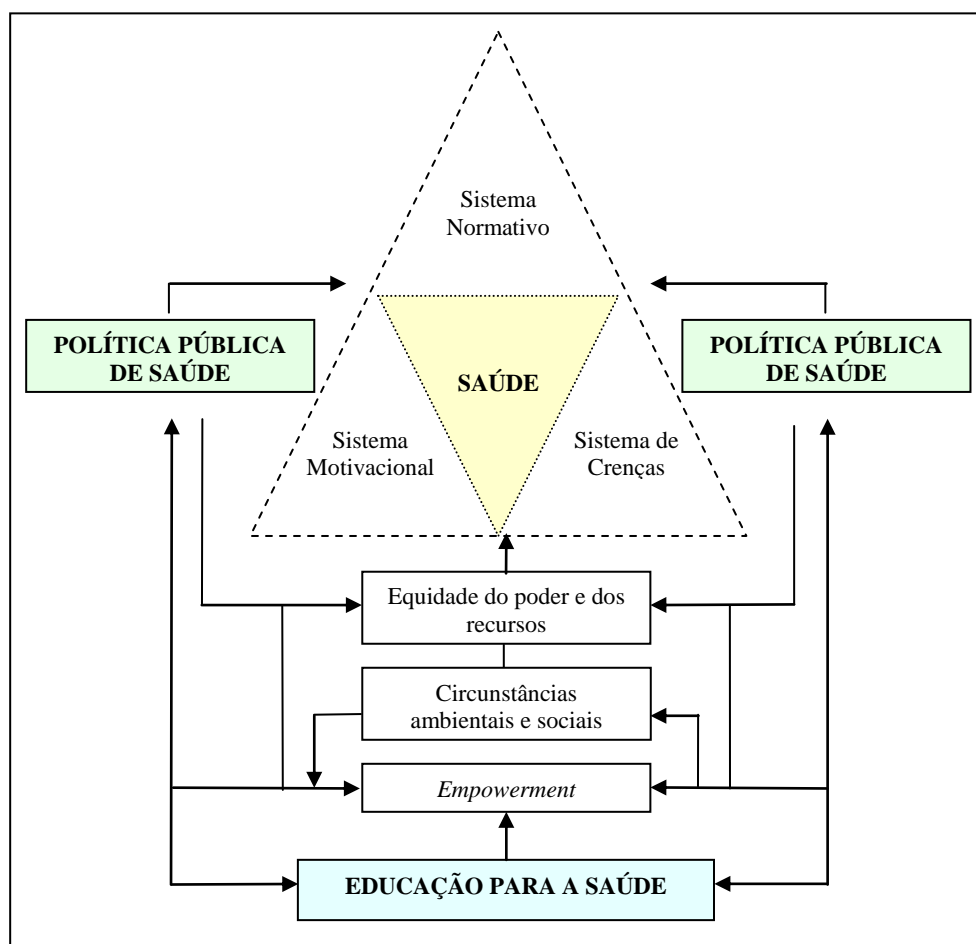


Figura 5 – O *Empowerment* como determinante de efectividade das práticas preventivas e de promoção da saúde – Adaptação de “The contribution of education to health promotion” e de “Health Education, Empowerment and Health Promotion”.

Fonte: Tones, “Health education as empowerment”, 1994, p. 41.

Tones, “Health Promotion, Empowerment and Action Competence”, 1994, p.168.

Importa referir que a figura anterior, para além de reflectir o papel determinante do *empowerment* na obtenção de ganhos em saúde, ou seja, na efectividade das práticas preventivas e de promoção da saúde, também enfatiza a natureza dinâmica do conceito

de saúde, bem como, a influência da interactividade do indivíduo com o ambiente que o rodeia em todo este processo. De acordo com Tones (1997), a intenção de um determinado indivíduo para empreender qualquer acção em saúde é influenciada por três sistemas principais, nomeadamente, um conjunto de crenças, um grupo de factores motivacionais e várias pressões normativas.

No que diz respeito à interactividade entre indivíduo e ambiente, Tones (1994) enfatiza o facto das pessoas não serem completamente controladas pelo seu ambiente, nem poderem controlar totalmente as suas circunstâncias físicas, sociais e económicas, sendo necessário a criação de ambientes saudáveis que suportem e facilitem a adopção ou manutenção de estilos de vida mais saudáveis.

Esta noção de saúde e ambiente, que Bandura (1982, citado em Tones, 1994) denomina como «determinismo recíproco» é de importância central para o desenvolvimento de um modelo de *empowerment* na Educação para a Saúde e na Promoção e Protecção da Saúde, como iremos caracterizar mais à frente.

Deste modo, potencialmente, o *empowerment* tem muito que oferecer à Promoção e Protecção da Saúde, mas, a falta de uma conceptualização teórica clara, e acima de qualquer questionamento, a distorção do conceito de acordo com os diferentes utilizadores, as ambiguidades avaliativas, assim como, as barreiras estruturais, fazem do *empowerment* algo de difícil obtenção (Rissel, 1994)

A principal dificuldade para o desenvolvimento e aplicação da teoria de *empowerment* na Promoção da Saúde tem sido a falta de clareza no que diz respeito ao enfoque do mesmo (Tones, 1992, citado em Rissel, 1994). A Promoção da Saúde necessita, por isto, de direccionar-se para este obstáculo antes que o *empowerment* seja usado de forma abrangente como sendo o «fiel da balança» através do qual a Promoção da saúde se julgue a si própria. (Rissel, 1994)

No desenvolvimento de um enquadramento conceptual e operacionalização do processo de *empowerment*, Zimmerman (2000) refere que os seus mecanismos incluem diferentes níveis de análise, nomeadamente, as competências e os comportamentos pró-activos individuais, os sistemas de ajuda naturais e a efectividade organizacional, e a competência comunitária e os acessos aos seus recursos. Cada nível de análise, apesar de poder ser descrito separadamente, está inerentemente ligado aos outros, ou seja, o *empowerment* individual, organizacional e comunitário são mutuamente interdependentes e são os três causa e consequência de cada um dos outros, sendo o grau de *empowerment* que cada elemento de um nível atinge, um potencial de *empowerment* para os outros níveis de análise. Zimmerman & Warschausky (1998, pp.

4 e 5), defendem que o constructo do *empowerment* psicológico, que se refere ao nível de análise individual,

... integra a percepção de controle pessoal, uma abordagem pró-activa da vida, por forma a atingir objectivos, e uma consciencialização crítica acerca dos factores que subvalorizam ou enaltecem o esforço do indivíduo para exercer controle sobre a sua própria vida. Num nível de análise organizacional, o *empowerment* inclui processos e estruturas que incentivem a participação activa de todos os seus membros, de forma a melhorar a capacidade organizacional para atingir os seus objectivos. Ao nível da análise comunitária, o *empowerment* pode referir-se à participação colectiva para melhorar a qualidade de vida na comunidade, e melhorar o contacto entre organizações e agentes dessa mesma comunidade.

No entanto, é de realçar que os *empowerment* comunitário e organizacional não são, simplesmente, um agregado de indivíduos com altos níveis de *empowerment*, uma vez que o facto de a nível individual os membros possuírem algum grau de *empowerment* pode não ser suficiente para que a organização ou a comunidade utilize estratégias ou processos de *empowerment* (Zimmerman & Warschausky, 1998).

Numa tentativa de conseguir um quadro consistente, de suporte ao desenvolvimento de investigações, Zimmerman (1993, 1995, citado em Zimmerman & Warschausky, 1998) delineou três dimensões da teoria de *empowerment*:

- os valores, que consistem num sistema de crenças que tem como objectivo reger uma conduta pela qual profissionais e clientes devem trabalhar juntos;
- os processos, que são mecanismos através dos quais pessoas, organizações e comunidades adquirem perícia e controlo sobre assuntos que lhes dizem respeito, desenvolvendo uma atitude crítica sobre o seu meio ambiente e participando de forma activa nas decisões que afectam as suas vidas;
- os resultados, que dizem respeito às consequências dos processos, isto é, é o nível de *empowerment* que as pessoas, organizações e comunidades apresentam após os processos de *empowerment*.

De acordo com Bacatum, Vieira e Costa (1998), os valores traduzem sempre a representação de qualquer coisa e/ou de alguém, sendo um processo em que se estabelece uma relação com o mundo e com as coisas. Neste contexto, citando as mesmas autoras (1998), os valores oferecem uma rede de significados que permitem a ancoragem da acção e a atribuição de sentido a acontecimentos, comportamentos, pessoas, grupos e factos sociais. Por tudo isto, não podemos deixar de relacionar os valores com o sentido que a pessoa atribuí perante a prática, isto é, a acção materializa a prática, mas o sentido que nela se inscreve é da ordem do simbólico, resultando a

prática da articulação entre o objecto da acção (percebido) e o sistema de disposições daquele que age (hábitos, quadros de referência, capacidades cognitivas), pelo que as práticas são práticas simbólicas (Rebelo, 1998).

No que se refere às outras duas dimensões da teoria de *empowerment*, importa frisar que não se estabelece, rigidamente, quais são os processos e os resultados que são supostos existir, dado que, como já referimos anteriormente, baseados no dinamismo e especificidade do *empowerment*, quer uns quer outros, variam os seus contornos consoante o contexto e o significado que têm para cada pessoa (Zimmerman, 1995).

Alguns autores, como Zimmerman, Israel, Schulz & Checkoway (1992), Zimmerman (1995, 2000) e Zimmerman & Warschausky (1998), propuseram um modelo conceptual de *empowerment* psicológico, que consiste em três componentes:

- a componente intrapessoal, que se refere à percepção que cada um tem sobre a sua capacidade de influência nos sistemas social e político que lhes são importantes, e inclui processos intrapsíquicos de percepção de controle das áreas da personalidade, cognição e motivação;
- a componente interaccional, que se refere à percepção que cada um tem sobre a comunidade onde vivem e as questões sociopolíticas, com as quais se relacionam, e inclui o conhecimento acerca dos recursos necessários para o atingir dos objectivos, a compreensão dos factores de risco, a consciência crítica e o desenvolvimento de tomadas de decisão e de capacidades de resolução de problemas;
- a componente comportamental, que diz respeito às acções empreendidas por cada um para exercer influência nos sistemas social e político, através da participação em organizações e actividades comunitárias.

Segundo Zimmerman (1995), estas três componentes do *empowerment* psicológico convergem, contribuindo para o retrato de uma pessoa que acredita ter capacidade para influenciar um dado contexto (componente intrapessoal), que entende como o sistema opera nesse contexto (componente interaccional) e que adopta comportamentos para exercer controle nesse contexto (componente comportamental).

Zimmerman & Warschausky (1998) referem ainda que este modelo permite identificar elementos específicos que podem ser apropriados para contextos específicos e particulares, e assim, perceber o nível de *empowerment* psicológico de cada indivíduo. Neste sentido, indivíduos que tenham um nível alto nas três componentes serão os que têm um nível mais alto de *empowerment*; os que obtêm um nível alto na componente intrapessoal e níveis baixos nas outras duas componentes, terão um nível limitado de

empowerment psicológico, ou seja, indivíduos que acreditem que têm controle sobre a sua vida (componente intrapessoal), mas que não saibam como contornar as barreiras existentes na comunidade (componente interaccional), e que não fazem um esforço para a remoção dessas mesmas barreiras (componente comportamental), terão um nível de *empowerment* psicológico inferior, em comparação com indivíduos que desenvolvam mecanismos que influenciam a comunidade na remoção dessas mesmas barreiras.

Perante tais considerações teóricas, procuraremos elaborar o nosso próprio esquema interpretativo da problemática em estudo, por forma a construir uma linha orientadora, que sustente o presente processo de investigação.

PARTE B – O ESTUDO DE CASO

1 – O PROCESSO DE *EMPOWERMENT* DO PRESTADOR INFORMAL DE CUIDADOS À PESSOA IDOSA, ALVO DE ADI, COMO DETERMINANTE DE EFECTIVIDADE DA INTERVENÇÃO ARTICULADA DO APOIO SOCIAL E DOS CUIDADOS DE SAÚDE CONTINUADOS

Por tudo o que foi anteriormente mencionado, possuímos todos os vectores teóricos que nos permitem, à luz dos retractados contextos social e político, precisar as grandes orientações da investigação, e interpretar a realidade do fenómeno em estudo. Nesta perspectiva, será caracterizada, neste capítulo, a problemática que suporta todo o processo de investigação, descrevendo a perspectiva teórica que decidimos adoptar para abordar o contexto natural em que se desenvolveu o estudo (Quivy e Campenhoudt, 1998).

A par da globalização do envelhecimento demográfico, como processo individual que dura toda a vida e como fenómeno que afecta a sociedade, o Distrito de Santarém é um dos que apresenta e, numa análise prospectiva, irá apresentar as mais baixas proporções de jovens e as mais altas proporções de pessoas idosas (Cónim, 1999). Para além da estrutura populacional, o mesmo autor (1999), projecta que actualmente, e no futuro, o Distrito de Santarém é, e será, um dos que apresenta maiores índices de dependência de idosos, bem como, maiores índices de envelhecimento demográfico (≥ 65 anos/0-14 anos).

Perante este enquadramento demográfico, que é a realidade do meu desempenho profissional, enquanto promotora de saúde, está bem presente a importância da operacionalização, no Distrito de Santarém, do modelo de Intervenção Articulada de Apoio Social e de Cuidados de Saúde Continuados, que, como já mencionámos, se apresenta como uma resposta política face ao envelhecimento demográfico nacional. Pelo Serviço Sub-Regional de Santarém, que operacionaliza esta intervenção em 8 Concelhos, integrando 8 Unidades de Saúde da Sub-Região de Saúde de Santarém e 19 Instituições de Apoio Social, no ano de 2001, foram atendidos em respostas integradas, entre Janeiro e Dezembro, 344 pessoas dependentes, das quais 141 transitaram do ano anterior (Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade; SSRS, 2002). Os

Concelhos anteriormente mencionados encontram-se assinalados na figura 6, que, por ordem alfabética, são os Concelhos de Alpiarça, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Golegã, Mação, Santarém, Torres Novas e Vila Nova da Barquinha.



Figura 6 – Concelhos do Distrito de Santarém que integram a Intervenção Articulada de Apoio Social e dos Cuidados de Saúde Continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência.

Das pessoas em situação de dependência física, mental ou social, é de frisar que, no mesmo ano, 88% dos utentes que receberam cuidados integrados no Distrito de Santarém, são pessoas idosas (apresentando a maioria, ou seja, 76%, uma idade superior ou igual a 75 anos), 59% são mulheres, 80% apresentam uma dependência entre D₃ e D₅, inclusive (D₃ - 29%, D₄ - 29% e D₅ - 22% - Anexo I), e o principal motivo da necessidade de cuidados integrados, quer em ADI, como em UAI, é o de doença crónica (Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade; SSRS, 2002).

Indo de encontro às orientações teóricas, também no Distrito de Santarém, o modelo de intervenção articulada, de completa *interface* entre a saúde e a acção social, trata-se de uma intervenção no âmbito da Promoção e Protecção da Saúde que, prioriza o ambiente domiciliário, enquanto espaço de desenvolvimento do cuidado à pessoa em situação de dependência, e prevê, com substancial ênfase, o cuidado informal prestado por familiares, amigos, vizinhos e/ou voluntários. Para ilustrar esta ideia importa referir que do total de utentes atendidos pelo Serviço Sub-Regional de Santarém, a grande maioria (73%) foi atendida em ADI, os restantes 92 utentes foram atendidos em UAI, e

destes últimos, a maioria dos que tiveram alta, não por falecimento, já não possuíam necessidade de cuidados e/ou apresentavam apoio familiar suficiente, ou foram encaminhados para ADI (Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade; SSRS, 2002). Relativamente à situação familiar, a maioria dos utentes que foram atendidos quer em ADI (76%), como em UAI (63%), segundo os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade; SSRS (2002), não se encontravam sós, mas sim a viver, principalmente, no caso dos utentes atendidos em ADI, com cônjuges e/ou outros familiares que lhes podem prestar cuidados (42%), e no caso dos utentes atendidos em UAI, com cônjuges e/ou outros familiares que não lhes podem prestar cuidados (32%).

Este modelo de intervenção vem, desta forma, reforçar a inegável pertinência social, política e económica da vertente do cuidado informal, que para além disso, ou por isso mesmo, é também objecto de uma forte pressão e responsabilização sociais, já que se espera que as famílias, principais instituições de suporte informal à população idosa dependente, independentemente das transformações que têm vindo a atravessar, consigam manter os seus ascendentes afastados das vicissitudes de uma eventual institucionalização precoce (Perista et al, 1997).

Neste sentido, segundo os mesmos autores (1997), o desenvolvimento do cuidado informal, que implica a interacção entre a pessoa idosa, o prestador informal e o prestador formal, num ambiente de desenvolvimento de cuidados que é o domiciliário, não pode ser entendido como apaziguador das nossas preocupações, enquanto profissionais, mas um estímulo à consciência do falso pressuposto de que as famílias estão naturalmente habilitadas para apoiar os seus ascendentes dependentes, pois, pelo contrário, a situação de cuidado informal coloca inúmeros problemas e novos desafios às famílias, para os quais estas não se encontram capacitadas a responder, independentemente do seu inegável papel nas redes de suporte à pessoa idosa dependente.

É, por isto, evidente a importância em investir na coexistência e melhor articulação entre a rede informal e a rede formal (já que esta se tem revelado sobretudo alternativa e raramente complementar), bem como definir e introduzir novos protagonistas em campo (facilitando, entre outros, o aparecimento de iniciativas privadas qualificadas e a co-responsabilização das entidades empregadoras) de suporte ao *empowerment* do prestador informal durante um processo de reestruturação e de readaptação, permanente, na prestação de cuidados à pessoa idosa, em ambiente domiciliário.

Numa perspectiva sistémica dos ganhos em saúde, tal como o envolvimento e a participação da pessoa dependente, a educação das mesmas e a motivação e educação na comunidade, o *empowerment* dos prestadores informais de cuidados à pessoa dependente, é um determinante de efectividade da Intervenção Articulada do Apoio Social e dos Cuidados de Saúde Continuados, pois deve ser assumido como um factor que determina o alcançar do efeito desejado na população alvo, isto é, na pessoa dependente em ambiente domiciliário, que consiste em melhorar a qualidade de vida da pessoa dependente e a sua inserção social.

Mckibbin, Génereux e Séguin-Roberge (1996) referem que os objectivos de qualquer programa de apoio a idosos deverão ser, a promoção de um crescimento comunitário que valorize e apoie os prestadores informais de cuidados à pessoa idosa dependente, assim como, o acesso dos mesmos às informações de que necessitam acerca dos recursos comunitários disponíveis.

Sendo assim, e seguindo os mesmos autores (1996), os programas educacionais e de suporte permitem que o prestador informal de cuidados aumente os seus conhecimentos em áreas como o envelhecimento normal, o desenvolvimento de aptidões, a gestão do tempo e os recursos da comunidade, providenciando, igualmente, uma fonte de suporte emocional pelos pares.

Justificada a importância da existência de *empowerment* nos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa dependente, alvo de ADI, na efectividade da Intervenção Articulada do Apoio Social e dos Cuidados de Saúde Continuados, e perante o facto de que o Serviço Sub-Regional de Santarém, no processo de gestão desta intervenção, não possui qualquer conhecimento acerca destes prestadores e respectivo *empowerment*, torna-se evidente a actual incapacidade para avaliar a efectividade da mesma, não indo de encontro a um dos grandes desafios da Promoção e Protecção da Saúde. Para que tal ocorra, é necessário construir todo um processo de Gestão de Programa, resultante de uma interacção entre a cultura da intervenção e da avaliação em Promoção e Protecção da Saúde e a metodologia do Planeamento em Saúde, que preconiza um controle sobre os determinantes de saúde/doença e uma capacitação individual e comunitária de gestão de recursos ao longo do planeamento, implementação e avaliação, como suporte à efectividade das práticas preventivas e de promoção da saúde.

Neste sentido, ao desenvolvermos este estudo, temos como finalidade contribuir para a garantia da efectividade da Intervenção do Apoio Social e dos Cuidados de Saúde Continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência, no Serviço Sub-Regional

de Santarém, sendo, para tal, de extrema importância tornar inteligível o processo de *empowerment* dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI.

Deste modo, tendo por base a temática do cuidado informal à pessoa idosa dependente em ambiente domiciliário, todo o processo de investigação, que de seguida iremos descrever, tem como intuito responder à questão:

“Como se caracteriza o processo de empowerment dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa, alvo de Apoio Domiciliário Integrado?”

Deste modo, a presente investigação possui um interesse, necessidade e utilidade pessoal, pública e científica. Pessoal, uma vez que, enquanto prestadora formal e promotora de saúde, só compreendendo o fenómeno do processo de *empowerment* dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI, conseguirei planear cuidados integrados com qualidade. Pública e científica, na medida em que, como esta linha de investigação ainda não foi explorada no âmbito do Serviço Sub-Regional de Santarém, pode acrescentar conhecimento na temática específica a que se refere, e desta forma, viabilizar decisões e acções fundamentadas.

Importa referir que a problemática em estudo contém três grandes dimensões pois, para caracterizar as etapas do processo de *empowerment* dos prestadores informais é necessário estudar a especificidade sócio-demográfica da rede de apoio informal à pessoa idosa alvo de ADI e a percepção dos prestadores informais acerca do impacto e satisfação no cuidado à pessoa alvo de ADI.

Tendo optado pela análise teórica aqui mencionada, apresentamos na figura 7 o nosso esquema interpretativo, a partir do qual visamos atingir os seguintes objectivos:

- caracterizar a especificidade sócio-demográfica da rede de apoio informal à pessoa idosa alvo de ADI;
- descrever a percepção dos prestadores informais acerca do impacto e satisfação no cuidado à pessoa alvo de ADI;
- caracterizar as etapas do processo de *empowerment* dos prestadores informais enquanto sistemas activos no processo de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI.

Importa referir que, tendo como objecto de estudo o processo de *empowerment* do prestador informal de cuidados, torna-se necessário um quadro de referência que oriente, de uma forma geral, a sua abordagem. Considero, por isso, que a perspectiva individual do processo de *empowerment*, deve ser analisada tendo por base valores, processos e resultados, assente num modelo sistémico, considerar a natureza fisiológica,

psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento dos determinantes que influenciam os processos, e as componentes intrapessoal, interaccional comportamental dos resultados. É de frisar ainda que incidiremos no nível de análise individual visto que se trata de um estudo inicial, no que se refere a esta problemática, e segundo Zimmerman (2000), não existe *empowerment* comunitário ou organizacional sem *empowerment* psicológico, sendo, desta forma, as pessoas com *empowerment* a base responsável pelo desenvolvimento das organizações e das comunidades participativas.

Perante tais tópicos ou objectivos, que caracterizam o enfoque do estudo, passamos a apresentar as questões de investigação:

- Como se distribuem os prestadores informais de cuidados à pessoa idosa dependente, alvo de ADI, de acordo com variáveis sócio-demográficas idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, grau de parentesco e situação profissional?
- Qual a percepção dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa, alvo de ADI, acerca do impacto do cuidado no seu estilo de vida e da satisfação em cuidar?
- Como é conceptualizado pelos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa, alvo de ADI, o seu processo de *empowerment*?

O processo de investigação que irei descrever, nos capítulos seguintes, tem por base alguns conceitos relacionados com o objecto do estudo e que devem estar explicitamente definidos para que todos aqueles que leiam este documento façam uma mesma interpretação dos mesmos:

- Pessoa Idosa dependente – pessoa que tem uma idade igual ou superior a 65 anos e que não apresenta capacidades físicas ou mentais, temporárias ou permanentes, de auto-cuidado nas actividades de vida diária.
- Cuidados Informais – cuidados não remunerados, prestados, de forma parcial ou integral, à pessoa idosa dependente por pessoas que pertencem à rede informal, em ambiente domiciliário.
- Prestadores Informais – pessoas não remuneradas, que pertencem à rede informal e que prestam cuidados à pessoa idosa dependente alvo de ADI.

2 – O MODO DE INVESTIGAÇÃO NUMA SITUAÇÃO SOCIAL

Neste capítulo apresentamos as características que definem o modo de investigação, ou seja, a maneira como decidimos considerar os sujeitos do estudo e a sua situação, sendo este processo baseado nos objectivos da investigação (Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 1990).

Foi nesta etapa do processo que tomámos algumas decisões acerca da operacionalização da investigação, decisões essas que foram tomadas tendo por base todo o percurso anteriormente percorrido, existindo uma constante atitude de ruptura e consequente construção conceptual.

Que estratégia de pesquisa assumir? Que tipo de dados explorar?

Procurando construir um percurso lógico e coerente ao longo do processo de investigação, quando nos deparámos com a necessidade de definir o método de pesquisa, revimos a natureza do problema de investigação e do produto final desejado.

Identificámos o **estudo de caso** como o método de pesquisa mais adequado à investigação pretendida, uma vez que segundo Yin (2001), opta-se por esta estratégia quando se pretende compreender fenómenos contemporâneos e complexos, de nível individual, social e político, como é o caso do processo de *empowerment* dos prestadores informais que, sendo analisado individualmente, emerge de um contexto social de cuidados à pessoa idosa, em ambiente domiciliário, e apresenta-se como um desafio público, num contexto político de respostas integradas como o ADI. Para além disto, existem outras razões para a utilização do estudo de caso na investigação do processo de *empowerment* dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI, como é o facto do problema de investigação ser expresso por uma questão do tipo “Como”, e pelo cariz singular e holístico do objecto de estudo que impõe um método de investigação o menos limitado possível, isto é, «aberto» ao real tal como ele se apresenta (Yin, 2001).

No que diz respeito ao aprofundamento da pesquisa, o presente estudo de caso encontra-se inserido num contexto de descoberta e tem um carácter exploratório, visto que a base de conhecimento existente acerca do processo de *empowerment* dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa em ambiente domiciliário é deficiente

e a literatura disponível não fornece nenhuma estrutura conceptual que sirva de base ao desenvolvimento de proposições teóricas (Yin, 2001), mas sim apenas uma perspectiva teórica global que orienta a investigação e permite, assim, ir para além de um amontoado pouco sistemático e arbitrário de acontecimentos (Bogdan & Biklen, 1999).

Para além de ser um **estudo de caso exploratório**, é suportado por uma **abordagem de investigação mista**, retractando a possível convergência e complementaridade entre os paradigmas qualitativo e quantitativo, sem a existência de recessividade e/ou dominância em qualquer um deles no mesmo processo de investigação (Creswell, 1994). Lessard-Hébert, Goyette e Boutin (1990) defendem este *continuum* metodológico, em que um não vem substituir o outro, e recriminam uma dicotomia paradigmática que, segundo eles, conduz à construção de barreiras que impedem o progresso das questões metodológicas de ordem prática, com as quais os investigadores por vezes se defrontam. (Figura 8, p. 73)

A opção pelos paradigmas quantitativo e qualitativo, surge da natureza específica dos objectos do estudo e do papel da teoria no processo de investigação. O processo de *empowerment*, sendo desenvolvido de forma diferente e apresentando características diferentes dependendo da especificidade da pessoa e da particularidade do contexto em que esta se insere (cf. Gibson e Zimmerman, p. 55), deve ser estudado com ênfase, tal como é preconizado no paradigma qualitativo, no significado dos dados recolhidos, no modo como as pessoas dão sentido aquilo que experimentam, como interpretam as suas experiências e como estruturam o mundo social em que vivem (Bogdan & Biklen, 1999). Assim, ao enveredarmos pela abordagem qualitativa, temos como objectivo compreender o processo mediante o qual as pessoas constróem os significados e descrever em que consistem esses mesmos significados, de forma a investigar o fenómeno em toda a sua complexidade e em contexto natural (Bogdan & Biklen, 1999).

Por outro lado, a ausência de uma estrutura conceptual que suporte o processo de *empowerment* dos prestadores informais de cuidados à pessoas idosa em ambiente domiciliário, leva a que, no desenvolvimento do seu processo de investigação, se vá construindo uma teoria à medida que se recolhem e analisam os dados particulares, e não confirmar ou infirmar hipóteses previamente construídas, com base numa estrutura conceptual sólida, apoiada em evidências científicas, como aconteceria se enveredássemos numa abordagem quantitativa (Bogdan & Biklen, 1999). Esta perspectiva vai de encontro ao método indutivo utilizado no paradigma qualitativo que, segundo Quivy & Campenhoudt (1998), serve os investigadores que se iniciam num

terreno que desconhecem, permitindo a construção de novos conceitos, o desenvolvimento de uma teoria/modelo interpretativo e a elaboração de proposições que, em posteriores estudos, poderão então ser testadas. Importa referir que a aplicação do método indutivo na construção de uma teoria, surge de uma generalização dos resultados que não deve ser confundida com a generalização estatística das abordagens quantitativas. De acordo com Yin (2001), este processo de generalização, consiste numa generalização analítica na qual ocorrerá a generalização de um conjunto particular de resultados a uma teoria mais abrangente.

Esta real necessidade de construção de uma estrutura conceptual referente ao processo de *empowerment* dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa em ambiente domiciliário, torna-se um fundamento lógico para desenvolver um **estudo de casos múltiplos** que, ao permitir prever resultados semelhantes (replicação literal) para cada um dos casos, baseando-se no estudo aprofundado de cada um deles, visa descobrir convergências entre os vários casos e, deste modo, formular uma teoria (Yin, 2001; Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 1990). A reforçar esta ideia e a explicitar o porquê da não realização de um estudo de caso único, Yin (2001, p. 62), refere que

encontra-se um fundamento lógico para um estudo de caso único quando ele representa o caso decisivo ao se testar uma teoria bem formulada. (...) Para confirmar, contestar ou estender a teoria, deve existir um caso único, que satisfaça todas as condições para se testar a teoria. O caso único pode, então, ser utilizado para se determinar se as proposições de uma teoria são correctas ou se algum outro conjunto alternativo de explanações possa ser mais relevante.

A opção metodológica pelo estudo de casos múltiplos pressupõe um maior controle no campo de investigação no que diz respeito à selecção dos casos a estudar (Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 1990). Foi com base nessa selecção que operacionalizámos a já referida complementaridade entre o paradigma qualitativo e o quantitativo, pois os múltiplos casos foram cuidadosamente definidos tendo por base a componente quantitativa deste estudo, através da determinação das características dos prestadores informais, no que se refere às variáveis sócio-demográficas, bem como, o impacto e satisfação percebidos, com recurso ao método dedutivo.

Para além de termos optado por uma multiplicidade de casos, importa frisar que no que se refere à unidade de análise este é um **estudo de caso incorporado**, uma vez que todo o processo de investigação envolve três sub-unidades de análise (Yin, 2001), nomeadamente, a especificidade sócio-demográfica da rede informal de apoio, a auto-percepção dos prestadores informais acerca do impacto e satisfação no cuidado, e as respectivas etapas do processo de *empowerment*, visando tornar inteligível o perfil dos mesmos (Figura 8, p. 73).

Perante isto, a componente qualitativa centra-se na terceira sub-unidade de análise e, por isso, visa caracterizar o processo de *empowerment* dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI, de acordo com as restantes sub-unidades, ou seja, as características dos mesmos retractadas nos múltiplos casos que, por sua vez, foram definidos no decurso da componente quantitativa, demonstrando assim, um movimento vaivém, compatível com um método dedutivo-indutivo (Figura 8).

Definido o tipo de estudo há que decidir os aspectos operacionais do processo de investigação que, neste relatório, incluímos no processo de construção dos dados.

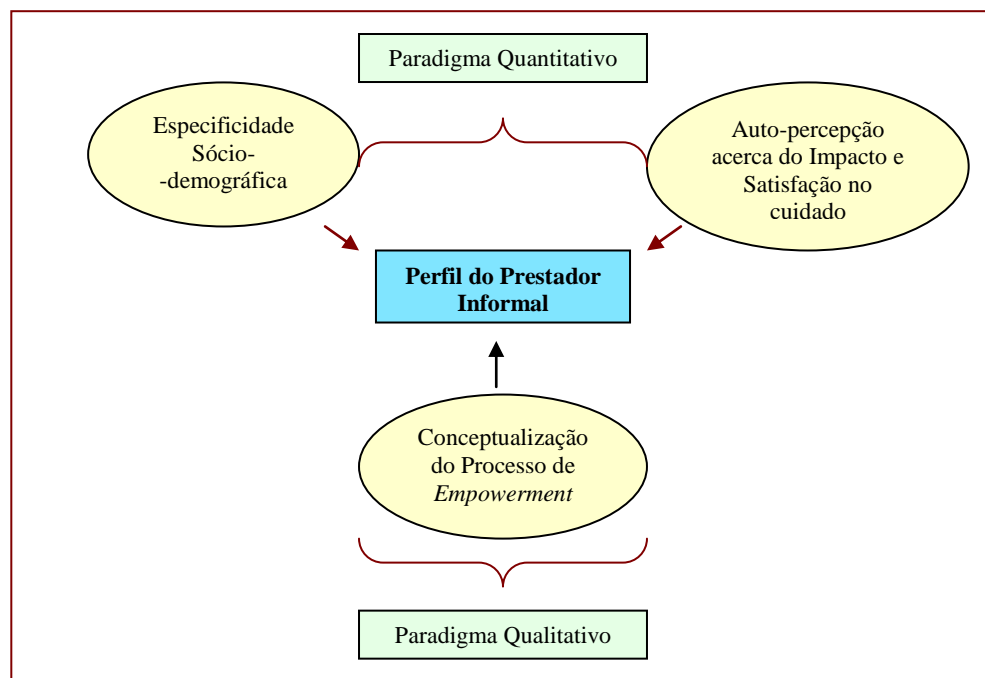


Figura 8 – Convergência entre os Paradigmas Quantitativo e Qualitativo no Estudo de Casos Múltiplos Incorporado

3 – PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS DADOS

Onde, o quê e quem vai ser alvo da investigação? Quais os instrumentos a utilizar na recolha dos dados?

As respostas a estas questões encontram-se retractadas neste capítulo uma vez que as referidas preocupações, e as consequentes soluções, integram todo um processo de planeamento que visa a construção dos dados que formam a base da análise do estudo. Bogdan & Biklen (1999) referem-se aos dados como os materiais em bruto que o investigador recolhe da problemática que se encontra a estudar, sendo, simultaneamente, provas e pistas para o investigador.

Desde o início do processo de investigação encarámos o nosso desempenho, enquanto investigadores, não como alguém que faz uma pequena paragem ao passar, mas como quem vai fazer uma visita; não como pessoas que sabem tudo, mas como alguém que quer aprender; não como pessoas que querem ser como os sujeitos, mas como alguém que procura saber o que é ser como eles. Neste sentido, importa referir que a operacionalização do estudo teve sempre por base uma abordagem aberta (*overt approach*) e de estilo cooperativo (*cooperative style*), em que explicitámos os nossos interesses e tentámos que os sujeitos alvo do estudo cooperassem connosco (Bogdan & Biklen, 1999).

Consideramos que o processo de investigação não é uma questão de procedimentos simples e claros, mas um processo social e, por consequência, os princípios anteriores foram aplicados desde a primeira fase do processo de construção dos dados, ou seja, na obtenção do acesso ao espaço de investigação.

O acesso ao espaço de investigação é uma fase essencial como pré-requisito para que a investigação se realize, bem como, para a fiabilidade e validade dos dados que iremos obter subsequentemente (Burgess, 1997) e, por isso, achamos pertinente tecer algumas considerações referentes a este assunto. Tal processo envolveu diferentes aspectos, nomeadamente, a selecção do local da investigação e a permissão para a realização do estudo no respectivo local.

A selecção do local de investigação, designada por Ghiglione & Matalon (2001) por amostragem espacial, ocorreu através de um processo de amostragem não

probabilística, não havendo meio de estimar a probabilidade das unidades serem incluídas na amostra, e intencional, em que as unidades são seleccionadas para o estudo de acordo com um certo número de critérios estabelecidos (Burgess, 1997). Seleccionámos o Serviço Sub-Regional de Santarém, constituído por 8 Concelhos, como o local de investigação, não estando preocupados com o facto do local ser «típico» ou representativo, mas sim por:

- facilidade de acesso, uma vez que, devido a contactos profissionais já estabelecidos e uma participação numa série de actividades profissionais em curso, o sentimento de intrusão seria diminuído, ou mesmo inexistente, e o grau de permissividade de entrada no campo de investigação aumentava;
- simplicidade, pois sendo um local restrito a 8 Concelhos do mesmo Distrito, seria mais fácil respeitar o limite temporal para a realização da investigação (Burgess, 1997). (Figura 9, p. 85)

O passo seguinte foi ter conhecimento acerca da hierarquia e regras da organização, pois mesmo que a permissão tenha sido dada pelo topo da hierarquia, ou seja, pelo Coordenador da Sub-Região de Saúde alvo do estudo, por despacho de 10 de Dezembro de 2001, houve que conseguir a permissão/colaboração dos informadores chave, assim denominados por Bogdan & Biklen (1999) os sujeitos que têm mais experiência do contexto ou são mais intuitivos em relação às situações, fazendo-os sentir a sua importância no desenvolvimento do estudo.

Importa frisar que definimos como informadores chave os Enfermeiros gestores da Intervenção Articulada do Apoio Social e Cuidados de Saúde Continuados, a desempenhar funções nos Centros de Saúde de cada concelho. A escolha pelos profissionais de Saúde, em geral, e pelos Enfermeiros, em particular, baseou-se na afinidade profissional existente e, consequentemente, na maior acessibilidade. Para além deste critério, considerámos que o enfermeiro gestor do programa é o melhor informador chave, uma vez que este, sendo um dos responsáveis pela articulação entre a vertente social e a vertente da saúde e, no âmbito desta última, pela articulação multidisciplinar da equipa operacional, tem um conhecimento global dos utentes/famílias integrados em ADI e um acesso mais efectivo às características específicas dos mesmos.

Neste sentido, foram realizadas diversas reuniões com os mencionados informadores chave, segundo a sua disponibilidade (Quadro 2, p. 76), nas quais foram caracterizado o desenho do estudo, enfatizados o interesse e valor do mesmo na

qualidade dos cuidados prestados, e seleccionados os sujeitos, de acordo com os critérios pré-definidos, sendo que estes últimos, bem como os objectivos da reunião, já haviam sido transmitidos em contacto telefónico precedente.

Quadro 2 – Cronograma de reuniões promotoras do acesso ao espaço de investigação

	DEZEMBRO		JANEIRO			FEVEREIRO
	24 a 30-12-01	31-12-01 a 6-01-02	7 a 13-01-02	14 a 20-01-02	21 a 27-01-02	28-01 a 03-02-02
Cronograma	Vila Nova da Barquinha	Santarém	Alpiarça	Torres Novas	Ferreira do Zêzere + Mação	Golegã + Entroncamento

Consideramos que todo este processo de negociação decorreu com grande êxito, sendo de salientar que houve uma grande receptividade e disponibilidade por parte dos informadores chave, o que permitiu desenvolvê-lo sem receio e hostilidade, mas sim com simpatia, respeito e interajuda. Para além disto, todo o entusiasmo e desejo em cooperar, demonstrado pelos mesmos, fizeram-nos sentir uma grande segurança na pertinência do estudo, o que veio aumentar a satisfação e a vontade em prosseguir com o mesmo.

Embora até agora tenhamos descrito o acesso ao espaço de investigação como algo que ocorreu como preparação à efectiva fase de recolha de dados, este é um processo contínuo, pois nas múltiplas fases do processo de construção dos dados, antecedentes e precedentes a esta preparação, que iremos caracterizar de seguida, foram necessárias sucessivas autorizações e tentativas de cooperação, à medida que fomos partilhando novos territórios e trabalhando com diferentes pessoas.

3.1 – FASE EXPLORATÓRIA

Ao termos definido a nossa problemática, desenvolvemos a fase primária do processo de construção dos dados, ou seja, a fase exploratória na qual, de acordo com Quivy & Campenhoudt (1998), se procedeu à ruptura com o senso comum “... que consiste precisamente em romper com os preconceitos e as falsas evidências, que somente nos dão a ilusão de compreendermos as coisas”. Esta fase foi fundamental no processo de investigação, em geral, e no processo de construção dos dados, em particular, pois, segundo os mesmos autores (1998, p. 26), “... a nossa bagagem supostamente «teórica» comporta numerosas armadilhas, dado que uma grande parte das nossas ideias se inspiram nas aparências imediatas ou em posições parciais”.

Assim, complementando as leituras efectuadas, procedemos à realização de duas entrevistas exploratórias, que nos permitiram ter certeza da actualidade da nossa problemática de investigação, isto é, da pertinência da mesma para a prática profissional e do seu potencial para contribuir no desenvolvimento dos conhecimentos na área de Saúde Pública, no sentido de clarificar ou redimensionar a problemática do processo de *empowerment* dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa em ambiente domiciliário. Para além disto, estas serviram para treinar a técnica da entrevista, assim como, para explorar os aspectos específicos a desenvolver na investigação.

Neste âmbito, Quivy & Campenhoudt (1998, p. 79) sustentam que

as entrevistas exploratórias não têm como função verificar hipóteses nem recolher ou analisar dados específicos, mas sim abrir pistas de reflexão, alargar e precisar os horizontes de leitura, tomar consciência das dimensões e dos aspectos de um dado problema, nos quais o investigador não teria de certo pensado espontaneamente. Permitem também não nos lançarmos em falsos problemas, produtos inconscientes dos nossos pressupostos e pré-noções.

As entrevistas exploratórias tiveram como finalidade, compreender a pertinência do processo de *empowerment* no desenvolvimento dos cuidados informais à pessoa idosa, em ambiente domiciliário, tendo por base a experiência dos entrevistados. O processo de selecção destes últimos, sendo eles dois dos informadores chave mencionados anteriormente, teve por base a estratégia de amostragem já referida, isto é, não probabilística e intencional, por motivo de facilidade de acesso devido a questões de proximidade geográfica e à existência de contactos profissionais anteriores.

Respeitando os princípios de uma abordagem aberta e de estilo cooperativo, as entrevistas foram realizadas nos dias 17 e 18 de Dezembro de 2001, com acordo prévio face à data, hora e local das entrevistas, bem como para a gravação, transcrição e utilização dos conteúdos das mesmas, e o compromisso de anonimato dos entrevistados.

No que diz respeito à tipologia das entrevistas, segundo Ghiglione & Matalon (2001) a decisão sobre um determinado tipo de entrevista depende da existência, prévia ou não, de um saber anterior relativo à unidade de análise. Nesta perspectiva, encontrando-se as entrevistas a um nível de exploração de um domínio que não conhecíamos, ou seja, havendo um deficiente grau de conhecimento relativo ao processo de *empowerment* dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa em ambiente domiciliário, optámos por entrevistas não directivas que decorreram de forma muito aberta e flexível, visando um elevado grau de liberdade e ambiguidade nas respostas dos entrevistados que, desta forma, desenvolveram o seu próprio raciocínio,

exprimindo a própria realidade, a partir das suas características conceptuais e os seus quadros de referência (Ghiglione & Matalon, 2001; Quivy & Campenhoudt, 1998).

As noções de liberdade e ambiguidade, fundamentais neste tipo de entrevista, foram respeitadas no planeamento e realização das entrevistas, uma vez que as mesmas tiveram por base uma pergunta geral, que serviu de tema à conversa, e 4 tópicos orientadores que, num mínimo de intervenções, formuladas da forma mais aberta possível, serviram para conduzir as entrevistas de acordo com os objectivos previamente definidos, para recuperar a dinâmica das mesmas e/ou para incitar os entrevistados a aprofundar aspectos particularmente importantes do tema abordado (Quivy & Campenhoudt, 1998). (Anexo II)

Tal como é defendido pelos mesmos autores (1998), após a transcrição do conteúdo das entrevistas exploratórias em suporte informático, a análise dos dados obtidos nas mesmas, consistiu na leitura repetida do conteúdo, sem auxílio a qualquer método de análise preciso, deixámos correr o olhar sem nos fixarmos só numa pista, escutámos tudo em redor sem nos contentarmos só com uma mensagem, apreendemos os ambientes e, finalmente, procurámos discernir as dimensões essenciais do problema em estudo, as suas facetas mais reveladoras e, a partir daí, os modos de abordagem mais esclarecedores.

Consideramos, assim, que cumprimos a função exploratória do processo de construção dos dados que, sendo uma das fases mais agradáveis da investigação, permitiu-nos, para além dos ganhos já referidos, uma economia de tempo e de meios.

3.2 – APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

O trabalho de campo, assim denominada por Bogdan & Biklen (1999) a principal fase do processo de construção dos dados, integra uma grande diversidade de instrumentos de recolha de dados. A escolha de tais instrumentos, também denominados por Burgess (1997) como métodos de pesquisa de terreno, depende da abordagem metodológica que suporta todo o processo de investigação.

Sendo este estudo de casos múltiplos suportado por uma abordagem de investigação mista, em que o decurso da componente quantitativa teve o intuito de caracterizar os prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI, definindo os múltiplos casos e, perante isto, a componente qualitativa visou caracterizar o

processo de *empowerment* de cada caso, o trabalho de campo consistiu na realização de estratégias de pesquisa de âmbito quantitativo e qualitativo.

3.2.1 – Estratégia de pesquisa quantitativa

Precedente à apresentação do instrumento de recolha de dados, importa referir que relativamente à definição e selecção dos sujeitos do estudo, estes foram a população de prestadores informais de cuidados à pessoa idosa que tivesse sido admitida em ADI até, inclusive, ao terceiro dia da semana, que antecedeu o início da fase de recolha de dados por cada Concelho, não sendo um número igual de sujeitos para os 8 Concelhos do Serviço Sub-Regional de Santarém que integram a intervenção. É de salientar que definimos este limite temporal por considerarmos, em conjunto com os informadores chave, que os 5 dias que restam da semana eram suficientes para que a equipa de cuidados integrados estabelecesse uma relação com os sujeitos que nos permitisse um fácil acesso ao ambiente domiciliário, enquanto espaço físico e relacional.

Tendo por base as definições de pessoa idosa e de prestador informal de cuidados, referidas no enquadramento teórico, delimitámos critérios de inclusão e exclusão.

- Critérios de inclusão:
 - que o nível de dependência da pessoa idosa se encontrasse entre D_3 e D_5 , inclusive, pois são estes os níveis de dependência que se referem a uma dependência periódica ou permanente da pessoa idosa e com acompanhamento periódico e permanente, técnico e não técnico. Este critério retracta mais uma vez a não preocupação com a representatividade, e conseqüente generalização estatística, mas sim a selecção destas situações de cuidado informal, que considerámos prioritárias no estudo do processo de *empowerment* dos prestadores informais, através de um processo de amostragem não probabilística por conveniência ou intencional. (Figura 9, p. 85)
- Critérios de exclusão:
 - que não responda a uma ou mais questões do instrumento da recolha de dados. (Figura 9, p. 85)

Perante o objectivo de caracterizar os prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI, considerámos o **questionário** o instrumento de recolha de dados mais adequado na descrição de uma população ou subpopulação, visto que é um

instrumento rigorosamente estandardizado, tanto no conteúdo das questões, como na sua ordem, no sentido de garantir a comparabilidade das respostas de todos os sujeitos, e a sua quantificação para uma posterior análise estatística (Ghiglione & Matalon, 2001).

No processo de construção do questionário foi essencial a definição das variáveis do estudo que, segundo Fortin, Côté e Vissandjée (2000) são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Com base neste raciocínio, tal como se encontra descrito no Quadro 3 da página seguinte, definimos as variáveis focais, as variáveis contextuais, assim como, os indicadores das primeiras que, de acordo com Fortin & Nadeau (2000), permitem quantificá-las. As variáveis focais são aquelas que são essenciais e centrais no estudo e que, não sendo isoladas, encontram-se em interacção com outras que nelas interferem, isto é, com as contextuais (Abramson, 1990).

Definidas as variáveis e os indicadores, o questionário encontra-se estruturado em 2 áreas, nomeadamente, a caracterização sócio-demográfica da rede de apoio informal e a avaliação do cuidado informal através da percepção dos prestadores informais acerca do impacto do cuidado que prestam à pessoa idosa no seu dia-a-dia e da satisfação que sentem com o facto de prestar tais cuidados. Para além disto, são 16 as questões que integram o questionário que, no que se refere à forma 14 são fechadas, 1 é aberta e 1 é mista, e no que diz respeito ao conteúdo debruçam-se sobre factos (questões de facto) que são susceptíveis de serem conhecidos de outra forma sem ser através de um inquérito, e sobre opiniões (questões de opinião) que, ao contrário das anteriores, tratam situações impossíveis de conhecer de outra forma se não o inquérito (Ghiglione & Matalon, 2001). Nesta perspectiva, importa frisar que as questões de facto dão resposta à caracterização sócio-demográfica dos prestadores informais e, por isso, visam o estudo das variáveis contextuais, e as questões de opinião dão resposta à avaliação do cuidado informal, visando, desta forma, o estudo das variáveis focais através da Escala de Avaliação do Cuidado Informal (Martín, Paúl, Roncon, 2000). (Anexo III)

A referida escala foi adaptada e validada à população portuguesa a partir da escala original *Caregiving Appraisal* (Lawton et al, 1989, citado em Martín, Paúl, Roncon, 2000) que, mantendo-se a mesma estrutura, é constituída por três sub-escalas: impacto do cuidado, satisfação do cuidador e sobrecarga subjectiva. No desenvolvimento deste estudo apenas foram utilizadas as duas primeiras sub-escalas, uma vez que, relativamente ao grau de fidelidade, apresentaram um Alpha de Cronbach de 0,71 e 0,60, respectivamente. No que se refere à terceira, os resultados não foram

satisfatórios a nível de fidelidade pois o Alpha de Cronbach foi de apenas 0,22. Assim, as duas sub-escalas utilizadas são constituídas por 5 itens cada e dispõem de um tipo de escolha em forma de Escala de Lickert em que o sujeito deve responder de acordo com o seu grau de concordância para o seu caso. Em cada sub-escala a pontuação é obtida a partir da soma das respostas, e todos os itens das diferentes sub-escalas têm a mesma direcção. (Martín, Paúl, Roncon, 2000)

Quadro 3 – Variáveis do estudo e indicadores das variáveis focais

VARIÁVEIS		INDICADORES
VARIÁVEIS FOCAIS	- Impacto do cuidado à pessoa idosa alvo de ADI, no estilo de vida do prestador informal, conforme percebido.	Escala de Avaliação do Cuidado Informal – Sub-escala do Impacto do Cuidado
	- Satisfação do prestador informal perante a prestação de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI, conforme percebido.	Escala de Avaliação do Cuidado Informal – Sub-escala da Satisfação do Cuidador
VARIÁVEIS CONTEXTUAIS	<ul style="list-style-type: none"> - Características sócio-demográficas do prestador informal <ul style="list-style-type: none"> ◦ Idade ◦ Sexo ◦ Estado civil ◦ Habilitações literárias ◦ Grau de parentesco à pessoa idosa ◦ Situação Profissional 	

Quando a primeira versão do questionário ficou redigida, foi absolutamente indispensável a realização de um pré-teste para garantir que este fosse de facto estandardizado, com possibilidade de comparabilidade entre sujeitos e, conseqüente, análise estatística dos dados (Ghiglione & Matalon, 2001). Para tal, aplicámos o referido instrumento de recolha de dados a 10 sujeitos com as mesmas características da amostra visada que, embora fosse um número reduzido, foi suficiente para testar a clareza e objectividade das questões (Ghiglione & Matalon, 2001; Fortin, Grenier, Nadeau, 2000). Neste contexto, verificámos que as pessoas reagiram bem ao conjunto do questionário, ou seja, não o consideraram muito longo, sendo a duração da sua aplicação cerca de 10 minutos; responderam a todas as questões com aceitação,

interesse e sem aborrecimento, uma vez que estas se encadeavam uma nas outras, sem rupturas nem repetições. Para além disto, embora nenhuma questão se tivesse demonstrado de difícil compreensão, inútil e ambígua, nas questões relativas às variáveis “Idade”, “Habilitações literárias”, “Grau de parentesco à pessoa idosa” e “Situação Profissional”, as listas de respostas propostas não cobriram todas as respostas possíveis, embora as respostas dos sujeitos inquiridos tivessem ficado registadas. De forma a corrigir este facto, foram feitas alterações ao nível da forma das referidas questões, em que, após a reformulação do questionário, a questão relativa à variável “Idade” tornou-se numa questão aberta, as questões relativas às variáveis “Habilitações literárias” e “Situação Profissional”, mantiveram-se questões fechadas, mas foram acrescentadas respostas às listas de respostas possíveis, e a questão relativa à variável “Grau de parentesco à pessoa idosa” tornou-se mista visto que se acrescentou à lista de respostas possíveis a opção “Outro”.

Importa salientar que os sujeitos a quem foi aplicado o pré-teste integraram a amostra do estudo, na medida em que a reformulação do questionário não veio alterar o conteúdo das respostas, sendo estas consideradas dados válidos a analisar.

Deste modo, ao longo dos meses de Dezembro, Janeiro e Fevereiro decorreu o período de trabalho de campo para recolha dos dados quantitativos, durante o qual foram auto-administrados 62 questionários nos diferentes Concelhos que integram o Serviço Sub-Regional de Santarém. Os períodos de trabalho de campo foram planeados de acordo com a disponibilidade dos informadores chave, cujo facto de nos acompanharem durante a recolha dos dados, como intermediários no acesso ao espaço domiciliário, facilitou o sucesso desta fase que se traduziu pela inexistência de recusas dos sujeitos em participarem no estudo, bem como em responder a uma ou mais questões do questionário, não sendo, por isso, nenhum sujeito excluído da amostra. (Quadro 4)

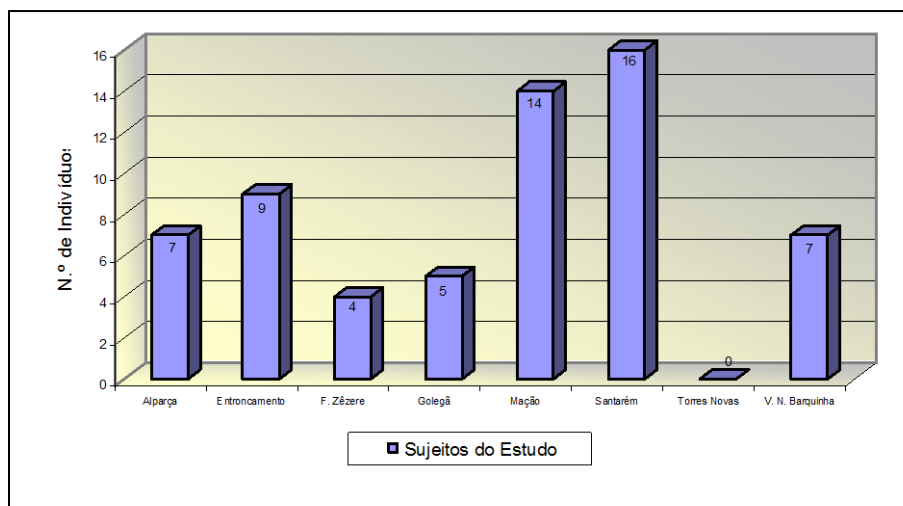
Quadro 4 – Cronograma do trabalho de campo para recolha de dados quantitativos

	DEZEMBRO	JANEIRO			FEVEREIRO	
	31-12-01 a 6-01-02	7 a 13-01-02	14 a 20-01-02	21 a 27-01-02	28-01 a 03-02-02	4 a 10-02-02
Cronograma	Vila Nova da Barquinha	Santarém	Santarém + + Alpiarça	Santarém	Alpiarça + Mação + + Ferreira do Zézere	Santarém + Mação + + Golegã + Entroncamento

Como podemos observar pelo gráfico 6 (p. 83), o número de sujeitos do estudo diferiu de Concelho para Concelho, sendo Torres Novas o único Concelho em que, durante o período de tempo em que decorreu o trabalho de campo para recolha dos

dados quantitativos, as pessoas alvo de ADI não apresentavam os critérios necessários para que os respectivos prestadores informais fossem incluídos na amostra.

Gráfico 6 – Distribuição dos sujeitos do estudo pelos Concelhos que integram o Serviço Sub-Regional de Santarém



No que se refere à definição dos casos, após a recolha dos dados quantitativos, e apenas com base nos dados relativos às variáveis focais, foi realizada uma análise de *clusters* em que, através do SPSS Windows®, versão 10.0, foi possível detectar 3 grupos, homogêneos nos dados intragrupo que, segundo Pestana & Gageiro (2000) definiram agrupamentos de casos:

- o 1º *cluster* diz respeito ao conjunto de 23 prestadores informais que apresentam valores inferiores e superiores a 3, na Escala de Lickert, relativamente ao impacto do cuidado e à satisfação do cuidador, respectivamente, ou seja, referem nenhum ou pouco impacto do cuidado que prestam à pessoa idosa no seu dia-a-dia e encontram-se bastante ou muito satisfeitos com o facto de prestarem tais cuidados;
- o 2º *cluster* refere-se ao conjunto de 29 prestadores informais que apresentam um valor igual a 3, na Escala de Lickert, relativamente ao impacto do cuidado e à satisfação do cuidador, isto é, referem existir impacto do cuidado que prestam à pessoa idosa no seu dia-a-dia e encontram-se satisfeitos com o facto de prestarem tais cuidados;
- o 3º *cluster* integra os restantes 10 prestadores informais que apresentam valores superiores a 3, na Escala de Lickert, relativamente ao impacto do cuidado e à satisfação do cuidador, ou seja, referem existir bastante ou

muito impacto do cuidado que prestam à pessoa idosa dependente no seu dia-a-dia e encontram-se bastante ou muito satisfeitos com o facto de prestarem tais cuidados. (Figura 9, p. 85)

Perante estes três *clusters*, é de salientar que foi a variável impacto do cuidado à pessoa idosa alvo de ADI, no estilo de vida do prestador informal, a responsável pela diversidade dos grupos de casos, já que a variável satisfação do prestador informal perante a prestação de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI se apresenta constante intergrupos. Assim, foram definidos três grupos de casos:

- os prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI, que referem existir nenhum ou pouco impacto do cuidado que prestam no seu dia-a-dia e encontram-se satisfeitos com o facto de prestarem tais cuidados;
- os prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI, que referem existir impacto do cuidado que prestam seu dia-a-dia e encontram-se bastante ou muito satisfeitos com o facto de prestarem tais cuidados;
- os prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI, que referem existir bastante ou muito impacto do cuidado que prestam no seu dia-a-dia e encontram-se bastante ou muito satisfeitos com o facto de prestarem tais cuidados.

3.2.2 – Estratégia de pesquisa qualitativa

Definidos os grupos de casos, procedemos à selecção de um caso por grupo, de forma a explorar a diversidade de perspectivas existentes acerca do processo de *empowerment*, visando, assim, a construção da teoria. No processo de selecção de cada caso, tendo em consideração que a nossa preocupação era desenvolver uma descrição rica e densa do processo de *empowerment* com base no modo como diferentes pessoas dão sentido às suas vidas, em vez de utilizar técnicas de amostragem que apoiem a generalização estatística dos dados obtidos (Streubert & Carpenter, 2002), foi utilizada, mais uma vez, a amostragem não probabilística por conveniência ou intencional com base na qualidade dos dados obtidos (Bogdan & Biklen, 1999). (Figura 9, p. 85)

Neste sentido, na selecção de cada caso atribuímos importância ao saber e experiência dos sujeitos, ao facto de estes serem susceptíveis de fornecer dados válidos e completos e possuírem capacidade de testemunhar sobre a sua experiência, o que supôs, também, uma motivação para participarem no estudo e uma capacidade de se

exprimirem (Rousseau & Saillant, 2000). Perante estes critérios seleccionámos 3 casos que denominámos com nomes fictícios:

- D. Inês, uma prestadora informal que presta cuidados ao marido alvo de ADI, que refere que o cuidado que desenvolve tem pouco impacto no seu dia-a-dia e que se encontra muito satisfeita com o facto de prestar tais cuidados;
- D. Isabel, uma prestadora informal que presta cuidados ao marido alvo de ADI, que refere que o cuidado que desenvolve tem impacto no seu dia-a-dia e que se encontra muito satisfeita com o facto de prestar tais cuidados;
- D. Leonor, uma prestadora informal que presta cuidados ao pai alvo de ADI, que refere que o cuidado que desenvolve tem bastante impacto no seu dia-a-dia e que se encontra bastante satisfeita com o facto de prestar tais cuidados. (Figura 9)

A estratégia de pesquisa qualitativa é caracteristicamente multimetodológica visando o rigor com que se pretende conduzir todo o processo de investigação, de uma forma geral e, especificamente, a promoção da credibilidade dos resultados (Alves-Mazzotti, 2001). Deste modo, o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação foi conseguido através de um processo de triangulação de dados, com a utilização alternada de dois métodos de pesquisa qualitativa complementares no estudo aprofundado de cada caso: a entrevista e a observação (Yin, 2001). (Figura 9)

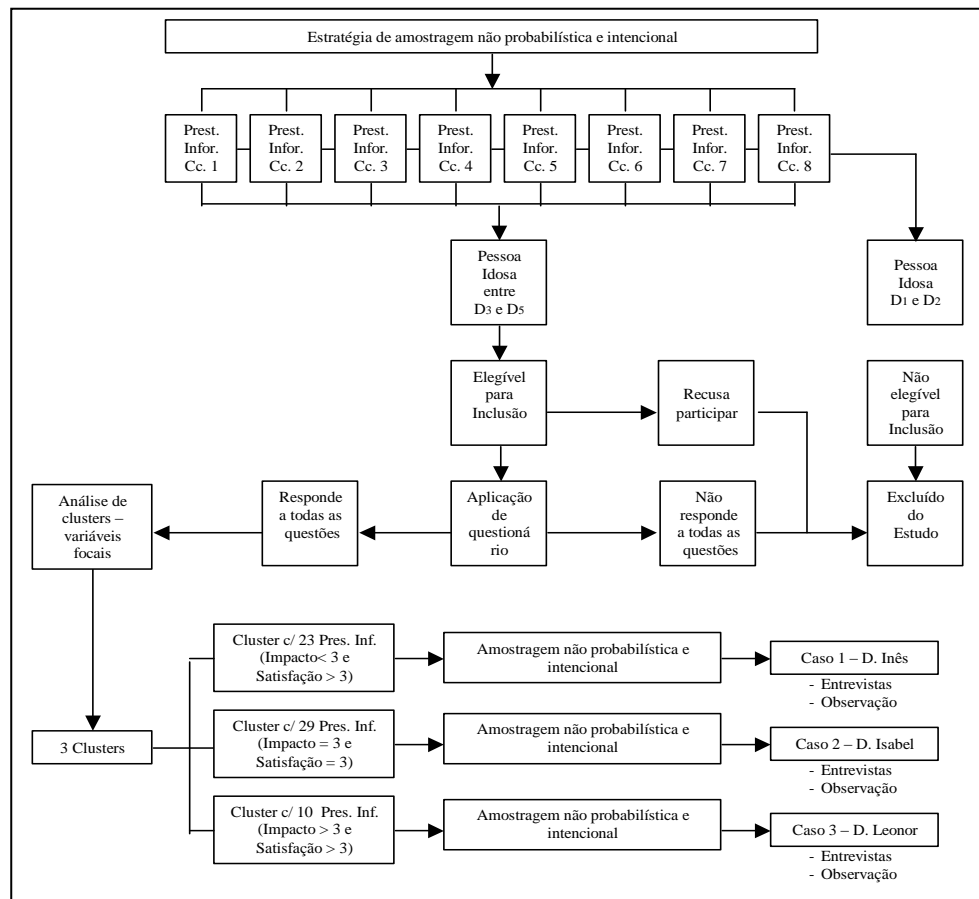


Figura 9 – Desenho do Estudo

- A entrevista

Uma das mais importantes fontes de informação para um estudo de caso são as entrevistas (Yin, 2001) pois, pela sua natureza interactiva, permitem tratar temas complexos, como é o processo de *empowerment*, que dificilmente poderiam ser investigados adequadamente através de questionários, explorando-os em profundidade (Alves-Mazzotti, 2001).

Indo de encontro aos objectivos da componente qualitativa, a entrevista foi utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio prestador informal acerca do processo de *empowerment*, permitindo-nos desenvolver uma ideia sobre a maneira como estes interpretam aspectos relacionados com os cuidados que prestam à pessoa idosa alvo de ADI (Bogdan & Biklen, 1999). A reforçar esta ideia, Quivy & Campenhoudt (1998) referem que a entrevista, ao se distinguir pela aplicação de processos fundamentais de comunicação e de interacção humana, durante os quais os prestadores informais exprimiram as suas percepções, as suas interpretações ou as suas experiências acerca do cuidado que desenvolvem, permitiu-nos retirar informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados.

Nesta fase de trabalho de campo, perante um domínio de investigação cuja estrutura já se conhecia, uma vez que já existia uma perspectiva de *empowerment* global, mas que não estava suficientemente explicitado na especificidade do processo de *empowerment* dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI, a entrevista foi utilizada a um nível de verificação e aprofundamento (Ghiglione & Matalon, 2001). Este saber anterior relativo à unidade de análise, fez-nos optar pela **entrevista semi-directiva** pois, de acordo com os mesmos autores (2001), esta é adequada para aprofundar um determinado domínio ou verificar a evolução de um domínio já conhecido, intervindo a meio caminho entre um conhecimento completo e anterior da unidade de análise por parte do investigador, o que remete para a entrevista directiva ou para o questionário, e uma ausência de conhecimento por parte do mesmo, o que remete para a entrevista não directiva, como ocorreu na fase exploratória.

Posterior a um pré-contacto com os sujeitos, que nos permitiu conhecer e preparar/negociar o espaço de investigação desenvolvendo um clima de confiança à medida que transmitíamos os objectivos da entrevista, os papéis do entrevistador e do entrevistado, bem como as regras deontológicas respeitantes à autorização para a gravação, transcrição e utilização dos respectivos conteúdos da entrevista e o compromisso de anonimato dos sujeitos, procedemos à realização de 3 entrevistas por sujeito num período de tempo que, intercalado com os momentos de observação, decorreu durante 4 semanas entre Maio e Agosto (Quadro 6, p. 90). Esta distribuição temporal traduz a complementaridade entre a entrevista e a observação, uma vez que os dados recolhidos nas duas primeiras entrevistas, realizadas a cada sujeito, serviram de base para a elaboração do guião de observação, os dados recolhidos através deste último método de pesquisa vêm complementar os dados recolhidos pelas entrevistas e, a partir dos mesmos, foi elaborado o guião para as terceiras entrevistas, também semi directivas, que, por sua vez, serviram para recolher dados que verificaram os dados recolhidos pela observação.

No que diz respeito aos aspectos estruturais das entrevistas, foi elaborado um guião constituído por 3 perguntas abertas que, existindo tópicos orientadores para cada pergunta (Anexo IV), serviu de «aide mémoire» à condução da mesma, garantindo que os tópicos fossem abordados em todos os casos (Burgess, 1997). No decurso das entrevistas houve a preocupação de manter liberdade e ambiguidade nas respostas dos sujeitos, pois as perguntas não foram colocadas necessariamente pela ordem que se encontravam no guião e sob a formulação prevista, mas sim no momento mais apropriado e de forma tão natural quanto possível de acordo com o sujeito, que teve

oportunidade de falar abertamente, com as palavras e pela ordem que desejou (Quivy & Campenhoudt, 1998), permanecendo uma não definição dos quadros de referência ao nível de cada pergunta, mas apenas no esquema da entrevista (Ghiglione & Matalon, 2001).

Importa referir que as notas de campo resultantes das entrevistas (Bogdan & Biklen, 1999), que duraram em média cerca de 45 minutos, foram dadas a conhecer aos respectivos sujeitos e, não se verificando qualquer alteração nas mesmas, foram transcritas em suporte informático.

Enfatizando nesta fase do trabalho de campo para recolha de dados qualitativos os «factos» conhecidos através das entrevistas, passámos à observação das «práticas».

- A observação

Tal como defende Costa (1986), a eficácia de cada um dos métodos de pesquisa é diferente consoante o tipo de dados que o investigador pretende recolher.

Optámos, deste modo, pela observação como método de pesquisa complementar à entrevista, na medida em que este é um método independente do nível de conhecimento ou capacidade verbal dos sujeitos, permite verificar, na prática, a sinceridade de certas respostas que, às vezes, são dadas só para causar boa ou má impressão, permite identificar comportamentos não intencionais ou inconscientes, explorar tópicos que os sujeitos não se sentem à vontade para discutir e permite o registo de comportamentos no seu contexto temporal e espacial (Alves-Mazzotti, 2001). Esta perspectiva sugere que a observação permitiu-nos caracterizar a correspondência ou a discrepância entre o ideal e o real, em que a realidade social, tendo um significado específico e uma estrutura relevante para o ser humano que vive, actua e pensa nele, não é objectiva e envolve significados subjectivos e experiências que são construídas pelos sujeitos nas situações sociais (Burgess, 1997).

De entre os vários papéis de observador, optámos pelo de **observador participante** em que, não ocultando o nosso propósito, interagimos com os sujeitos evitando o «tornarmo-nos nativos», ou seja, enquanto observávamos os locais, os objectos e os símbolos, as pessoas, as actividades, os comportamentos, as interacções verbais, as maneiras de fazer e de dizer, as situações, os ritmos e os acontecimentos, estabelecíamos conversa com alguns ou todos os participantes na situação de cuidado informal de modo a descobrir a interpretação que eles davam aos acontecimentos que, simultaneamente, observávamos (Burgess, 1997 e Streubert & Carpenter, 2002).

O desempenho deste papel, ao evidenciar o próprio investigador como o principal instrumento de pesquisa, e a presença prolongada no contexto social em estudo, o contacto com as pessoas, as situações e os acontecimentos como os principais procedimentos (Costa, 1986), levanta o problema da interferência e do impacto na credibilidade, transferibilidade, consistência e confirmabilidade dos dados recolhidos (Alves-Mazzotti, 2001). No entanto, Costa (1986) refere que no processo de investigação qualitativa a familiarização é um elemento tão indispensável quanto o distanciamento, pois é através de processos de interacção, que têm por suporte um quadro de relações sociais entre o observador e os observados, que é possível ter acesso aos significados que os sujeitos atribuem às situações sociais, como é o cuidado informal. De acordo com o mesmo autor (1986), a interferência não é, simplesmente, um obstáculo ao conhecimento, mas também um veículo desse conhecimento, visto que na interacção social não se pode não comunicar e num quadro social não se pode, igualmente, deixar de se estabelecer relações sociais sendo, por isso, muito mais interferente ficar parado a olhar, sem dizer nada a ninguém. Assim, a resolução deste problema não está, supostamente, em evitar a interferência, mas em tê-la em consideração, objectivá-la não a ignorando e controlá-la, pois à medida que se vai prolongando o trabalho de campo vai havendo uma reorganização das relações entre o observador e os observados, como também, do próprio tecido social em análise (Costa, 1986).

Tendo como objectivo observar o dia-a-dia dos prestadores informais num contexto de pensamento sistémico, de forma a caracterizar as etapas o processo de *empowerment* dos mesmos no decorrer da situação de prestação de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI, o *locus* da observação resultou da conjugação do espaço físico (locais onde se constróem as diferentes dimensões inerentes ao processo de *empowerment*) e do espaço social (campo das relações sociais, indiferente, dos locais onde ocorrem, que integram o processo de *empowerment*). (Quadro 5)

Quadro 5 – O *locus* da observação

ESPAÇO FÍSICO	ESPAÇO SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> - Locais comuns aos três casos <ul style="list-style-type: none"> o Sala o Quarto o Cozinha o Quintal - D. Inês <ul style="list-style-type: none"> o Quinta - área de cultivo o Lojas de roupa 	<ul style="list-style-type: none"> - Valores

<ul style="list-style-type: none"> - D. Isabel <ul style="list-style-type: none"> ◦ Supermercados ◦ Cemitério ◦ Lar de Idosos - D. Leonor <ul style="list-style-type: none"> ◦ Igreja ◦ Supermercados ◦ Cemitério ◦ Banco ◦ Correios ◦ Lar de Idosos 	<ul style="list-style-type: none"> - Processos - Resultados
---	---

Identificados os espaços físico e social da observação, e tendo em atenção que os períodos de tempo podem influenciar os acontecimentos que são observados e, por isso, torna-se importante definir não só que acontecimentos ocorrem, mas também quando ocorrem (Burgess, 1997), considerámos fundamental observar o dia-a-dia dos prestadores informais nos períodos da manhã e da tarde, pois no período matinal a situação de cuidado informal pode ser diferente daquela que ocorre à tarde.

Não sendo necessário passarmos pelas fases de integração e adaptação no contexto de cuidado informal, uma vez que à medida que o trabalho de campo foi sendo desenvolvido, tendo início com os questionários e depois com as entrevistas, a relação de confiança foi crescendo e sendo, nesta fase, o grau de aceitação visível através de gracejos, da referência a momentos anteriores agradáveis e de convites para tomar o almoço e/ou o lanche, procedemos às sessões de observação, respeitando as regras deontológicas já referenciadas para as entrevistas. Desenvolvemos diversas sessões de observação durante 4 semanas, entre Maio e Agosto (Quadro 6), não sendo estas suficientes para atingirmos a «saturação» dos dados que, segundo Rousseau & Saillant (2000), consiste no momento de trabalho de campo a partir do qual não apreendemos nada de novo dos sujeitos ou das situações observadas.

Quadro 6 – Cronograma do trabalho de campo para recolha de dados qualitativos

	MAIO	JUNHO		JULHO				AGOSTO	
	27-05-02 a 2-06-02	10 a 16-06-02	1 a 7-07-02	8 a 14-07-02	15 a 21-07-02	22 a 28-07-02	29-07-02 a 4-08-02	12 a 18-08-02	
Cronograma das Entrevistas	D. Leonor + D. Inês	D. Isabel	D. Isabel + D. Inês + D. Leonor						D. Inês + D. Isabel + D. Leonor
Cronograma dos períodos de Observação				D. Leonor + D. Isabel	D. Leonor + D. Isabel + D. Isabel	D. Inês + D. Isabel + D. Inês	D. Inês + D. Leonor + D. Leonor + D. Inês		

Ao longo de tais sessões, cujos períodos de tempo foram aumentando até um período de 5 horas (tempo máximo permitido pela nossa memória), desenvolvemos diferentes tipos de observação, começando por uma observação descritiva, para obter uma perspectiva global do que se passava, passando para uma observação focalizada e

selectiva em que, decorrente de sessões de observação repetitivas, começámos a ter como foco determinados acontecimentos (Spradley, 1987, citado em Amendoeira, 1999). Para operacionalizar a observação focalizada e selectiva, sendo esta semi-directiva, utilizámos um guião composto por temas e dimensões resultantes da análise dos dados recolhidos pelas entrevistas (Anexo V) e que, tal como aconteceu na fase de trabalho de campo anterior, serviu de «aide mémoire».

Após cada sessão de observação redigíamos as notas de campo que, embora evitássemos fazê-lo no momento da observação e/ou junto dos sujeitos, quando os acontecimentos observados mereciam um registo imediato pela sua riqueza, fazíamos uma saída estratégica para um local discreto e registávamos os aspectos considerados chave. Este tipo de registo, a que Spradley (1987, citado em Amendoeira, 1999) designa de «condensado», constituiu-se de frases chave de acontecimentos importantes que, à *posteriori*, permitiu fazer o «registo expandido», onde as palavras ou frases chave serviram para expandir o registo, respeitando os princípios da identificação da linguagem, do verbalismo e do concreto (Spradley, 1987, citado em Amendoeira, 1999). As notas de campo resultantes do «registo expandido», foram dadas a conhecer aos respectivos sujeitos e, não se verificando qualquer alteração nas mesmas, foram transcritas em suporte informático. Perante todo este processo de construção dos dados, iremos de seguida incidir na fase de tratamento e apresentação dos mesmos.

4 – TRATAMENTO E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Decorrente das estratégias de pesquisa foi construído, tal como refere Yin (2001), um banco de dados cujo conteúdo integral, constituído por um conjunto diversificado de notas de campo de origem quantitativa e qualitativa, encontra-se disponível para consulta caso seja manifestado interesse por parte dos leitores.

Tendo por base a natureza dos dados, desenvolvemos o primeiro momento de interpretação do processo de investigação procedendo à redução dos dados que, de acordo com Maren (1987, citado em Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 1990), consiste em sistematizar ou «formatar» as notas de campo, que retractam respostas singulares ou individuais, num mesmo sistema, por meio de um alfabeto único.

Este processo de redução de particularidades para um quadro geral e manipulável conduziu-nos, assim, ao tratamento e apresentação dos dados quantitativos e qualitativos que, ao estruturar o conjunto de dados, irá permitir a análise dos mesmos (Miles & Huberman, 1984, citados em Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 1990).

4.1 – DADOS QUANTITATIVOS

Visando caracterizar a especificidade sócio-demográfica dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI, e a percepção dos mesmos relativamente ao impacto e satisfação no cuidado que prestam, os dados quantitativos foram alvo de um processo de redução estatística, de âmbito descritivo. Tal redução estatística foi efectuada por meio de suporte informático, com recurso ao SPSS Windows©, versão 10.0.

Suportado neste processo, no desenvolvimento deste sub-capítulo, encontram-se descritos o tratamento e apresentação dos dados quantitativos, através de gráficos descritivos e explicativos (Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 1990) promovendo uma melhor e mais fácil interpretação dos resultados.

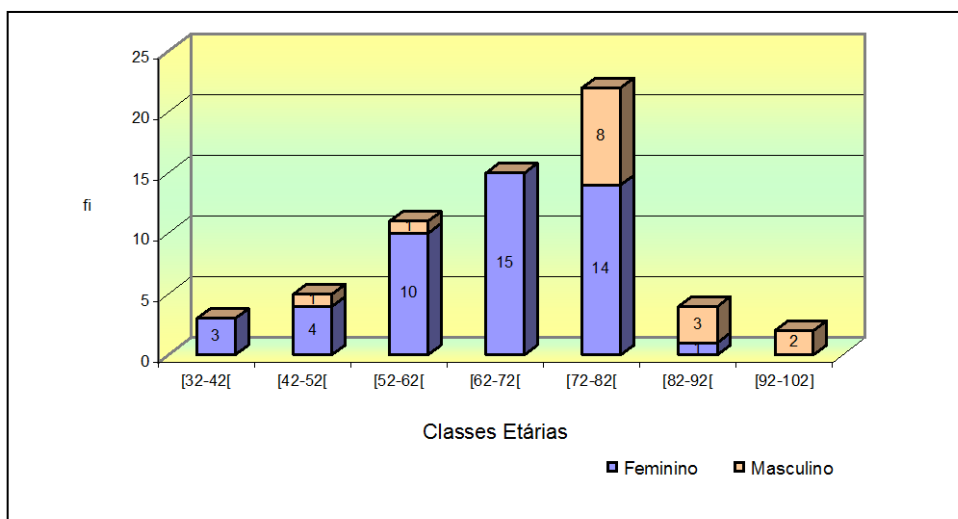
- Caracterização sócio-demográfica

Pela observação do gráfico 7, verificamos que a maioria dos prestadores informais, ou seja, cerca de 76% ($f_i = 47$), são do sexo feminino, dos quais 35% ($f_i = 22$) apresentam uma idade entre os 72 e os 81 anos, sendo esta a classe modal. A média de idades é de 62 anos e os limites inferior e superior são de 32 e 92 anos, respectivamente.

Para além disto, as classes etárias com menor frequência de prestadores informais são, por ordem decrescente de valores, [42-52[, [82-92[, [32-42[e [92-102[e as de maior frequência, por ordem crescente de valores, são [52-62[, [62-72[e [72-82[.

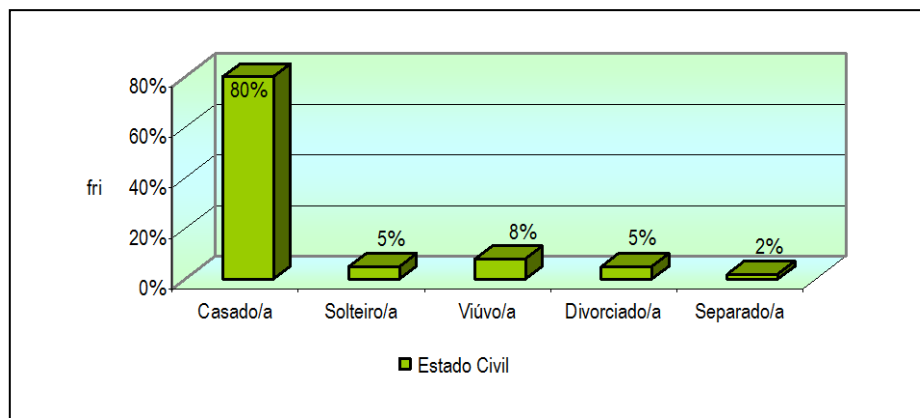
Importa ainda referir que a distribuição dos prestadores informais por sexo, nas várias classes etárias, não é semelhante, sendo apenas nas classes correspondentes a uma idade mais elevada ([82-92[e [92-102]) que existe uma maior frequência de prestadores informais do sexo masculino e nas classes etárias [32-42[e [62-72[os prestadores informais são apenas do sexo feminino.

Gráfico 7 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo o sexo e idade



No que diz respeito à relação marital, pelo gráfico 8, podemos observar que 80% ($f_i = 50$) dos prestadores informais são casados/as. Apresentando frequências relativas muito inferiores, encontram-se os restantes estados civis, sendo que 8% ($f_i = 5$) dos prestadores informais são viúvos/as, 5% ($f_i = 3$) solteiros/as, 5% ($f_i = 3$) divorciados/as e 2% ($f_i = 1$) separados/as. É de frisar que o estado civil “União de Facto”, embora também tivesse sido opção no instrumento de colheita de dados, este não representou a relação marital de nenhum dos sujeitos do estudo.

Gráfico 8 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo o estado civil

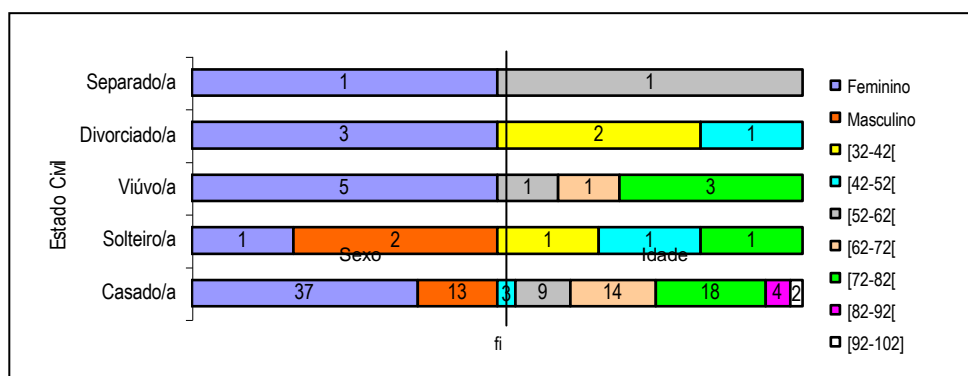


De forma a caracterizar os prestadores informais, relacionando o seu estado civil com o sexo e a idade dos mesmos, apresentamos o gráfico 9. Relativamente ao género, verificamos que os prestadores informais viúvos, divorciados e separados são, na sua totalidade, do sexo feminino, os homens representam 67% dos solteiros e as mulheres 74% dos casados.

Quanto à idade, podemos observar que o estado civil “Casado/a”, pelo seu número de prestadores informais, apresenta uma maior diversidade de classes etárias, sendo que, tal como se verificou no gráfico 7, as classes etárias [52-62[, [62-72[e [72-82[mantém um número elevado de prestadores, fazendo-se representar, respectivamente, por 82%, 93% e 82% dos sujeitos de cada classe. Ainda relativo aos sujeitos casados, é de frisar que neles estão incluídos os 6 prestadores informais com uma idade superior ou igual a 82 anos. Em oposição, dos 3 prestadores informais pertencentes à classe etária [32-42[, são 67% divorciados ($f_i = 2$) e 33% solteiros ($f_i = 1$).

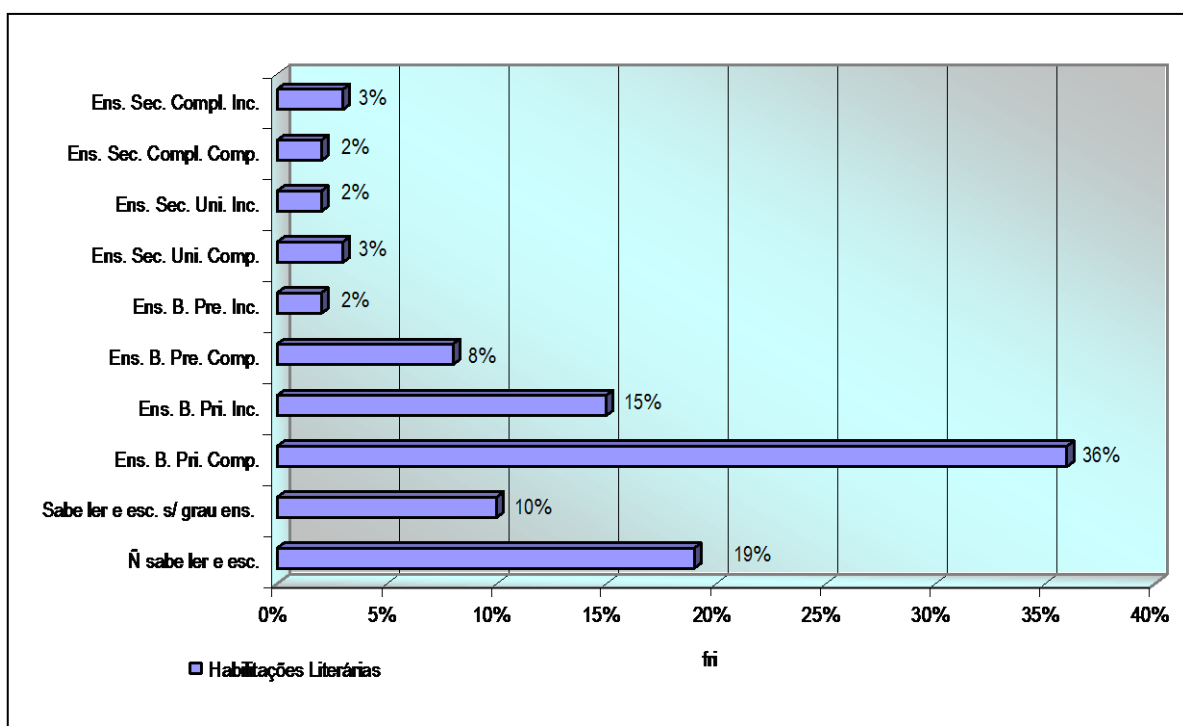
Em conformidade com os prestadores informais casados, e como o geral dos sujeitos, 60% das prestadoras viúvas ($f_i = 3$) também apresentam uma idade compreendida entre os 72 e os 81 anos. Por último, o estado civil “Separado/a” é representado por uma prestadora informal com 52 a 61 anos de idade.

Gráfico 9 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo o estado civil, sexo e idade



No que se refere à escolaridade, podemos observar, pelo gráfico 10, que 36% ($f_i=22$) do total de prestadores informais, possuem o ensino básico primário completo como habilitações literárias, seguindo-se, por ordem decrescente, os prestadores que não sabem ler e escrever ($f_{ri} = 19\%$ e $f_i = 12$) e os que possuem o ensino básico primário incompleto ($f_{ri} = 15\%$ e $f_i = 9$). Para além disto, verificamos que os ensinos, básico preparatório, secundário unificado e secundário complementar são os que representam apenas 2% dos prestadores informais. Aos atributos “Curso Médio” e “Curso Superior”, embora integrassem a variável habilitações literárias no instrumento de colheita de dados, nenhum prestador informal os referiu como sendo a sua escolaridade.

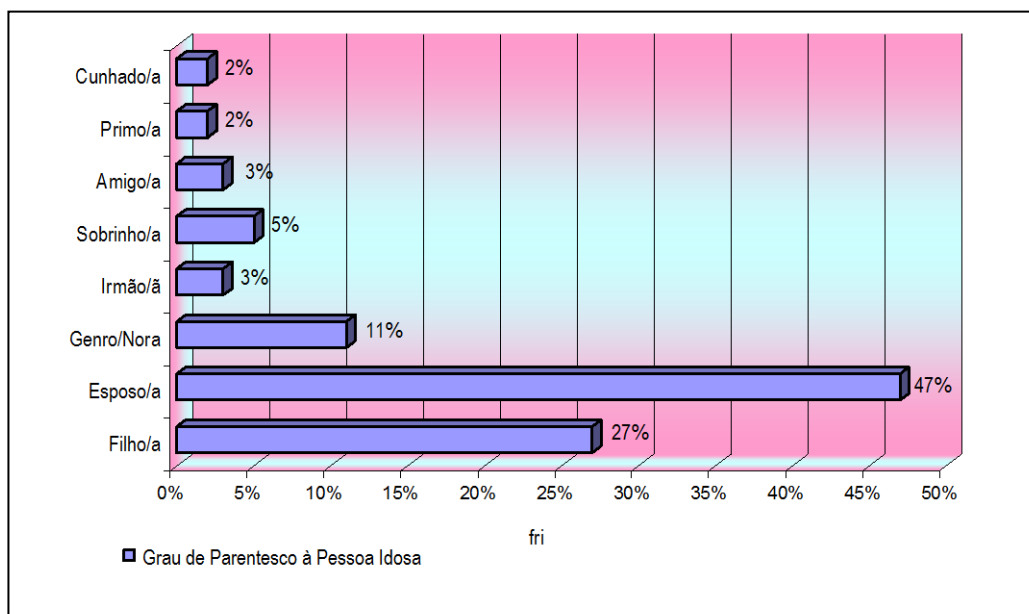
Gráfico 10 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo as habilitações literárias



Dando continuidade à caracterização sócio-demográfica dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI, passamos à descrição dos dados representados no gráfico 11, relativo à distribuição dos sujeitos segundo o grau de parentesco à pessoa idosa. Assim, pela observação do mesmo, podemos referir que 47% ($f_i = 29$) dos prestadores informais são esposos/as da pessoa idosa a quem prestam cuidados e os filhos/as e os genros/noras representam 27% ($f_i = 17$) e 11% ($f_i = 7$) dos prestadores informais, respectivamente. Neste contexto, com valores relativos menos significativos, encontram-se 3 ($f_{ri} = 5\%$) sobrinhos/as, 2 irmãos/ãs ($f_{ri} = 3\%$), 2 amigos/as ($f_{ri} = 3\%$), 1 primo/a ($f_{ri} = 2\%$) e 1 cunhado/a ($f_{ri} = 2\%$).

É de salientar que os graus de parentesco “Primo/a” e “Cunhado/a” são respostas à pergunta aberta “Outros” e que os atributos “Companheiro/a”, “Neto/a” e “Tio/a”, referentes a esta variável, e presentes no questionário aplicado, não estão representados neste gráfico pois não foram mencionados por qualquer sujeito do estudo.

Gráfico 11 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo o grau de parentesco à pessoa idosa



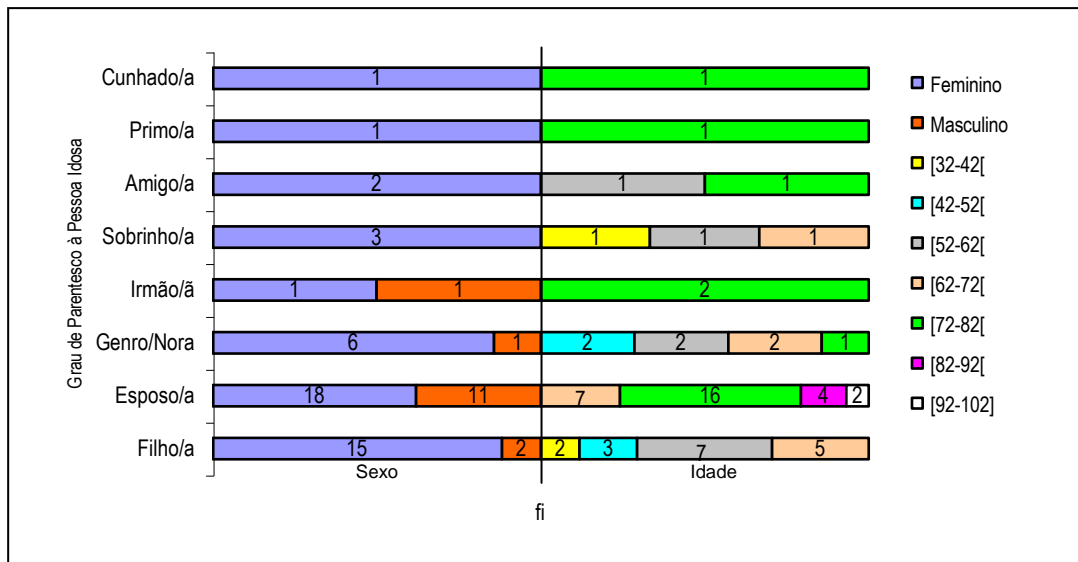
Visando compreender algumas das características específicas dos já referidos parentes da pessoa idosa relativamente, ao sexo, à idade, ao estado civil e às habilitações literárias, realizámos um conjunto de gráficos com cruzamentos de variáveis que passamos a apresentar.

Pela observação do gráfico 12, podemos referir que relativamente ao género, em todos os graus de parentesco à pessoa idosa, as prestadoras informais encontram-se em maior número, em relação aos homens, sendo os sobrinhos, amigos, primo e cunhado

exclusivamente do sexo feminino. Nesta diferenciação homem/mulher enquanto que nos graus de parentesco “Esposo/a” e “Irmão/ã” os homens representam 40% e 50%, dos sujeitos, respectivamente, nos graus de parentesco “Genro/Nora” e “Filho/a” estes representam, respectivamente, 14% e 12%.

Em relação à idade, verificamos que 55% ($f_i = 16$) dos esposos/as são pessoas com 72 a 81 anos de idade, representando 73% ($f_i = 16$) das mesmas, 47% ($f_i = 7$) daqueles com 62 a 71 anos de idade e 100% dos que se encontram na classes etárias, [82-92[($f_i = 4$) e [92-102] ($f_i = 2$). Para além disto, os prestadores informais, cunhada, prima e irmãos de pessoas idosas são na sua totalidade pessoas com idade entre os 72 e 81 anos; 42% ($f_i = 7$) dos filhos encontram-se na classe etária [52-62[anos, e representam 67% ($f_i = 2$) dos prestadores informais com idades entre os 32 e 41 anos, 64% ($f_i = 7$) dos com 52 a 61 anos e 60% ($f_i = 3$) dos prestadores informais com 42 a 51 anos; e, por fim, os genros/noras representam 29% ($f_i = 2$) dos prestadores informais com idades entre os 42 e 51 anos, 29% ($f_i = 2$) dos com 52 a 61 anos, 29% ($f_i = 2$) dos com 62 a 71 anos e 13% ($f_i = 1$) dos prestadores informais com 72 a 81 anos.

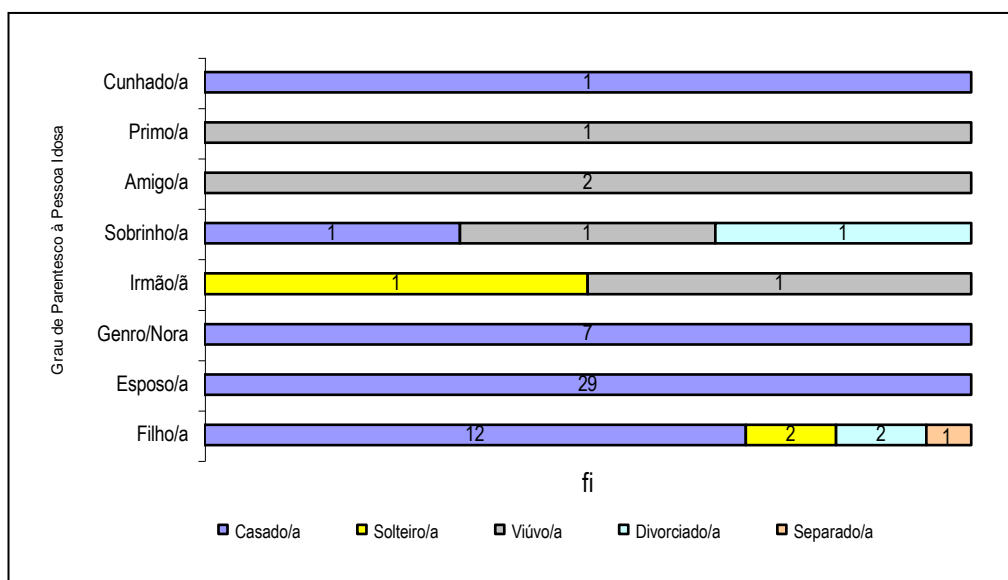
Gráfico 12 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo o grau de parentesco à pessoa idosa, sexo e idade



Para além do sexo e idade, considerámos importante relacionar o grau de parentesco com o estado civil. Sendo assim, pelo gráfico 13, podemos observar que os prestadores informais casados/as representam 100% dos esposos/as ($f_i = 29$) e dos genros/noras ($f_i = 7$) da pessoa idosa receptora dos cuidados e 71% ($f_i = 12$) dos filhos/as. Dos restantes filhos/as das pessoas idosas receptoras de cuidados informais 2 ($f_{ri} = 12\%$) são solteiro/as, 2 são divorciadas ($f_{ri} = 12\%$) e 1 ($f_{ri} = 5\%$) é separada.

Importa referir que em relação aos outros graus de parentesco, dos 2 irmãos à pessoa idosa, o irmão é solteiro e a irmã é viúva; as 3 sobrinhas são, uma casada, uma viúva e uma divorciada; as duas amigas, bem como a prima, são viúvas e, por último, a prestadora informal cunhada à pessoa idosa é casada.

Gráfico 13 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo o grau de parentesco à pessoa idosa e o estado civil



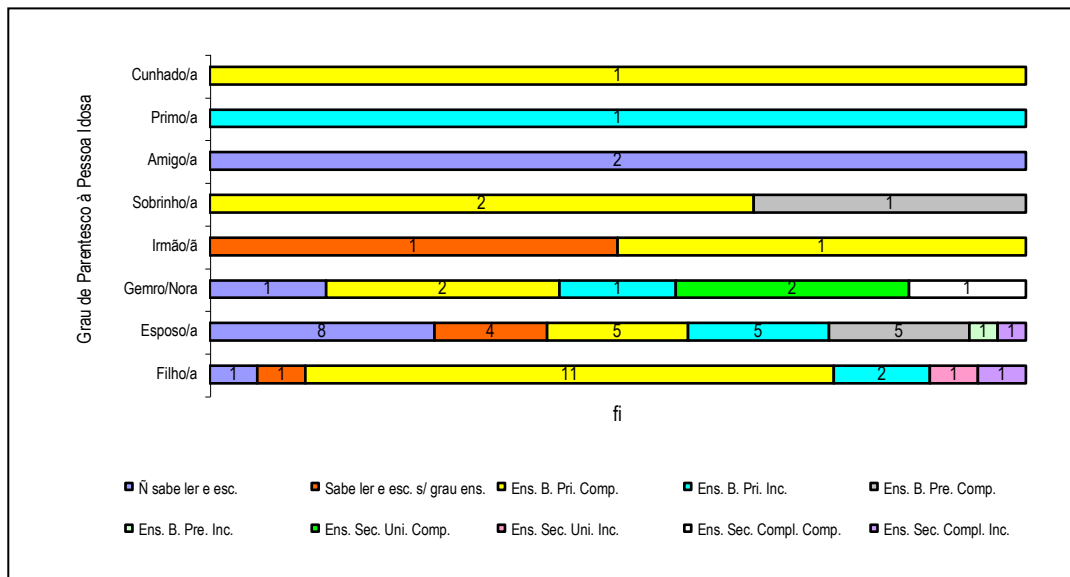
O gráfico 14 é o último gráfico que retrata a caracterização específica dos prestadores informais, tendo por base o cruzamento dos dados relativos à variável grau de parentesco com outras variáveis. Deste modo, no gráfico mencionado, está representada a distribuição dos prestadores informais segundo o grau de parentesco à pessoa idosa e as habilitações literárias.

Perante tal representação gráfica, podemos referir que 29% ($f_i = 8$) dos esposos/as da pessoa idosa não sabem ler e escrever, sendo seguidos, com igual valor relativo e absoluto ($f_{ri} = 17\%$ e $f_i = 5$), por aqueles que possuem os ensinos, básico primário completo e incompleto e básico preparatório completo. Ainda relativo a este grau de parentesco à pessoa idosa, verificamos que os esposos/as representam, 67% ($f_i = 8$) dos prestadores informais que não sabem ler nem escrever, 67% ($f_i = 4$) dos que sabem ler e escrever sem possuírem grau de ensino e 50% ($f_i = 1$) dos prestadores informais que possuem o ensino secundário complementar incompleto. Também a única prestadora informal que possui o ensino básico preparatório incompleto é um cônjuge.

No que diz respeito aos prestadores filhos/as, do total de 17, 65% ($f_i = 11$) possuem o ensino básico primário completo, representando 50% ($f_i = 11$) dos sujeitos

quer possuem este grau de escolaridade, 50% ($f_{ri} = 6\%$) dos que possuem o ensino secundário complementar incompleto. Para além destes, o filho/a é o único grau de parentesco que possui o ensino secundário unificado incompleto e este grau de parentesco representa 8% ($f_i = 1$) dos que não sabem ler e escrever, 17% ($f_i = 1$) dos que

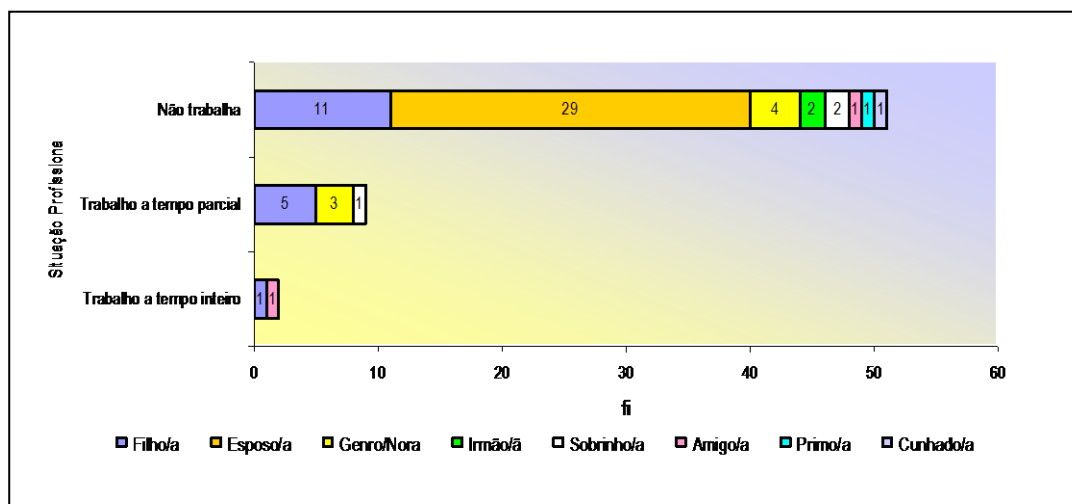
Gráfico 14 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo o grau de parentesco à pessoa idosa e as habilitações literárias



O gráfico seguinte, que finaliza a apresentação e tratamento dos dados relativos à caracterização sócio-demográfica dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI, refere-se à variável situação profissional cruzada com os dados referentes ao grau de parentesco à pessoa idosa.

Pelo gráfico 15, verificamos que 82% ($f_i = 51$) dos prestadores informais não trabalham, 15% ($f_i = 9$) trabalham a tempo parcial e 3% ($f_i = 2$) trabalham a tempo inteiro. Associando à variável grau de parentesco à pessoa idosa, é de salientar que 57% ($f_i = 29$) dos prestadores informais que não trabalham são esposos/as e 22% ($f_i = 11$) são filhos/as. Já dos prestadores informais que trabalham a tempo parcial, 56% ($f_i = 5$) são filhos/as e 33% ($f_i = 3$) são esposos/as, e dos que trabalham a tempo inteiro, 50% ($f_i = 1$) são filhos/as e os outros 50% ($f_i = 1$) são amigos/as.

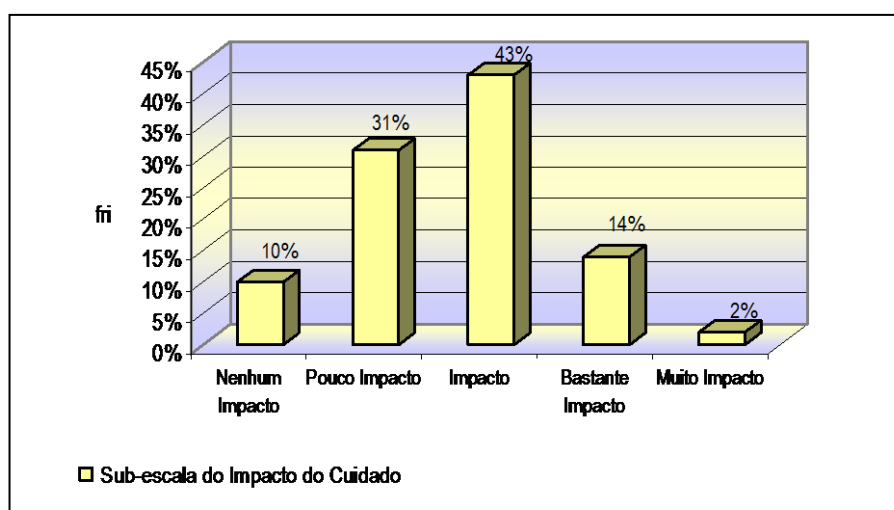
Gráfico 15 – Distribuição dos Prestadores Informais segundo a situação profissional e o grau de parentesco à pessoa idosa



• Avaliação do Cuidado Informal

No que diz respeito ao impacto do cuidado, verifica-se, pelo gráfico 16, que as cinco categorias da Sub-escala encontram-se representadas no grupo dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI. Destes, 43% ($f_i = 27$) têm a percepção que o cuidado que prestam tem impacto no seu estilo de vida, 31% ($f_i = 19$) referem pouco impacto, 14% ($f_i = 9$) referem bastante impacto, 10% ($f_i = 6$) nenhum impacto e 2% ($f_i = 1$) muito impacto.

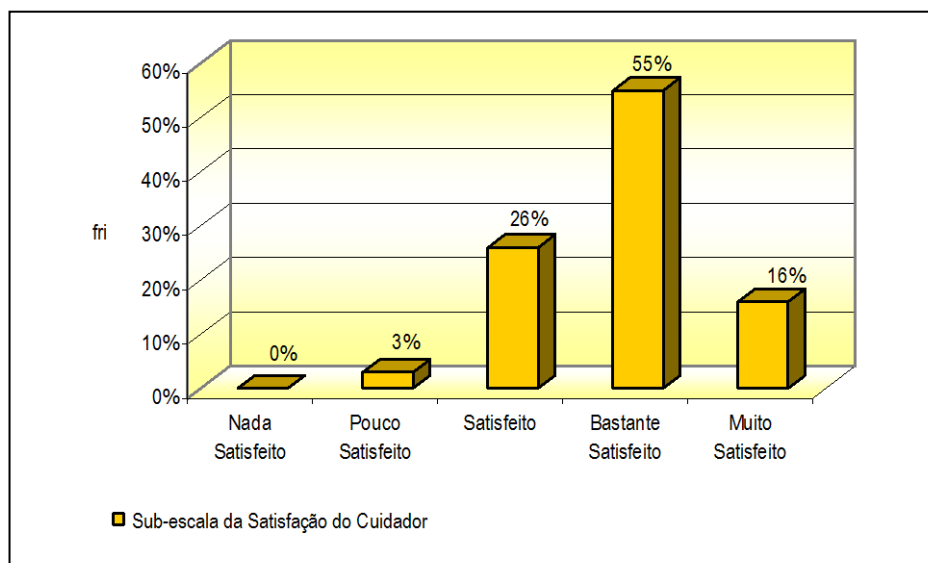
Gráfico 16 – Distribuição dos prestadores informais segundo a sua opinião relativamente ao impacto do cuidado



A representação gráfica seguinte retrata a satisfação dos prestadores informais em cuidar da pessoa idosa alvo de ADI. Deste modo, observa-se que, ao contrário do

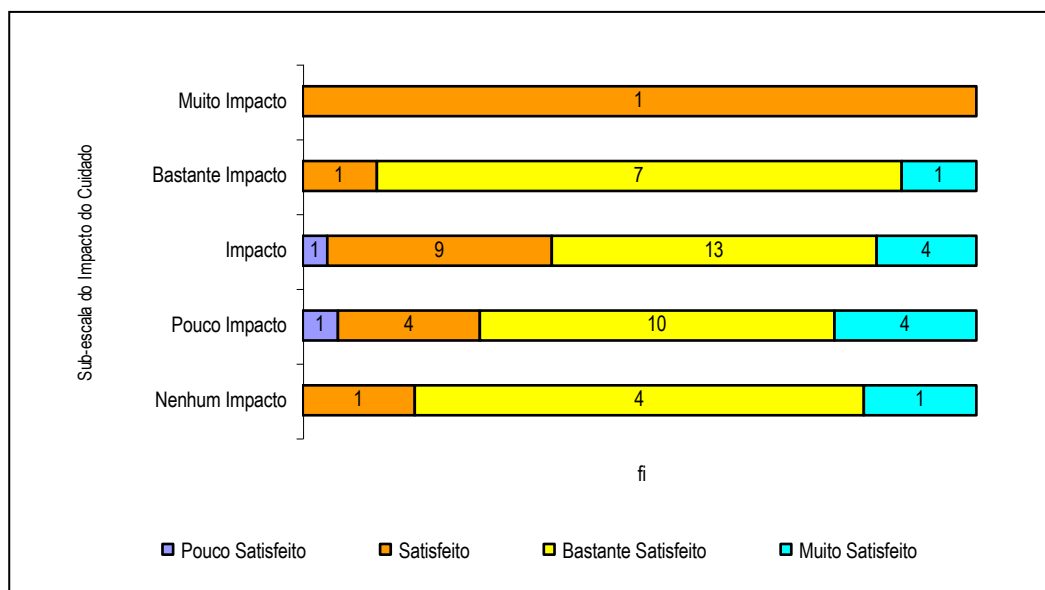
que aconteceu com o impacto do cuidado, nem todas as categorias da Sub-escala estão representadas no gráfico pois, pela soma das respostas aos diversos itens da mesma, nenhum sujeito do estudo se encontra nada satisfeito com a situação de cuidado à pessoa idosa. Para além disto, 55% ($f_i = 34$) dos prestadores informais encontram-se bastante satisfeitos, 26% ($f_i = 16$) referem estar satisfeitos, 16% ($f_i = 10$) encontram-se muito satisfeitos e apenas 3% ($f_i = 2$) percebem uma pouca satisfação no cuidado que desenvolvem.

Gráfico 17 – Distribuição dos prestadores informais segundo a sua percepção relativamente à satisfação em cuidar



Cruzando as percepções dos prestadores informais relativamente ao impacto do cuidado no seu estilo de vida e à satisfação em cuidar da pessoa idosa alvo de ADI, surge o gráfico 18, através do qual se pode observar que os 48% ($f_i = 13$) dos prestadores informais que referem impacto do cuidado no seu estilo de vida, representam 38% ($f_i = 13$) dos que se encontram bastante satisfeitos, e, por sua vez, estes últimos representam 77% ($f_i = 7$) dos que referem existir bastante impacto. É de referir que 11% ($f_i = 1$) e 14% ($f_i = 4$) dos prestadores informais que referem bastante impacto e impacto, respectivamente, estão muito satisfeitos com a situação de cuidar da pessoa idosa e que o sujeito do estudo que refere muito impacto encontra-se satisfeito. Importa ainda salientar que entre os prestadores informais que referiram existir pouco e nenhum impacto do cuidado no estilo de vida, 21% ($f_i = 4$) dos primeiros e 16% ($f_i = 1$) dos segundos encontram-se muito satisfeitos.

Gráfico 18 – Distribuição dos prestadores informais segundo a sua percepção relativamente ao impacto do cuidado e à satisfação em cuidar



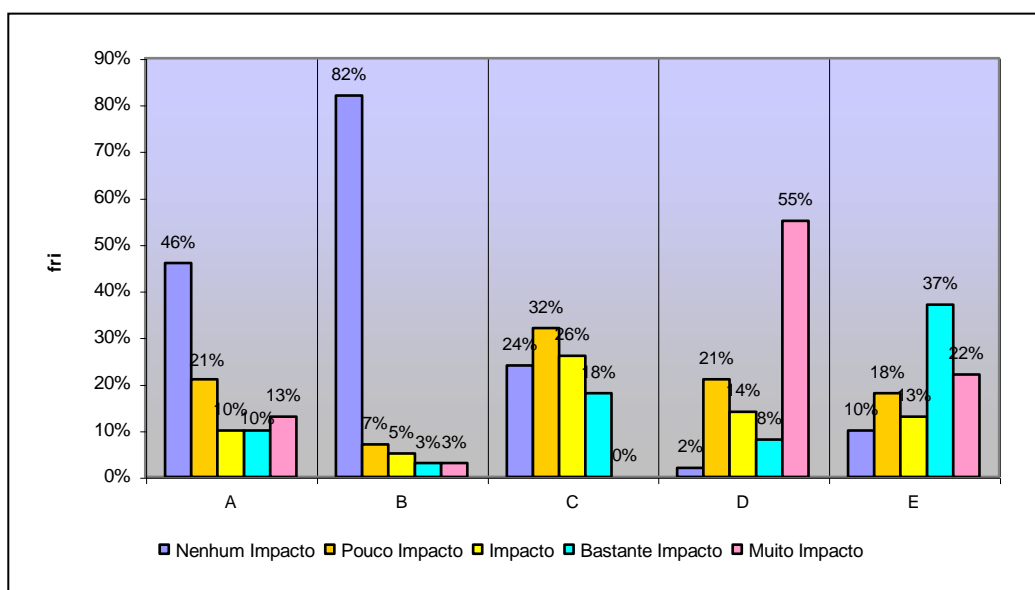
Com a preocupação de interpretar o modo como o cuidado à pessoa idosa alvo de ADI interfere no estilo de vida do prestador informal, e as razões pelas quais os prestadores sentem diferentes graus de satisfação em cuidar, surgem os dois gráficos seguintes. Na construção dos mesmos foram mobilizados os dados relativos aos diversos itens das Sub-escalas de impacto do cuidado e da satisfação do cuidador que, para facilitar a sua leitura, apresentamos a correspondência das letras existentes à temática dos itens:

- Sub-escala do impacto do cuidado
 - A – Relacionamento com outros membros da família
 - B – Trazer amigos a casa
 - C – Utilização do espaço da casa
 - D – Planear o futuro
 - E – Privacidade
- Sub-escala da satisfação do cuidador
 - A – Prazer em cuidar
 - B – Proximidade com a pessoa idosa
 - C – Apreço pelo cuidado
 - D – Satisfação em estar junto da pessoa idosa
 - E – Auto-estima

Pela observação do gráfico 19, que retrata o impacto do cuidado, pode-se referir que 82% ($f_i = 51$) dos prestadores informais referem que para eles não é nada desconfortável trazer amigos a casa devido à presença da pessoa idosa no seu domicílio e 46% ($f_i = 29$) dos mesmos referem que o seu relacionamento com outros familiares em nada é afectado negativamente pela situação de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI.

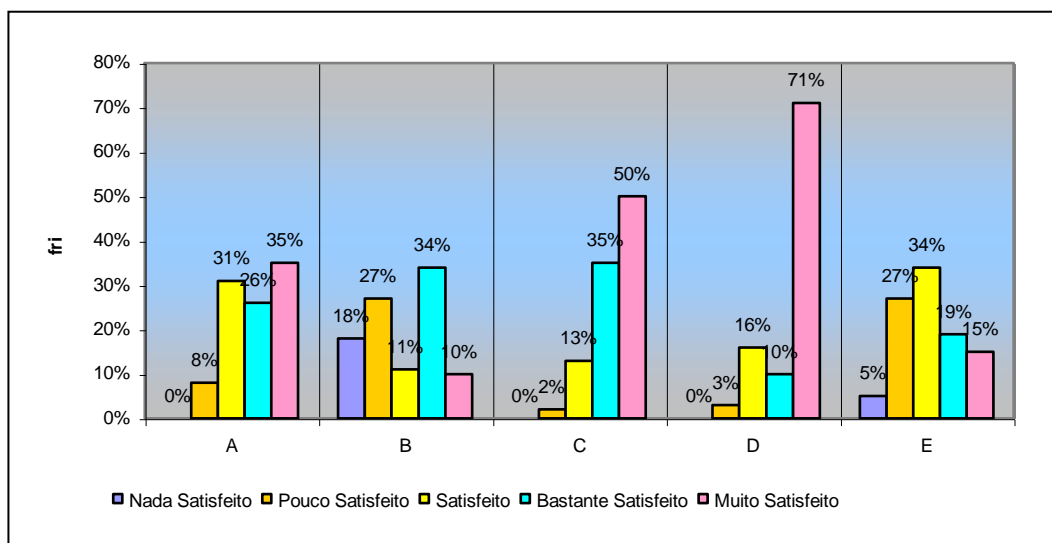
No entanto, para 55% ($f_i = 34$) dos prestadores informais é muito difícil planear o futuro, quando as necessidades da pessoa idosa são tão imprevisíveis, e para 37% ($f_i = 23$) dos mesmos a situação de cuidado à pessoa idosa impossibilita bastante terem a privacidade que gostariam. No que se refere à utilização do espaço da casa, 32% ($f_i = 16$) dos prestadores informais referem que a situação de cuidar da pessoa idosa interfere nessa utilização.

Gráfico 19 – Distribuição dos prestadores informais segundo a sua percepção relativamente ao impacto do cuidado e os itens da Sub-escala do impacto



No que diz respeito à satisfação do cuidador, verifica-se, através do gráfico 20, que 71% ($f_i = 44$) dos prestadores informais gostam muito de estar junto da pessoa idosa, 50% ($f_i = 31$) dos mesmos referem muito apreço pelo cuidado que prestam à pessoa idosa, e 35% ($f_i = 22$) sentem muito prazer em cuidar. Para além disto, 34% ($f_i = 21$) dos prestadores informais referem que o facto de prestarem cuidados tem feito sentirem-se bastante mais próximos da pessoa idosa receptora desses cuidados, e 34% ($f_i = 21$) dos mesmos referem que o facto de se terem responsabilizado pela pessoa idosa aumentou a auto-estima.

Gráfico 20 – Distribuição dos prestadores informais segundo a sua percepção relativamente à satisfação do cuidador e os itens da Sub-escala da satisfação

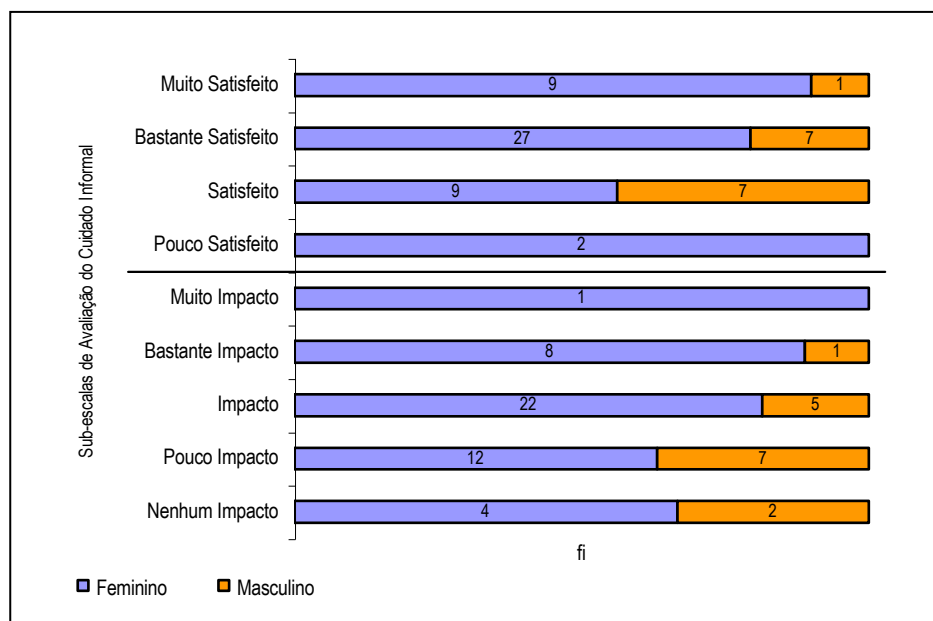


Relacionando as variáveis sócio-demográficas com a percepção do impacto e satisfação no cuidado, resulta a seguinte sequência de representações gráficas.

Neste sentido, pelo gráfico 21 podemos referir que 46% ($f_i = 7$) dos homens referem estar satisfeitos com a situação de cuidado informal e outros 46% ($f_i = 7$) referem bastante satisfação, representando 43% dos prestadores informais que referem satisfação em cuidar. Já nas mulheres, 58% ($f_i = 27$) das mesmas referem bastante satisfação, sendo este sexo representante de 79% dos prestadores informais que possuem este grau de satisfação.

No que diz respeito à percepção de impacto, 43% ($f_i = 7$) dos homens referem que o cuidado que desenvolvem tem pouco impacto no seu estilo de vida, representando 37% dos prestadores informais que se posicionam neste nível de impacto. No sexo oposto, 47% ($f_i = 22$) das mulheres percebem que o facto de cuidarem da pessoa idosa tem impacto no seu dia-a-dia, representando 81% dos prestadores que referem impacto e 88% ($f_i = 8$) dos que percebem bastante impacto.

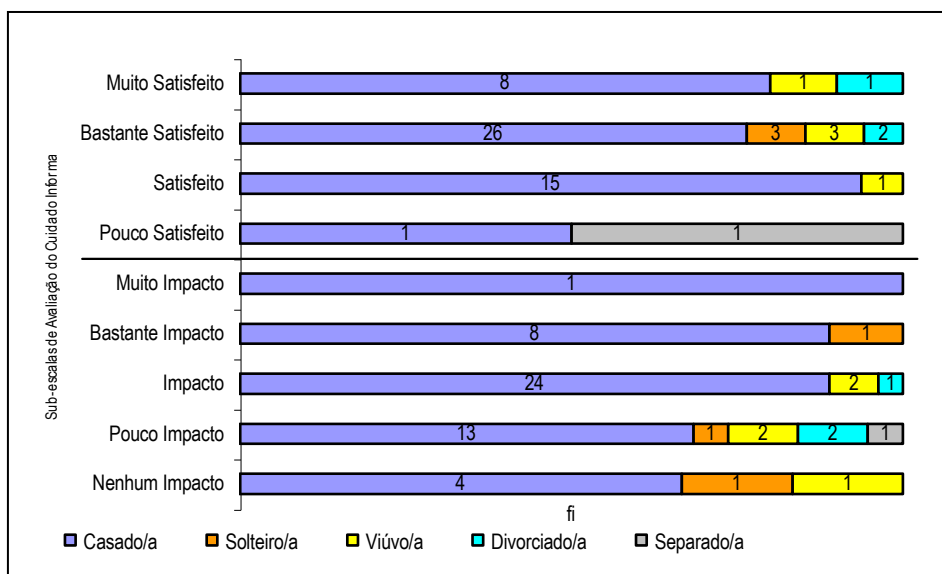
Gráfico 21 – Distribuição dos prestadores informais segundo a sua percepção relativamente ao impacto do cuidado, à satisfação em cuidar e sexo



A representação gráfica 22 retrata a relação entre a percepção do impacto e da satisfação e o estado civil. Assim, podemos verificar que 52% ($f_i = 26$) dos prestadores informais casados referem estar bastante satisfeitos, acontecendo o mesmo com os 100% ($f_i = 3$) dos solteiros, 60% ($f_i = 3$) das viúvas e 66% ($f_i = 2$) das divorciadas. Destaca-se a prestadora informal separada que refere encontrar-se pouco satisfeita com a situação de cuidado informal à pessoa idosa.

Por outro lado, 48% ($f_i = 24$) dos casados referem sentir impacto no seu estilo de vida devido à situação de cuidar, 66% ($f_i = 2$) das divorciadas e a prestadora informal separada referem sentir pouco impacto, e os solteiros, assim como, as viúvas representam 16% ($f_i = 1$) cada, dos prestadores informais que referem que a situação de cuidado não tem nenhum impacto no seu dia-a-dia.

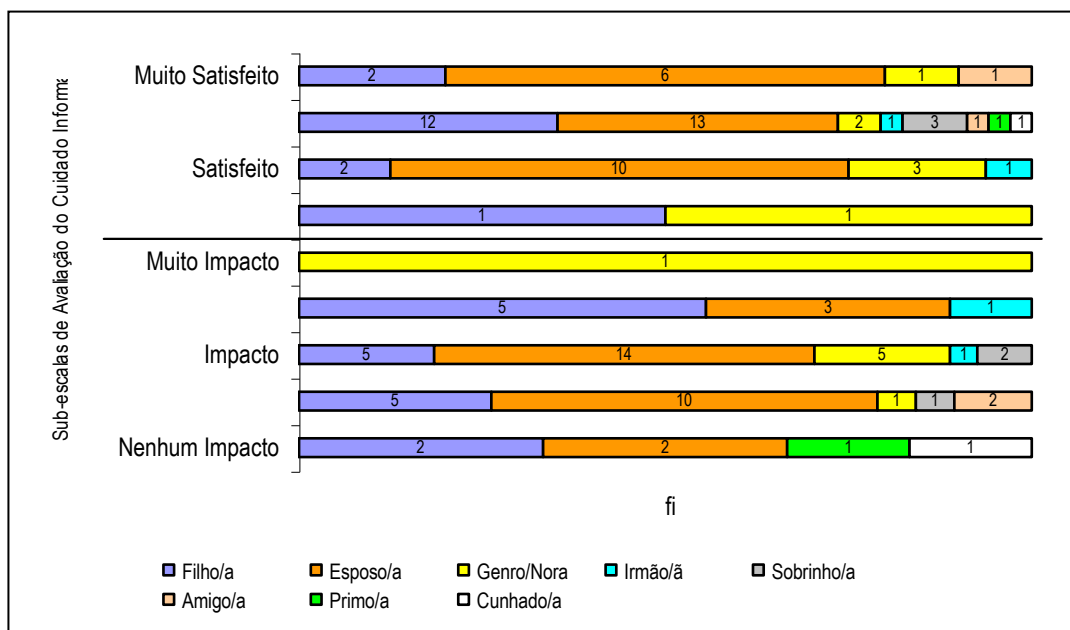
Gráfico 22 – Distribuição dos prestadores informais segundo a sua percepção relativamente ao impacto do cuidado, à satisfação em cuidar e estado civil



Através do gráfico 23, que representa a relação entre a percepção do impacto e da satisfação e o grau de parentesco à pessoa idosa, pode-se observar que 71% ($f_i = 12$) dos prestadores informais que são filhos da pessoa idosa e 45% ($f_i = 13$) dos esposos referem estar bastante satisfeitos, representando os primeiros 35% dos mesmos, e os segundos 60% ($f_i = 6$) dos que percebem muita satisfação em cuidar. Para além disto, importa referir que 42% ($f_i = 3$) dos genros/noras referem satisfação, 14% ($f_i = 1$) dos mesmos referem pouca satisfação, e as sobrinhas, prima e cunhada percebem bastante satisfação no cuidado que prestam.

No que se refere ao impacto percebido, o grau de parentesco genro/nora representa 100% ($f_i = 1$) dos prestadores que referem existir muito impacto do cuidados no estilo de vida, os filhos representam 55% ($f_i = 5$) dos que referem bastante impacto, 53% ($f_i = 10$) dos esposos são prestadores informais que percebem que o cuidar tem pouco impacto no seu dia-a-dia. É ainda de mencionar que a prestadora informal que é prima da pessoa idosa, assim como, a cunhada, percebem que os cuidados que prestam não têm nenhum impacto e as amigas referem pouco impacto.

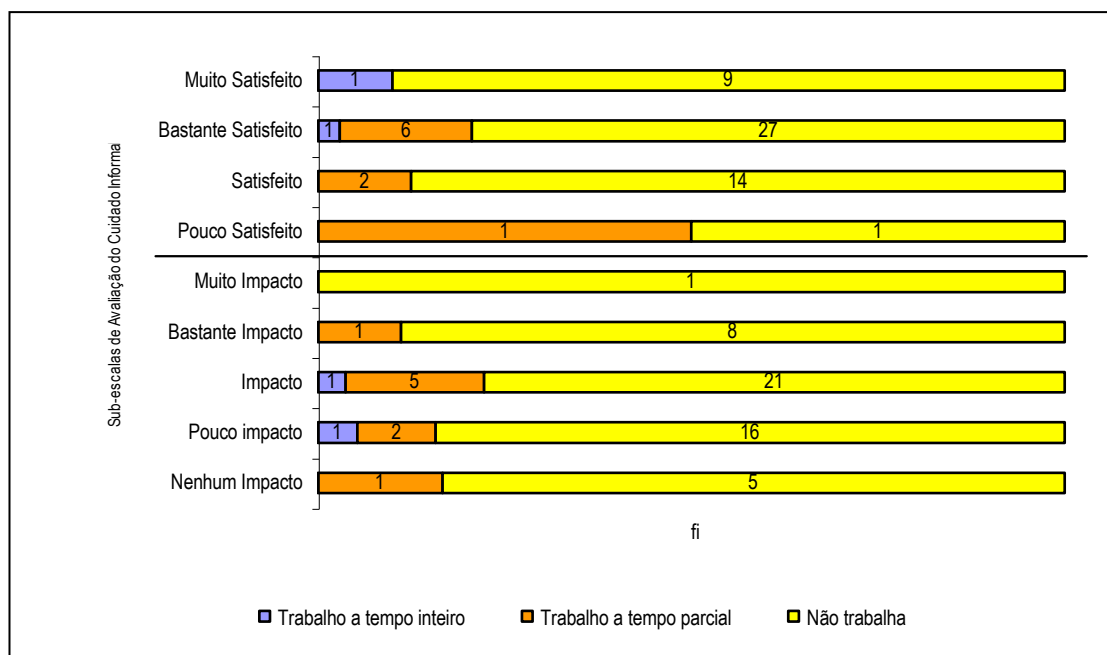
Gráfico 23 – Distribuição dos prestadores informais segundo a sua percepção relativamente ao impacto do cuidado, à satisfação em cuidar e grau de parentesco à pessoa idosa



Da última representação gráfica, que descreve a relação existente entre a percepção do impacto e da satisfação e a situação profissional, pode-se verificar que 53% ($f_i = 27$) dos prestadores informais que não trabalham e 66% ($f_i = 6$) daqueles que trabalham a tempo parcial, referem encontrar-se bastante satisfeitos, e 50% ($f_i = 1$) dos que trabalham a tempo inteiro referem que estão muito satisfeitos, representando 10% do total destes prestadores.

Relativamente à percepção do impacto, 84% ($f_i = 16$) dos prestadores informais que referem pouco impacto são aqueles que não trabalham, os que trabalham a tempo parcial representam 19% ($f_i = 5$) do total dos prestadores informais que mencionam a existência de impacto, e os que trabalham a tempo inteiro distribuem-se, equitativamente, entre os que referem impacto e os que mencionam pouco impacto.

Gráfico 24 – Distribuição dos prestadores informais segundo a sua percepção relativamente ao impacto do cuidado, à satisfação em cuidar e situação profissional



4.2 – DADOS QUALITATIVOS

Num contexto de descoberta do processo de *empowerment* dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI, procedemos ao processo de redução dos dados tendo por base o banco de dados qualitativos que, resultante das entrevistas e observação participante, é constituído por:

- no caso da D. Inês, arquivo de 3 entrevistas transcritas em suporte informático com cerca de 15 páginas de formato A₄ + arquivo de 28 páginas de formato A₄, provenientes do «registo expandido» da observação;
- no caso da D. Isabel, arquivo de 3 entrevistas transcritas em suporte informático com cerca de 29 páginas de formato A₄ + arquivo de 35 páginas de formato A₄, provenientes do «registo expandido» da observação;
- no caso da D. Leonor, arquivo de 3 entrevistas transcritas em suporte informático com cerca de 18 páginas de formato A₄ + arquivo de 31 páginas de formato A₄, provenientes do «registo expandido» da observação.

Conscientes das importância e riqueza do conteúdo das notas de campo, os procedimentos de redução dos dados, que foram realizados caso a caso, consistiram numa técnica aberta ao contexto real da unidade de análise, ou seja, a técnica de análise de conteúdo que visa fazer inferências por identificação sistemática e objectiva das características específicas de uma mensagem (Vala, 1986 e Ghiglione & Matalon, 2001).

De acordo com os mesmos autores, submetemos as entrevistas transcritas a várias operações que mobilizaram diferentes procedimentos específicos da análise de conteúdo:

- leitura flutuante para contactar com o sentido dos discursos de cada sujeito individualmente;
- identificação das frases consideradas significativas, partindo da reflexão produzida por cada sujeito, a partir das questões colocadas;
- descontextualização das frases significativas de cada discurso, com identificação de temas emergentes;
- recontextualização das frases significativas por dimensões e, conseqüentemente, por temas, independentemente dos sujeitos que as proferiram, essencialmente para obtermos um texto que mais facilmente nos permitisse comparar os diferentes discursos;
- análise temática, para identificação dos temas emergentes que vieram a constituir-se como espaço social da produção de cuidados em ambiente domiciliário.

Utilizando este processo construímos, para cada caso, um sistema de categorias constituído por temas, dimensões e categorias, através de uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento, que se designa por categorização (Bardin, 2000). Para tal, procedemos a uma categorização *a posteriori*, na qual definimos como unidades de registo, as expressões das frases significativas encontradas no texto, correspondendo a uma regra de recorte do sentido e não da forma, e como unidades de contexto as respectivas respostas (Vala, 1986 e Bardin, 2000).

Importa salientar que relativamente à observação participante, de que resultou parte do *corpus* da investigação (banco de dados), seguiu-se o mesmo procedimento de redução dos dados, embora procedendo a uma categorização *a priori*, tal como ocorreu nas notas de campo relativas às terceiras entrevistas, pois mobilizámos os sistemas de categorias já construídos anteriormente. Deste processo a que foram submetidos os

«registos expandidos», emergiram diversas dimensões comuns aos três casos, que se constituem, em complementaridade com os sistemas de categorias, os focos de análise em que se alicerça a Parte C deste relatório.

Num processo de organização e apresentação dos dados elaborámos matrizes que passamos a apresentar de seguida caso a caso.

4.2.1 – D. Inês

A D. Inês, prestadora informal de cuidados que refere existir pouco impacto do cuidado que desenvolve no seu dia-a-dia e que se encontra muito satisfeita com o facto de cuidar do seu marido, tem 70 anos de idade, possui o ensino secundário complementar e não trabalha.

O sistema de categorias do processo de *empowerment* da D. Inês é apresentado no quadro 7.

Quadro 7 – Sistema de Categorias do Processo de *Empowerment* da D. Inês

TEMA	DIMENSÃO	CATEGORIA
VALORES	Pessoa Idosa	Potencialidades
		Idade
DETERMINANTES	Fisiológica	Modo de Intervenção
		Funções do Organismo
	Psicológica	Segurança
		Bem-estar
		Estima
		Afectividade
	Sócio-cultural	Sistema de Suporte
		Condição Económica
	Desenvolvimento	Estimulação
		Experiências Anteriores
RESULTADOS	Intrapessoal	Competência Percebida

Para além da apresentação do sistema de categorias, consideramos importante apresentar as unidades de registo mais significativas (Quadro 8, p. 110), inseridas no *corpus* da investigação, em cada uma das categorias encontradas.

Quadro 8 – Unidades de Registo¹ mais significativas por Categorias do Processo de *Empowerment* da D. Inês

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO SIGNIFICATIVAS
Potencialidades	“... p’ra mim idoso é uma pessoa que não pode fazer nada...” (E ₁)
Idade	“... se a pessoa pensar que não é (idosa), (...) que não tem tanta idade eu acho que consegue ultrapassar muitos mais obstáculos” (E ₁)
Modo de Intervenção	“... quando eu estou (em casa) sou eu sempre a dar a alimentação ao meu marido...” (E ₃)
Funções do Organismo	“... a incapacidade física é a principal dificuldade que eu tenho enquanto presto cuidados ao meu marido” (E ₃)
Segurança	“... eu tenho que planear (...) (as minhas saídas) com uma certa antecedência...” (E ₃)
Bem-estar	“... faço-o (cuido do meu marido) com prazer...” (E ₂)
Estima	“... fui sempre uma pessoa (...) que me dediquei aos outros...” (E ₁)
Afectividade	“... há muito afecto naquilo que eu faço para ele (marido)...” (E ₂)
Sistema de Suporte	“... eu não sou capaz sozinha de lidar com ele (marido) e, por isso, tinha sempre que pedir ajuda...” (E ₂)
Condição Económica	“enquanto tiver essa capacidade económica (o meu marido) ficará aqui em casa, sempre junto de mim...” (E ₂)
Estimulação	“... p’ra ser diferente (...) fui aos anos do meu neto” (E ₃)
Experiências Anteriores	“a vida cá em casa era de outra maneira (...) ele (marido) tinha a sua vida normal cá fora, eu tinha dentro de casa...” (E ₃)
Competência Percebida	“o bom de tê-lo (marido) cá em casa é eu dar-lhe o mais assistência possível, o mais carinho, o mais amor, (...) a mais dedicação” (E ₁)

À semelhança do que ocorreu com o sistema de categorias, as dimensões emergentes da observação participante são apresentadas no quadro 9.

¹ Ao longo do relatório, entende-se por (Ex) entrevista 1, 2 ou 3, por “(...)” omissão de texto e por “(texto)” adaptação ao discurso.

Quadro 9 – Dimensões emergentes da observação participante

DIMENSÕES
- Modos de Intervenção no processo de cuidados informais à pessoa idosa alvo de ADI
- Dificuldades na prestação de cuidados devido a incapacidades físicas
- Comportamentos demonstrativos de segurança/insegurança, bem-estar, sentimentos de afectividade
- Estrutura das redes de apoio social ao prestador informal
- Tipos de apoio prestado pelas redes de apoio social
- Comportamentos demonstrativos de existência /ausência de estímulos na vivência do cuidado informal
- Dinâmica das alterações/manutenção do estilo de vida do prestador informal

4.2.2 – D. Isabel

A D. Isabel, prestadora informal que refere existir impacto do cuidado que desenvolve no seu dia-a-dia e que se encontra muito satisfeita com o facto de cuidar do seu marido, tem 77 anos de idade, não sabe ler e escrever e não trabalha.

O sistema de categorias do processo de *empowerment* da D. Inês é apresentado no quadro 10.

Quadro 10 – Sistema de Categorias do Processo de *Empowerment* da D. Isabel

TEMA	DIMENSÃO	CATEGORIA
VALORES	Pessoa Idosa	Potencialidades
		Idade
	Prestador Informal	Relação Interpessoal
	Ambiente de desenvolvimento de cuidados	Espaço Interrelacional
DETERMINANTES	Fisiológica	Modo de Intervenção
		Funções do Organismo
	Psicológica	Segurança
		Bem-estar
		Estima
		Afectividade
	Sócio-cultural	Sistema de Suporte
		Condição Económica
Desenvolvimento	Estimulação	
	Experiências Anteriores	
RESULTADOS	Intrapessoal	Competência Percebida

Também no caso de D. Isabel consideramos importante apresentar as unidades de registo mais significativas em cada uma das categorias encontradas (Quadro 11).

Quadro 11 – Unidades de Registo mais significativas por Categorias do Processo de *Empowerment* da D. Isabel

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO SIGNIFICATIVAS
Potencialidades	“Considero-o (marido) idoso porque ele (...) já não é capaz de fazer aquilo que conseguia...” (E_2)
Idade	“... no meu aspecto de viver, eu imagino que é mentira (eu) ter esta idade...” (E_1)
Relação Interpessoal	“... aquele amor que a gente (prestadores informais) ganha pela pessoa (que é cuidada), é uma loucura!” (E_2)
Espaço Interrelacional	“... se os nossos maridos chegam a faltar, faz conta que é uma casa sem luz, mesmo doentinho como ele ‘tá...” (E_2)
Modo de Intervenção	“... ponho-o (marido) a fazer xixi, ponho-o a fazer cocó, limpo-lhe o rabo...” (E_3)
Funções do Organismo	“... ele (marido) não come sozinho porque começa a tremer com o mal e depois entorna o comer todo” (E_3)
Segurança	“... ando sempre, sempre com aquela preocupação dele (marido) ‘tar sozinho, com medo de que ele precise de qualquer coisa ou que lhe dê alguma coisa...” (E_3)
Bem-estar	“... cuido dele (marido) coitadinho, com muita satisfação...” (E_1)
Estima	“... ele (marido) reconhece aquilo que eu lhe faço...” (E_1)
Afectividade	“... sinto-me com carinho p’ra tratar dele (marido)...” (E_1)
Sistema de Suporte	“tudo isto (as ajudas) vai influenciar o modo como trato do meu marido...” (E_2)
Condição Económica	“... vá lá p’ra onde for, gaste o dinheiro que gastar, é preciso é chegar...” (E_1)
Estimulação	“... tenho fé em Deus que ainda vejo o meu marido a andar” (E_2)
Experiências Anteriores	“... antigamente tinha tempo p’ra ver televisão e até via, antigamente tinha tempo p’ra fazer uns <i>picots</i> e até fazia...” (E_3)
Competência Percebida	“... acho que ele (marido) aqui em casa ‘tá melhor porque tem outro carinho...” (E_1)

Tal como no caso de D. Inês, as dimensões emergentes da observação participante são apresentadas no quadro 12.

Quadro 12 – Dimensões emergentes da observação participante

DIMENSÕES	
-	Modos de Intervenção no processo de cuidados informais à pessoa idosa alvo de ADI
-	Dificuldades na prestação de cuidados devido a incapacidades físicas
-	Comportamentos demonstrativos de segurança/insegurança, bem-estar, sentimentos de afectividade
-	Estrutura das redes de apoio social ao prestador informal
-	Tipos de apoio prestado pelas redes de apoio social
-	Comportamentos demonstrativos de existência /ausência de estímulos na vivência do cuidado informal
-	Dinâmica das alterações/manutenção do estilo de vida do prestador informal

4.2.3 – D. Leonor

A D. Leonor, prestadora Informal que refere existir bastante impacto do cuidado que desenvolve no seu dia-a-dia e que se encontra bastante satisfeita com o facto de cuidar do seu pai, tem 55 anos de idade, é casada, possui o ensino básico primário completo e não trabalha.

O sistema de categorias do processo de *empowerment* da D. Inês é apresentado no quadro 13.

Quadro 13 – Sistema de Categorias do Processo de *Empowerment* da D. Leonor

TEMA	DIMENSÃO	CATEGORIA
VALORES	Pessoa Idosa	Idade
		Pré-determinação
	Prestador Informal	Relação Interpessoal
DETERMINANTES	Fisiológica	Modo de Intervenção
		Funções do Organismo
	Psicológica	Segurança
		Bem-estar
		Estima
		Afectividade
	Sócio-cultural	Sistema de Suporte
		Condição Económica
	Desenvolvimento	Estimulação
		Experiências Anteriores
RESULTADOS	Intrapessoal	Competência Percebida

Para além da apresentação do sistema de categorias, também as unidades de registo mais significativas são apresentadas, em cada uma das categorias encontradas, no quadro 14.

Quadro 14 – Unidades de Registo mais significativas por Categorias do Processo de *Empowerment* da D. Leonor

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO SIGNIFICATIVAS
Idade	“(ser idoso) é uma idade que nós temos que respeitar” (E_1)
Pré-determinação	“... de velho não se escapa...” (E_1)
Relação Interpessoal	“(o prestador informal cuida melhor) Por ser uma pessoa da nossa família, do nosso sangue” (E_1)
Modo de Intervenção	“... tenho que lhe (pai) dar o banho...” (E_3)
Funções do Organismo	“... vejo muito mal...” (E_1)
Segurança	“... ’tou sempre em cuidados (...) que lhe (pai) dê qualquer coisa ou que ele precise de qualquer coisa” (E_3)
Bem-estar	“... cuidar do meu pai p’ra mim é positivo” (E_1)
Estima	“ele (pai) achou que estava melhor na minha companhia” (E_1)
Afectividade	“... tudo o que eu puder fazer (ao meu pai), tudo o que tiver ao meu alcance, farei de coração...” (E_1)
Sistema de Suporte	“(as ajudas que tenho) não interferem muito no cuidar do meu pai” (E_2)
Condição Económica	“... o meu irmão devia de me dar alguma coisa (dinheiro) p’ra ajudar...) porque eu preciso e não sou filha única e ele (irmão) não precisa...” (E_1)
Estimulação	“... acho que é uma virtude (cuidar do meu pai), uma obra que eu estou a fazer, (...) é uma obra que Deus quer e que eu faço com o amor a Deus e pela felicidade da minha filha” (E_3)
Experiências Anteriores	“... cuidar de idosos fazia parte do meu trabalho...” (E_3)
Competência Percebida	“... se eu tivesse mais calma, se eu tivesse mais feliz (...) transmitia mais alegria p’ró meu pai e ele (...) ficava também mais alegre...” (E_2)

As dimensões emergentes da observação participante são apresentadas no quadro 15.

Quadro 15 – Dimensões emergentes da observação participante

DIMENSÕES
<ul style="list-style-type: none">- Modos de Intervenção no processo de cuidados informais à pessoa idosa alvo de ADI- Dificuldades na prestação de cuidados devido a incapacidades físicas- Comportamentos demonstrativos de segurança/insegurança, bem-estar, sentimentos de afectividade- Estrutura das redes de apoio social ao prestador informal- Tipos de apoio prestado pelas redes de apoio social- Comportamentos demonstrativos de existência /ausência de estímulos na vivência do cuidado informal- Dinâmica das alterações/manutenção do estilo de vida do prestador informal

5 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Quando nos preparamos para passarmos à etapa do processo de investigação que visa a criação de sentidos ou a atribuição de significados aos dados na sequência da sua redução e organização (Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 1990), é fundamental um espaço de reflexão e crítica acerca do «valor» dos resultados obtidos. Neste sentido, importa analisar a questão dos critérios de cientificidade aplicados ao presente estudo, como o da credibilidade, transferibilidade, consistência e confirmabilidade (Alves-Mazzotti, 2001) e, assim, delimitar algumas limitações que o caracterizem.

No que diz respeito à credibilidade embora tenha havido a preocupação de verificar com os próprios sujeitos os significados atribuídos ao objecto em estudo, e sido promovida uma triangulação dos dados, consideramos que, por limitações de tempo para a elaboração do estudo, o período de trabalho de campo não foi suficiente para atingir a «saturação» dos dados e, desta forma, não foi possível apreender uma perspectiva mais ampla, corrigir possíveis interpretações falsas ou enviesadas e identificar com rigor distorções nas informações apresentadas pelos sujeitos.

Os critérios relativos à transferibilidade também merecem importância nesta reflexão, já que, apesar das características intrínsecas em que se suporta a investigação qualitativa, e a partir das quais já referenciámos a lógica da generalização analítica com uma especificidade e não como limitação, pela natureza da técnica de amostragem que foi utilizada, os resultados de origem quantitativa não poderão ser generalizados para a população de prestadores informais integrados no Distrito de Santarém, nem tão pouco para a população de prestadores informais cuja pessoa idosa receptora dos cuidados é alvo de ADI, uma vez que o conjunto dos 62 prestadores informais não é representativo da população da qual foi retirado.

Para além das referidas limitações, é de salientar ainda as que se relacionam com os critérios de consistência e de confirmabilidade. Deste modo, apesar da definição dos casos múltiplos visar uma análise das diferentes perspectivas de acordo com a especificidade do contexto em que os sujeitos se encontram inseridos, consideramos a existência de uma limitação na consistência e confirmabilidade dos resultados devido à

ausência, ao longo do presente processo de investigação, de uma validação dos resultados inter-observador.

Perante estas considerações passamos à fase da análise e discussão dos resultados uma certeza reforçada relativamente à definição de investigação como um processo nunca terminado e que, por isso, implica uma busca constante.

**PARTE C – OS PRESTADORES INFORMAIS DE CUIDADOS À PESSOA
IDOSA ALVO DE APOIO DOMICILIÁRIO INTEGRADO**

1 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA REDE DE APOIO INFORMAL À PESSOA IDOSA ALVO DE ADI

Num contexto de profundas e permanentes mudanças sócio-demográficas, e na presença de uma crise do Estado-Providência na gestão pública do envelhecimento, por uma ruptura da solidariedade formal, tem-se vindo a assistir a uma revitalização da importância das redes de solidariedade familiar (Fernandes, 1997). Tal facto torna-se evidente no presente estudo, quando do total dos prestadores informais apenas um não possui um grau de parentesco com a pessoa idosa, sendo também confirmado em diferentes estudos que concluem que a família é um dos principais sistemas de suporte das pessoas idosas como principal agente dos cuidados informais em Portugal (Gomes, Soares e Veiga, 1997; Mendonça, Martinez e Rodrigues 2000; Pereira, 2001; Rebelo, 1996; Sousa & Figueiredo, 2002), assim como na UE (Bris, 1994 e Salvage, 1995).

As solidariedades familiares vêm, assim, enfatizar a responsabilidade da família nos cuidados de saúde, ou seja, no desempenho da função de proteger a saúde dos seus membros e dar apoio e resposta às necessidades dos mesmos durante os períodos de doença (Stanhope, 1999).

A par desta perspectiva, no grupo de prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI, importa dar atenção à existência de uma diferenciação interna na estrutura familiar no que diz respeito ao grau de parentesco à pessoa idosa, ao sexo, à idade, ao estado civil, às habilitações literárias e à situação profissional dos mesmos.

No que se refere ao grau de parentesco, estamos perante redes de solidariedade verticais (cf. Shanas, p. 43) em que o cuidado informal à pessoa idosa alvo de ADI é concentrado no cônjuge, os filhos/as e os genros/noras apresentam também um valor relativo significativo, seguindo-se de outros parentes (sobrinhos/as, irmãos/ãs, primo/a e cunhado/a) com valores relativos muito pouco significativos. Esta hierarquia, que é igualmente defendida por Abraham & Berry (1992), Bris (1994), Rebelo (1996), Roberts et al (1999) e Rodríguez, Álvarez e Cortés (2001), retracta muito bem a visão longitudinal do ciclo de vida familiar que, ao permitir identificar pontos no desenvolvimento familiar em que ocorrem mudanças no estado e nos papéis dos seus membros, fornece ao profissional de saúde pública linhas orientadoras para avaliar as

necessidades dos prestadores informais, visando a protecção e promoção da saúde dos mesmos (Stanhope, 1999). Neste sentido, são evidenciados os estádios do envelhecimento familiar e pós-parental, que coincidem com a necessidade de cuidar dos cônjuges e dos pais, respectivamente (Watson, 1985).

Para além disto, é de frisar a importância quantitativa dos genros/noras no referido grupo dos prestadores informais que, de acordo com (Saraceno, 1992), surge devido à progressiva deterioração da relevância do parentesco associado ao princípio da consanguinidade, com um descomprometimento dos filhos/as em relação aos pais na delimitação dos deveres de cada família e indivíduo, e progressiva promoção das redes de solidariedade familiares através de princípios de residência (simbolicamente representado pela coabitação com a pessoa idosa) e de comensalidade (correspondente ao princípio da existência de um fundo comum de consumo) que se traduzem por uma ajuda de subsistência e/ou promocional. De facto, segundo Paúl (1997), muito do trabalho que é desempenhado pelos filhos é na realidade prestado pelas noras havendo vários tipos de relações entre noras e a pessoa idosa, nomeadamente, amizades baseadas na partilha de interesses profissionais, relações com o mínimo de envolvimento e relações quase de mãe/pai e filha.

A referida ruptura nos laços de coesão intergeracional também está presente no caso dos netos/as, pois o facto da desproporcionalidade entre a proximidade afectiva e a funcionalidade das relações entre a pessoa idosa e este grau de parentesco (cf. Gil, p. 43) é confirmada neste estudo quando o neto/a não representa nenhum dos sujeitos do estudo. Para Pitaud (1992) este facto traduz a fraqueza da noção de intergeração baseada no traço de união que ontem juntava avós e netos numa mesma cumplicidade, à medida que é fortalecido o encontro entre gerações atravessado por interesses e comportamentos distintos.

Tendo por base que a família é o espaço histórico e simbólico na qual e a partir do qual se desenvolve a divisão do trabalho, das competências, dos destinos pessoais de homens e mulheres (Saraceno, 1992), o cuidado informal à pessoa idosa alvo de ADI estrutura-se na diferença entre os dois sexos, sendo fortemente lateralizado (cf. Gil e Perista et al, pp. 43 e 44). Tal lateralização é caracterizada pela ênfase quantitativa das solidariedades femininas na prestação de cuidados informais à pessoa idosa alvo de ADI, qualquer que seja o grau de parentesco. As diversas fontes (Abraham & Berry, 1992; Bris, 1994; Given & Given, 1991; Mckibbon, Génèreux e Séguin-Roberge, 1996; Lee, Kim e You, 1997; Martín, Paul e Roncon, 2000; Mendonça, Martinez e Rodrigues, 2000; Paúl, 1997; Rebelo, 1996; Roberts et al, 1999; Rodríguez, Álvarez e Cortés,

2001; Salvage, 1995; Sousa & Figueiredo, 2002) são unânimes em constatar a predominância feminina na prestação de cuidados à pessoa idosa em ambiente domiciliário, sendo este facto considerado como um processo natural baseado em obrigações culturais e normativas (Gil, 1998) e está associado, de certo modo, ao espaço doméstico e privado que é, tradicionalmente, o espaço por excelência das mulheres (Hespanha, 1993).

No entanto, verifica-se que, com as mudanças progressivas em prol de uma igualdade entre os sexos, quer no mundo do trabalho, quer nas actividades sociais, tem existido uma maior abertura dos homens ao desempenho do cuidado informal, sendo este negociado entre os membros da família e, por isso, as actividades tradicionalmente associadas à mulher têm vindo a ser redistribuídas dependendo dos intervenientes e dos contextos (Bris, 1994 e Rodríguez, Álvarez e Cortés, 2001; Salvage, 1995). No presente estudo, e de acordo com os resultados obtidos por Bris (1994), o referido contexto é caracterizado pelo grau de parentesco e pelo estado civil, em que, apesar de nos filhos/as e nos genros/noras a predominância feminina seja incontestável, entre os cônjuges os homens são em número aproximado ao das mulheres, e, de entre os diferentes estados civis, os celibatários (representados por um irmão e um filho) são os únicos prestadores informais que ocupam uma posição importante no cuidado à pessoa idosa alvo de ADI.

O aumento da esperança de vida média à nascença, como variável explicativa do processo de envelhecimento demográfico (cf. p. 27), tem também contribuído para que o grupo de prestadores informais seja cada vez mais constituído por pessoas idosas (Gil, 1998). O grupo de prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI é, igualmente, constituído maioritariamente por pessoas idosas, contribuindo para isto o facto de serem predominantemente cônjuges. Para além desta associação, confirmada por diversos autores (Abraham & Berry, 1992; Bris, 1994; Rodríguez, Álvarez e Cortés, 2001), há quem defenda que o número de pessoas idosas nos prestadores informais também está associado ao fenómeno da feminização dos cuidados informais (Given & Given, 1991; Rodríguez, Álvarez e Cortés, 2001) uma vez que, sendo a esperança de vida média à nascença, e consequentes níveis de envelhecimento, superiores para o sexo feminino, presenciamos uma importância crescente das mulheres idosas (INE, 1999). Relacionada com esta última associação não podemos deixar de enfatizar uma característica muito específica do grupo dos sujeitos do estudo, pois não a encontramos descrita em nenhum estudo que tivemos acesso, que consiste no facto dos prestadores informais mais idosos, ou seja, com uma idade mais avançada, serem maioritariamente

do sexo masculino, existindo apenas uma mulher. Para finalizar a análise dos resultados relativos à idade dos prestadores informais, consideramos importante realçar, em conformidade com resultados de outros estudos (Bris, 1994 e Rodríguez, Álvarez e Cortés, 2001), a existência, embora minoritária, de um grupo de prestadores mais jovens e que estes são, principalmente, filhos/as e genros/noras.

Tendo em conta o que já foi mencionado relativamente aos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI, não é surpreendente a grande proporção de casados no conjunto de todos os prestadores, tal como referem Abraham & Berry (1992), Bris (1994), Chang (1999), Martín, Paúl e Roncon (2000), Mendonça & Martinez (2000) e Roberts et al (1999). Também relacionada com a já referida longevidade feminina, está o importante papel das viúvas no grupo dos sujeitos do estudo visto que, embora representadas por um pequeno número de prestadores informais, são o segundo estado civil, em termos quantitativos, depois dos casados. Bris (1994) realça este facto e adianta que no caso particular das filhas e das noras, há uma grande possibilidade de ficarem viúvas, indo contribuir para o aumento deste estado civil no conjunto das prestadoras informais. De acordo com isto, é de frisar que esta possibilidade também se encontra presente no grupo de filhas e noras prestadoras de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI pois, estas são, no caso das filhas, maioritariamente casadas, e no caso das noras, casadas na sua totalidade.

As habilitações literárias dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa em ambiente domiciliário é uma característica que, havendo apenas resultados relativos à mesma em dois estudos de entre os que tivemos acesso, não é suficientemente conhecida. Desta forma, tal como referem Mendonça, Martinez e Rodrigues (2000), os prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI têm, predominantemente, o ensino básico primário completo, seguindo-se os prestadores informais analfabetos que estão representados ainda com um número significativo. Para além disto importa referir que nenhum dos sujeitos do estudo possui os Cursos Médio ou Superior, indo este facto acentuar os resultados de baixas proporções de prestadores informais com estas habilitações literárias obtidos em alguns estudos (Martín, Paul e Roncon, 2000 e Mendonça, Martinez e Rodrigues, 2000). Limitando-nos apenas aos dados anteriormente apresentados, é de realçar a associação existente entre as habilitações literárias e a idade na medida em que a maioria dos analfabetos são cônjuges e os cônjuges são na sua maioria analfabetos, os filhos/as possuem, predominantemente, o ensino básico primário completo e vice-versa e, por fim, são estes últimos, bem como os genros/noras, que possuem as habilitações literárias mais elevadas.

Os diferentes papéis e funções dos prestadores informais impostos pela família enquanto estrutura, exige dos mesmos uma constante interacção com o meio exterior muitas vezes retractada pela situação profissional. No entanto, para finalizar a caracterização sócio-demográfica dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI, resta-nos referir que a acumulação de um trabalho remunerado e da função de prestação de cuidados informais não constitui o modelo predominante nos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI. Deste modo, associado uma vez mais à idade e, consequentemente, ao grau de parentesco à pessoa idosa, a maioria dos prestadores informais não trabalham, contribuindo para isso, segundo Bris (1994), o facto dos cônjuges se encontrarem reformados na maioria dos casos. Para além desta predominância, também confirmada por Abraham & Berry (1992), Bris (1994) refere ainda que os prestadores podem perfeitamente ainda ter uma actividade profissional, o que se constata igualmente entre os sujeitos do estudo mais jovens, ou seja, filhos/as e genros/noras que se encontram a trabalhar a tempo parcial. Partindo deste contexto laboral, é de salientar que o grupo de prestadores informais filhas e noras é constituído por muitas mulheres que acumulam a prestação de cuidados à pessoa idosa com o cuidar dos filhos/as e maridos, já que a maioria são casadas, e o desempenho de tarefas profissionais (Costa & Silva, 2000). Este grupo de mulheres que se encontram no «meio» é denominado por Brody (1981, citado em Mckibbon, Génereux e Séguin-Roberge, 1996) como «geração sanduíche», uma vez que elas assumem as tarefas de prestação de cuidados à pessoa idosa sem que para isso abdicuem dos outros deveres (familiares e profissionais).

O prestador informal de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI possui, desta forma, características específicas. No entanto, esta especificidade não se relaciona apenas com as qualidades sócio-demográficas, mas também com a percepção que o mesmo possui sobre a prestação de cuidados, sendo esta a análise que apresentamos de seguida.

2 – O IMPACTO DO CUIDADO E A SATISFAÇÃO EM CUIDAR : QUAL A PERCEPÇÃO DOS PRESTADORES INFORMAIS DE CUIDADOS À PESSOA IDOSA ALVO DE ADI?

Tendo por base o Modelo de Dois Factores de Lawton, o cuidado informal à pessoa idosa alvo de ADI é conceptualizado de uma forma multidimensional, podendo ser negativo e/ou positivo para os prestadores informais, de acordo com o impacto e a satisfação percebidos pelos mesmos, sendo estes associados às experiências vivenciadas enquanto sistemas activos no ambiente de desenvolvimento de cuidados (cf. Martín, Paúl e Roncon, p. 45).

Neste sentido, precedidos por um número significativo de prestadores informais que referem pouco impacto do cuidado no seu estilo de vida, o número maioritário dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI referem a existência de impacto do cuidado, percepcionando um nível médio de sobrecarga e/ou de interrupção no seu estilo vida. As consequências negativas da prestação de cuidados informais à pessoa idosa em ambiente domiciliário encontra-se bem documentada no estudo de Chang (1999) quando, citando diversos autores (Baumgarten et al, 1994; Kuhlman et al, 1991; Penrod et al, 1995), refere que os mencionados prestadores apresentam uma maior sobrecarga no seu estilo de vida relativamente aos indivíduos que não prestam qualquer tipo de cuidados informais, mas com resultados bastante abaixo dos que indicam a existência de uma patologia clínica. Os resultados obtidos no estudo de Mendonça, Martinez e Rodrigues (2000) confirmam o peso do cuidar do familiar idoso, pois também a maioria dos prestadores informais afirmaram que o facto de cuidar da pessoa idosa tinha interferido na sua vida.

Apesar dos aspectos negativos do cuidado informal serem claramente preponderantes na percepção dos prestadores informais acerca da prestação de cuidados à pessoa idosa em ambiente domiciliário, estes também afirmam existir benefícios ou aspectos positivos decorrentes da sua situação de prestação de cuidados (Bris, 1994). Tal facto encontra-se igualmente presente no grupo de prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI, em que a maioria destes referem estar bastante satisfeitos com a prestação de cuidados ao familiar idoso, seguidos daqueles que, com

alguma importância quantitativa, se encontram satisfeitos. A reforçar a bastante satisfação dos sujeitos do estudo em cuidar, Hagen & Gallagher (1996) defendem que a prestação informal de cuidados a um membro familiar idoso e incapacitado pode ser bastante recompensador e gratificante. Também Archbold, Stewart, Greenlick e Harvath (1990, citados em Given & Given, 1991), identificaram a existência de satisfação no grupo de prestadores informais à pessoa idosa em ambiente domiciliário à qual denominaram de «recompensas da prestação de cuidados», sendo descrito que os mesmos possuíam a capacidade de encontrar um significado e um valor para a sua própria situação de cuidados.

Relacionando o impacto e a satisfação, verifica-se que na percepção dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI, tal como referem Rajagopal, Brody e Kleban (1992, citados em Chang, 1999), os aspectos positivos e negativos da prestação de cuidados não são entendidos como opostos mas antes como paralelos, sendo que nunca se cruzam entre si, pois a maioria dos prestadores informais que referem a existência de impacto no seu estilo de vida encontram-se bastante satisfeitos, o mesmo acontece com aqueles que referem a existência de bastante impacto, o único prestador informal que refere muito impacto encontra-se satisfeito e a proporção de prestadores informais que se encontram muito satisfeitos com a situação de cuidado à pessoa idosa é superior naqueles que referem pouco impacto em relação aos que percebem nenhum impacto. Os resultados do estudo desenvolvido por Chang (1992) apoiam a ideia do «canal paralelo» pois indicam uma diminuição na satisfação sem que haja alteração do impacto, bem como os do estudo de Lawton et al (citados em Chang, 1992) em que níveis elevados de envolvimento do prestador informal de cuidados resultam num aumento da satisfação e também num aumento do impacto.

Especificando o modo como o cuidado à pessoa idosa alvo de ADI interfere no estilo de vida do prestador informal, o grupo de sujeitos do estudo referem predominantemente a existência da sobrecarga da dependência de tempo, enquanto subvalorizam as sobrecargas social e emocional (cf. Novak & Guest, p. 46). Neste sentido, a dificuldade em planear o futuro, face à imprevisibilidade das necessidades da pessoa idosa ao longo do tempo, e a falta de privacidade por necessidade de um cuidado permanente são as principais causas de sobrecarga referidas pelos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI, e que contribuem para que o cuidado que é desenvolvido tenha muito ou bastante impacto no estilo de vida dos mesmos. Estes

modos de sobrecarga e/ou interrupção no estilo de vida encontram-se descritos em diversos estudos (Bris, 1994; Costa & Silva, 2000; Rebelo, 1996).

No que diz respeito à satisfação percebida, os prestadores informais retractam que o grande motivo de satisfação no cuidado que prestam é de natureza psicológica, com especial ênfase no laços de afectividade, sendo assim que a grande maioria dos mesmos referem gostar muito de estar junto da pessoa idosa e terem muito apreço em cuidar. Este resultado está de acordo com o que vários autores defendem, entre eles encontram-se Lee, Kim e You (1997), quando no estudo relatam que os prestadores informais no domicílio desenvolvem uma melhor inter-relacção com a pessoa idosa alvo dos seus cuidados.

Na tentativa de compreender a dinâmica do impacto e satisfação no processo de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI, conforme é percebido pelos prestadores informais, importa analisar a variação dos mesmos com o sexo, estado civil, grau de parentesco à pessoa idosa. De facto, as mulheres percebem o impacto em níveis superiores ao dos homens, podendo ser uma explicação para tal o facto de que os homens tenham mais probabilidade de receber ajuda externa, ao contrário das mulheres que são consideradas como necessitando menos de ajuda quer pela família, quer pelas redes formais (Paúl, 1997). Para além disto, é de salientar que apesar dos cônjuges do estudo e, conseqüentemente, a maioria dos casados, referirem menor impacto, Paúl (1997) e Bris (1994) defendem que estes são mais vulneráveis a problemas psicológicos.

3 – O PROCESSO DE *EMPOWERMENT* DOS PRESTADORES INFORMAIS ENQUANTO SISTEMAS ACTIVOS NO PROCESSO DE CUIDADOS À PESSOAS IDOSA ALVO DE ADI

O processo de *empowerment* dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI é um espelho da natureza holística que os define enquanto seres em constante interacção/ajustamento com o meio onde se encontram inseridos sendo, simultaneamente, consequências e causas nesse processo.

Neste contexto, numa análise de cariz individual, o processo de *empowerment* destes prestadores é traduzido por uma inter-relação que envolve valores, determinantes e resultados.

Estando centrados no processo de interacção que ocorre entre o prestador informal de cuidados e a pessoa idosa, inseridos num ambiente específico, que é o domiciliário num contexto de apoio integrado, perspectivamos interpretar os sentidos que aquele que cuida atribui a esse processo de interacção. Não sendo este processo estanque,

o sentido (...), liga-se a toda a situação de vida e, consoante o vivido dos costumes ou a impregnação das crenças, assim estimula ou inibe a pessoa. (...) o sentido não tem, necessariamente, uma orientação única, a de um desejo ou de um não desejo. A maior parte das vezes situa-se numa encruzilhada de um desejo e de um contradesejo: o desejo de que qualquer coisa aconteça e ao mesmo tempo de que não aconteça (Collière, 1999, p. 302).

Assim, tendo por base o seguinte quadro desenvolveremos toda uma análise de comparação entre os casos.

Quadro 16 – Relação entre as dimensões e as categorias por área temática

TEMA	DIMENSÃO	CATEGORIA
VALORES	Pessoa Idosa	Potencialidades
		Idade
		Pré-determinação
	Prestador Informal	Relação Interpessoal
	Ambiente de desenvolvimento de Cuidados	Espaço Interrelacional
DETERMINANTES	Fisiológica	Modo de Intervenção
		Funções do Organismo
	Psicológica	Segurança
		Bem-estar
		Estima
		Afectividade
	Sócio-cultural	Sistema de Suporte
		Condição Económica
	Desenvolvimento	Estimulação
		Experiências Anteriores
RESULTADOS	Intrapessoal	Competência Percebida

3.1 – VALORES

Os valores são considerados elementos estruturais no processo de *empowerment* dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI (cf. Zimmerman, p. 59). Estes são, em grande parte, derivados da interacção social, emergindo de um sistema de crenças ou ideologias, específicas de cada indivíduo, que tem como objectivo reger a sua própria conduta o que, por sua vez, interfere no papel que o prestador informal desempenha enquanto sistema activo no processo de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI (Paúl, 1997; cf. Zimmerman, p. 56).

Numa relação com o mundo e as coisas, a análise dos valores oferece-nos uma rede de significados que traduzem a prática simbólica subjacente ao cuidado informal, isto é, uma prática que resulta da articulação entre o objecto da acção (percebido) e o sistema de disposições do prestador informal (cf. Bacatum, Vieira e Costa, p. 59; Rebelo, p. 60).

Com tudo isto, queremos referir que a prática do cuidado informal à pessoa idosa alvo de ADI constrói-se pela representação que o prestador informal faz da pessoa idosa, de si próprio, e do ambiente de desenvolvimento dos cuidados, à medida que fundamentam simbolicamente a sua acção (Quadro 16).

3.1.1 – Pessoa Idosa

Todos nós, com certeza, temos uma representação de pessoa idosa formada a partir da nossa observação, da nossa vivência ou daquilo que nos é transmitido pela família e sociedade. Surge, assim, o conceito de pessoa idosa como algo que se modifica à medida que o envolvimento é vivenciado, consoante o contexto social em que a pessoa se insere, sendo este, um fenómeno cultural que se altera no tempo e no espaço, e como tal, mutável e dinâmico (Zimerman, 2000).

Neste sentido, verifica-se que os prestadores informais, na construção da sua identidade enquanto cuidadores em ambiente domiciliário, conceptualizam a pessoa idosa através de um conjunto de representações que foram integradas nas categorias, potencialidades, idade e pré-determinação, de acordo com a natureza do seu constructo (Quadro 17).

Quadro 17 – Relação entre a dimensão Pessoa Idosa e as categorias emergentes

TEMA	DIMENSÃO	CATEGORIA
VALORES	Pessoa Idosa	Potencialidades
		Idade
		Pré-determinação

Potencialidades

A velhice é certamente um fenómeno normal, mas leva a um aumento da fragilidade e da vulnerabilidade (Cordeiro, 1999).

Concebendo a pessoa idosa numa perspectiva sistémica, naquilo que Neuman preconiza, o envelhecimento produz alterações inevitáveis e irreversíveis no sistema cliente idoso. Estas mudanças variam de indivíduo para indivíduo, mas, quase sempre, representa uma alteração no bem-estar fisiológico, conceptualizado como a perda de flexibilidade e da capacidade de adaptação das linhas de defesa, representando a capacidade de defesa do sistema. As outras dimensões do sistema cliente idoso (psicológica, sócio-cultural, de desenvolvimento e espiritual) poderão ou não sofrer modificações com o desenrolar do processo de envelhecimento, tudo dependerá das vivências anteriores deste sistema e da forma de encarar esta nova etapa de desenvolvimento, positiva ou negativamente (Peirce e Fulmer, 1995).

Numa perspectiva de que o envelhecimento pode significar um tempo de perdas, incapacidades e dependências (Paschoal, 1999), D. Inês e D. Isabel conceptualizam a pessoa idosa como alguém que se encontra num processo de perda das potencialidades

humanas: “... p’ra mim idoso é uma pessoa que não pode fazer nada...” (D. Inês, E₁) e “Considero-o (marido) idoso porque ele (...) já não é capaz de fazer aquilo que conseguia...” (D. Isabel, E₂). Este processo de perda de potencialidades na pessoa idosa assume diferentes sentidos.

Deste modo, o envelhecimento biológico da pessoa é enfatizado por D. Isabel quando focaliza o seu discurso na perda do vigor físico associado ao envelhecimento do marido: “... agora acho o meu marido mais idoso, porque ele não se mexe, não se levanta, (...) não consegue comer sozinho...” (E₂). Esta prestadora informal explica ainda o processo de perda de potencialidades por variáveis sociais, evidenciando o envelhecimento social do marido quando refere “... dantes não, dantes não o (marido) considerava por idoso porque ele era um homem p’ra trabalhar, um homem que apresentava-se bem, era bem parecido...” (E₂).

Por outro lado, além das alterações no corpo, o envelhecimento traz ao ser humano uma série de mudanças psicológicas (Zimmerman, 2000), sendo estas que suportam a representação que D. Inês tem da pessoa idosa, ou seja, como alguém envelhecida psicologicamente, com perda de potencialidades cognitivas: “... uma pessoa idosa exactamente é aquela que não tem já possibilidades de (...) comandar...” (E₂).

Importa ainda referir que, do discurso das prestadoras informais D. Inês e D. Isabel, emerge também a representação de que, tal como refere Berger (1995), as alterações da idade nem sempre são previsíveis, e resultam não só do processo de senescência normal (envelhecimento primário), mas também da doença (envelhecimento secundário). Deste modo, a perda de potencialidades associada à existência de doença/dependência tem um papel predominante na representação da pessoa idosa: “... desde o momento que ele (marido) adoeceu, perdeu as faculdades, tornou-se idoso” (D. Inês, E₂) e “... sinto-o (marido) mais idoso, é pela doença, é pela doença” (D. Isabel, E₂).

Idade

De acordo com Birren (1980, citado em Cordeiro, 1999) o envelhecimento refere-se às mudanças regulares que ocorrem em organismos maduros, à medida em que avançam na idade cronológica.

No entanto, Paschoal (1999) defende que a noção de envelhecimento cronológico torna-se um pouco arbitrária uma vez que o aparecimento dos sinais deste processo ocorre em diferentes idades cronológicas e, por isso, o envelhecimento,

enquanto processo, pode ocorrer em qualquer idade. Deste modo, as prestadoras informais conceptualizam a pessoa idosa no sentido de que ser idoso não é ter idade: “*não me considero muito idosa, (...) tenho setenta e oito anos mas (...) não me considero assim (idosa) (...) por ter esta idade*” (D. Isabel, E₁).

Numa perspectiva sistémica, do discurso das prestadoras informais emerge os conceitos de idade psicológica e social (Cordeiro, 1999). Enquanto que D. Inês e D. Isabel enfatizam a idade psicológica, em detrimento da cronológica, referindo que na pessoa idosa o que importa é sua a postura diante a vida, a forma de ser e de buscar a própria felicidade (Zimerman, 2000): “*... no meu aspecto de viver, eu imagino que é mentira (eu) ter esta idade...*” (D. Isabel, E₁) e “*... se a pessoa pensar que não é (idosa), (...) que não tem tanta idade eu acho que consegue ultrapassar muitos mais obstáculos*” (D. Inês, E₁); D. Leonor suporta as sua representações no estatuto social da pessoa idosa, associando a idade à importância da valorização da pessoa idosa na sociedade: “*(ser idoso) é uma idade que nós temos que respeitar*” (E₁).

Pré-determinação

Envelhecer é uma característica, por enquanto inevitável, das formas de vida mais elevadas. Assim, há para todas as espécies uma duração máxima de vida própria de cada uma delas (Ermida, 1999).

Neste sentido, a pessoa idosa é conceptualizada por D. Leonor como se encontrando num estágio do ciclo de vida pré-determinado no sentido de que o envelhecimento é um processo irreversível que se inscreve no tempo entre o nascimento e a morte do indivíduo (Ponte, 1999) e, por isso, a pessoa idosa encontra-se perto do fim, na última etapa da vida: “*... de velho não se escapa...*” (E₁).

No discurso de D. Leonor surge ainda a pré-determinação do envelhecimento no sentido de que a velhice é a pior das desgraças que podem atingir o homem (Agreda, 1999), conceptualizando-a como uma etapa triste e infeliz da vida: “*acho que é... mau (ser idoso)... porque (...) na pessoa idosa (...) é tudo p’ra baixo, tudo p’ra baixo...*” (E₁).

Apresentamos de seguida a figura 10 que sintetiza a análise dos sentidos atribuídos pelas prestadoras informais à pessoa idosa.

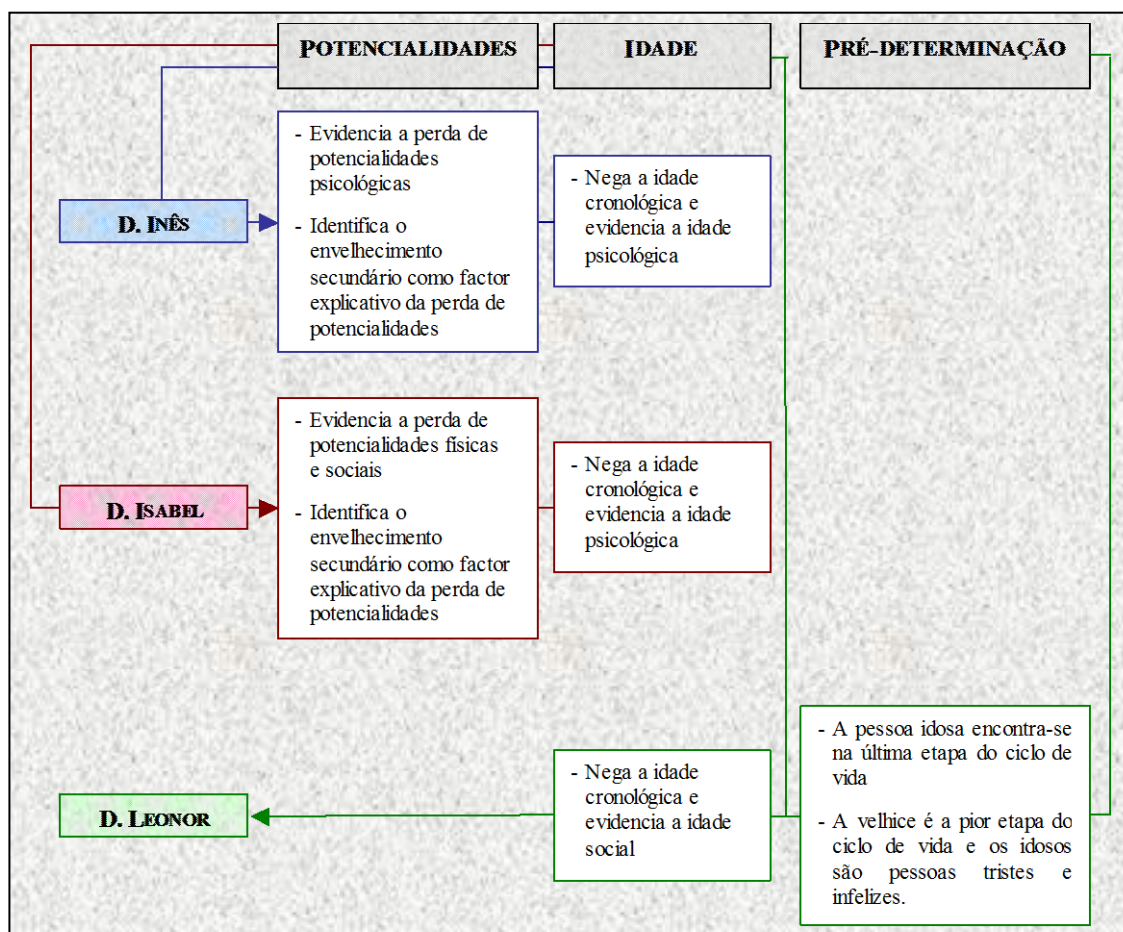


Figura 10 – Conceptualização da Pessoa Idosa

3.1.2 – Prestador Informal

A identidade do prestador informal é também suportada pelos significados da própria prestação de cuidados à pessoa idosa e refere-se a aspectos subjectivos e associações individuais atribuídas aos acontecimentos vivenciados, havendo uma interpretação individual das experiências de vida de cada um que emergem de um conjunto de valores (Rubinstein, 1989, citado em Paúl, 1997).

Sendo o cuidado informal à pessoa idosa em ambiente domiciliário um processo complexo de interacção pessoal que pressupõe uma co-participação de experiências entre a pessoa idosa e o prestador informal (cf. Carletti & Rejani, p. 39), torna-se natural que, tal como se encontra esquematizado no Quadro 18, D. Isabel e D. Leonor tenham enfatizado a relação interpessoal que estabelecem com os familiares idosos como uma especificidade do cuidado que desenvolvem.

Quadro 18 – Relação entre a dimensão Prestador Informal e as categorias emergentes

TEMA	DIMENSÃO	CATEGORIA
VALORES	Prestador Informal	Relação Interpessoal

Relação Interpessoal

O processo de interacção entre duas pessoas, é desenvolvido, segundo Ficher (1982, citado em Paúl, 1997), a partir de três tipos de envolvimento ou relação: o formal, no sentido em que envolve regras reconhecidas socialmente, com direitos e deveres recíprocos, como é o caso das relações filiais; o sentimental, quando há um sentido de preocupação e proximidade relativamente ao outro; e a troca, quando o envolvimento é no sentido de partilha de actividades, apoio emotivo ou ambos, num dar e receber recíproco.

Encontra-se, assim, subjacente ao discurso de D. Leonor a relação formal no cuidado quando esta atribui à relação interpessoal que estabelece com o seu pai o sentido de que a prestação de cuidados informais que desenvolve emerge de valores de consanguinidade: *“(o prestador informal cuida melhor) Por ser uma pessoa da nossa família, do nosso sangue” (E₁)*.

Outro tipo de relação que caracteriza a relação interpessoal entre prestador informal e pessoa idosa é o sentimental, pois quer D. Isabel, bem como D. Leonor, evidenciam a importância da efectividade no desenvolvimento do cuidado informal: *“Nós (prestadores informais) cuidamos com mais amor, com mais carinho, talvez com mais cuidados” (D. Leonor, E₁)* e *“... aquele amor que a gente (prestadores informais) ganha pela pessoa (que é cuidada), é uma loucura!” (D. Isabel, E₂)*.

Para além do tipo de relação interpessoal que desenvolvem, salientamos ainda que do discurso de D. Isabel emergem valores referentes às consequências desta relação. Tais consequências retratam a labilidade afectiva, ou seja, a instabilidade e constante mutabilidade das reacções afectivas (Luders & Storani, 1999), em que não são só os sentimentos agradáveis de carinho e amor que surgem neste processo de interacção, mas também sentimentos negativos como a revolta e o desespero: *“... a gente (prestadores informais) às vezes também desespera um bocadinho...” (E₁)* e *“... a gente (prestadores informais) também se revolta um bocadinho...” (E₂)*.

De forma a melhor compreender a presente análise, apresentamos seguidamente a figura 11, onde sistematizamos os aspectos mais relevantes da categoria emergente da dimensão Prestador Informal.

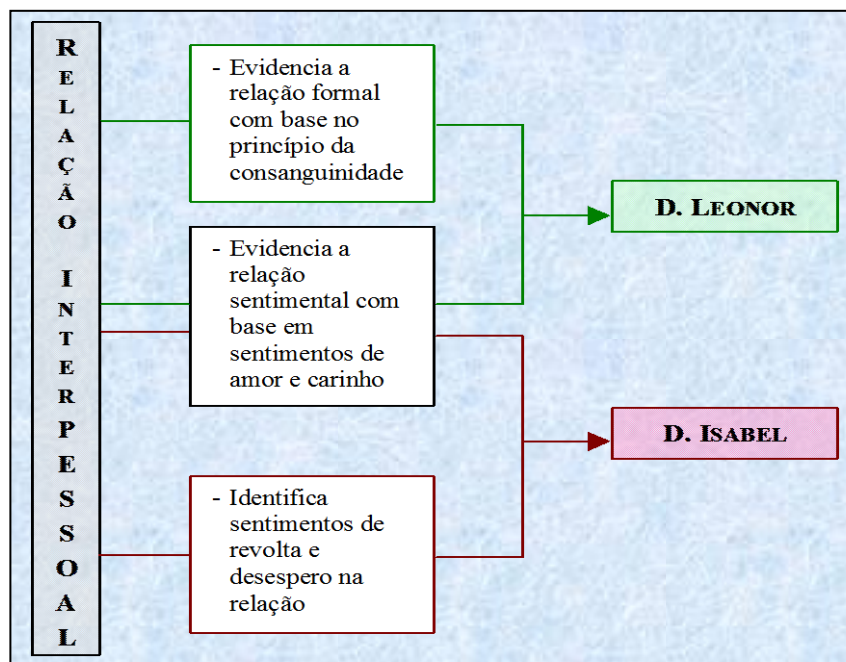


Figura 11 – Conceptualização do Prestador Informal

3.1.3 – Ambiente de desenvolvimento de cuidados

O ambiente de desenvolvimento de cuidados é neste contexto conceptualizado enquanto ambiente criado, pois resulta da troca de energia, tanto com o ambiente interno como com o externo, que se desenvolve no decorrer do processo de cuidados informais à pessoa idosa (cf. Neuman, p. 40).

Fernandes (1992, citado em Reis, 1998) reforça que em todo este processo de cuidados o ambiente envolvente desempenha um papel preponderante, uma vez que é entendido enquanto espaço social, numa perspectiva de um «campo de forças» onde os agentes sociais se definem pelas suas posições relativas, tendo em conta que todo o sistema de relação se inscreve num espaço em que se associam estreitamente o lugar, o social e o cultural.

Deste modo, o ambiente de desenvolvimento de cuidados informais, para além de ser um espaço físico, ou seja, o ambiente domiciliário, é conceptualizado como um espaço interrelacional (Quadro 19).

Quadro 19 – Relação entre a dimensão Ambiente de desenvolvimento de cuidados e as categorias emergentes

TEMA	DIMENSÃO	CATEGORIA
VALORES	Ambiente de desenvolvimento de Cuidados	Espaço Interrelacional

Espaço Interrelacional

Construído no decorrer do processo de cuidados informais à pessoa idosa, o ambiente domiciliário, enquanto espaço de desenvolvimento de cuidados, centra-se no processo de interacção que ocorre entre o prestador informal e a pessoa idosa (cf. p. 41) e, por isso, desempenha um papel importante na construção da identidade da D. Isabel como prestadora de cuidados informais ao marido: “... se os nossos maridos chegam a faltar, faz conta que é uma casa sem luz, mesmo doentinho como ele ‘tá...” (E₂).

Sendo este um espaço complexo, de adaptação activa, e que implica a articulação entre a prática e o pensamento, entre as vivências e as representações/operações simbólicas, o ambiente domiciliário enquanto espaço interrelacional é valorizado por D. Isabel como um espaço promotor de cuidados personalizados ao marido, devido ao seu potencial humanizador e adequabilidade às necessidades específicas do mesmo, ao contrário do que aconteceria num ambiente institucional: “... aqui (domicílio) sou só eu a tratar dele (marido) e lá (instituição) são muitos, são poucos a tratar de muitos” (E₁).

O ambiente domiciliário é também conceptualizado por D. Isabel como um espaço interrelacional no sentido de controlo ambiental por parte dos que nele estão inserido, nomeadamente “... isto (domicílio) é o nosso cantinho...” (E₂). Este é um aspecto positivo no cuidado informal, quer para o prestador de cuidados como para a pessoa que é cuidada, uma vez que enfatiza os laços que a díade estabelece com o espaço, com os objectos e com as pessoas que, por sua vez, constituem factores de garantia para a manutenção da identidade, do equilíbrio, ou seja da qualidade de vida dos mesmos (cf. Carletti & Rejani, p. 39).

Perante tais considerações, visando caracterizar o processo de *empowerment* dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI, na sua especificidade, procedemos à síntese do tema Valores, onde relacionamos as três dimensões emergentes com as diferentes categorias e a forma como os diferentes casos se posicionam, de acordo com os sentidos atribuídos.

Síntese do Tema – Valores

O processo de *empowerment* das prestadoras informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI é estruturado com base na concepção da pessoa idosa como alguém frágil, que se encontra num processo de perdas de potencialidades físicas, psicológicas e sociais, e no qual é também referenciada a importância da relação interpessoal no cuidado que é prestado, bem como da importância do ambiente em que este é desenvolvido enquanto potenciador de cuidados humanizados. Esta humanização é evidenciada não só pela já referida relação interpessoal, com base no princípio da consanguinidade ou em sentimentos de amor e carinho, mas também pelo espaço interrelacional promotor de equilíbrio interno.

É de salientar que o facto das prestadoras informais construírem a sua identidade, e a identidade do cuidado que desenvolvem, valorizando determinados aspectos em detrimento de outros (figura 12), retrata o ser complexo e específico que é o Homem. Esta complexidade é influenciada, e tem por base, o contexto em que cada um de nós se encontra inserido fazendo com que todo o processo de capacitação que vamos desenvolvendo durante o ciclo vital seja suportado pela forma como conceptualizamos os acontecimentos da vida.

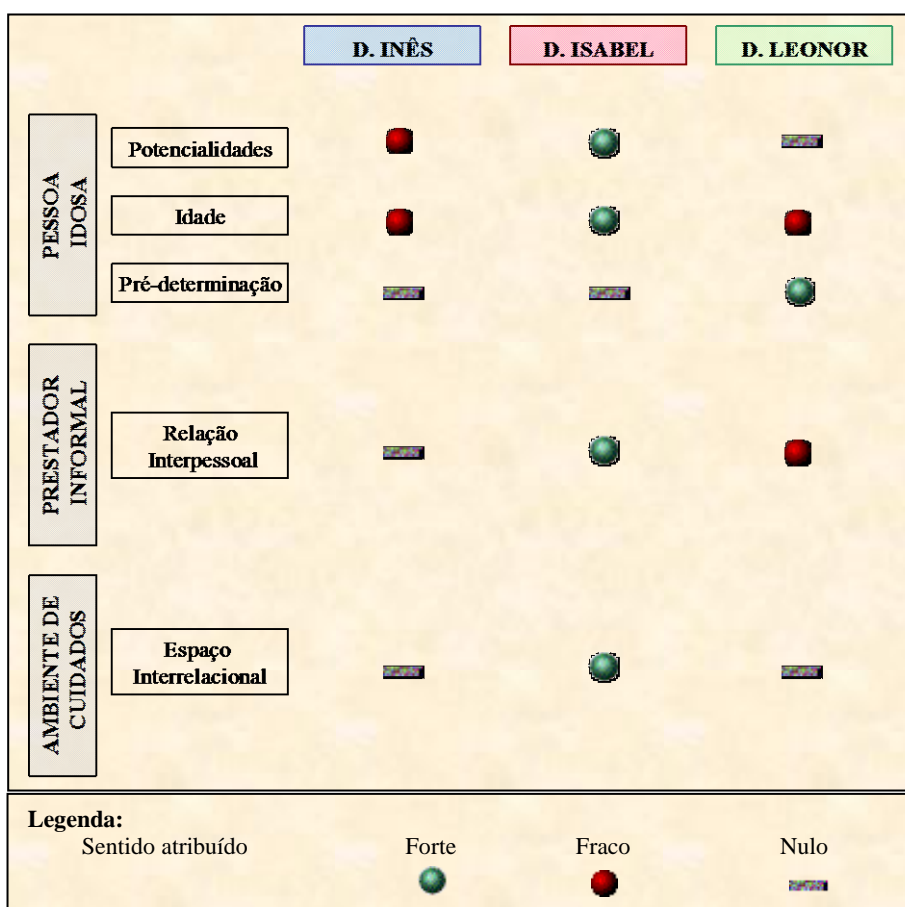


Figura 12 – Valores inerentes ao processo de *empowerment* dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI

3.2 – DETERMINANTES

O *empowerment* sendo um processo social de reconhecimento, promoção e utilização das competências pessoais para conhecer as suas próprias necessidades, resolver os seus próprios problemas e mobilizar os recursos necessários, de modo a sentir um controle nas suas vidas (cf. Gibson, p. 55), envolve, igualmente, um controle sobre os factores que afectam a sua saúde.

Inerente a esta ideia, no processo de *empowerment* dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI encontra-se a noção de determinantes de saúde que, de acordo com Loveland-Cherry (1999), dizem respeito aos factores que influenciam o risco ou a distribuição dos acontecimentos de saúde. De facto, o conhecimento, e conseqüente controle, de tais factores é fundamental na compreensão do processo de *empowerment* destes prestadores informais, pois eles, como o nome indica, determinam os mecanismos através dos quais esses mesmos prestadores desenvolvem uma atitude crítica e participam de uma forma activa nas decisões que afectam as suas vidas, ou seja, tais factores determinam os processos mediante os quais os prestadores desenvolvem resultados de saúde (cf. Zimmerman, p. 59).

Mantendo uma perspectiva sistémica, em que Neuman define os determinantes como estímulos que produzem tensões e têm o potencial de causar a instabilidade do sistema prestador informal (George, 2000), a prática do cuidado informal à pessoa idosa alvo de ADI é condicionada por determinantes de natureza fisiológica, psicológica, sociocultural e de desenvolvimento (Quadro 16, p. 128).

3.2.1 – Fisiológica

A dimensão fisiológica é entendida pelas prestadoras informais como um determinante de saúde na situação de cuidado à pessoa idosa em dois sentidos, ou seja, numa vertente intencional e não intencional. A vertente intencional diz respeito ao modo de intervenção no cuidado informal e a vertente não intencional consiste nas próprias funções do organismo.

Deste modo, no discurso das prestadoras informais surgem dois determinantes de natureza fisiológica: o modo de intervenção e as funções do organismo (Quadro 20, p. 138).

Quadro 20 – Relação entre a dimensão Fisiológica e as categorias emergentes

TEMA	DIMENSÃO	CATEGORIA
DETERMINANTES	Fisiológica	Modo de Intervenção
		Funções do Organismo

Modo de Intervenção

Numa dimensão fisiológica do cuidado informal o modo de intervenção das prestadoras informais, tendo a tónica na relação interpessoal, é definida pelo significado ou índole de sustento e manutenção da vida, reabastecendo-a permanentemente em energia (cf. Collière, p. 40).

Integrados numa vertente de cuidados de manutenção encontram-se cinco categorias de cuidados: os cuidados antecipatórios, que incluem comportamentos ou decisões baseados na antecipação de possíveis necessidades (é um acontecimento mental e é intencionalmente invisível); os cuidados preventivos, no sentido de evitar a doença, as complicações e a deterioração física; os cuidados de supervisão, que correspondem a um envolvimento directo e activo e é habitualmente reconhecido como o olhar pela pessoa idosa; os cuidados instrumentais, nos quais se incluem o fazer por ou assistir para manter a integridade física e o estado de saúde da pessoa idosa (está relacionado com o bem-estar físico, com o corpo); e os cuidados protectores, que têm a ver com a protecção relativa ao que não pode ser evitado (Paúl, 1997).

Em conformidade com o que emerge do discurso, da observação das práticas diárias de D. Inês, D. Isabel e D. Leonor, os cuidados à pessoa idosa, numa dimensão fisiológica, são caracterizados essencialmente por cuidados instrumentais baseados em actividades relativas aos cuidados de higiene e conforto [“... *tenho que lhe (pai) dar o banho...*” (D. Leonor, E₃)], que inclui o arranjar e o vestir da pessoa idosa, aos cuidados de alimentação [“... *quando eu estou (em casa) sou eu sempre a dar a alimentação ao meu marido...*” (D. Inês, E₃)], aos cuidados de mobilização, aos cuidados na eliminação vesical e intestinal [“... *ponho-o (marido) a fazer xixi, ponho-o a fazer cocó, limpo-lhe o rabo...*” (D. Isabel, E₃)], demonstrando segurança e agilidade na sua execução.

Para além dos cuidados instrumentais, todas as prestadoras informais prestam cuidados de supervisão permanecendo grande parte do tempo perto da pessoa idosa verificando a satisfação da mesma relativamente às necessidades fisiológicas, supervisionando a medicação a tomar e planeando, quando necessário, o apoio formal (marcação de consultas clínicas e de enfermagem, marcação de exames complementares de diagnóstico).

É de salientar que a prestação de cuidados informais desenvolvida por D. Inês e D. Isabel realça também cuidados preventivos. Estes cuidados dizem respeito, no caso de D. Inês, à utilização de cama articulada, colchão anti-escaras e a aplicação de pomadas e produtos de higiene específicos visando a promoção da integridade cutânea do marido que se encontra acamado, e o providenciar de fisioterapeuta particular que, duas vezes por semana, vai ao domicílio promover exercícios musculares e articulares de forma a que o seu marido possua um tónus muscular e uma mobilidade articular em estado normal de acordo com as suas limitações [“... o meu marido precisa de exercício” (E₁)]. D. Isabel ao longo da prestação de cuidados ao seu marido previne o acentuar da dependência física do mesmo ao o incentivar a deambular, pelo que adquiriu um andarilho [“*Anteontem fui-lhe (marido) comprar um andarilho, tal é a força de vontade que eu tenho dele não deixar de andar...*” (E₂)] e incentiva-o a mobilizar-se no leito alternando os decúbitos.

Funções do Organismo

Se a consciência discursiva das prestadoras informais nos sugere as funções do organismo como um determinante de saúde, pela compreensão dos comportamentos observados, parece-nos ser atribuído por D. Inês, D. Isabel e D. Leonor o significado de que a prestação de cuidados informais é determinada pela existência de incapacidades físicas por parte das mesmas, bem como das pessoas idosas receptoras dos cuidados.

Neste sentido, D. Inês expressa “... a incapacidade física é a principal dificuldade que eu tenho enquanto presto cuidados ao meu marido” (E₃), e de facto apresenta grandes dificuldades na mobilização do marido (alternância de decúbitos enquanto deitado e passagem do cadeirão para a cama e vice-versa), sendo incapaz de o fazer sozinha, devido à pouca força muscular que sente nos membros.

D. Isabel, de forma semelhante à prestadora informal anterior, também apresenta dificuldades em actividades que requerem um maior esforço físico, como o auxílio na deambulação do marido dentro do espaço de casa e fora, no quintal, devido à diminuição da força muscular e, conseqüentemente, dor generalizada nos membros inferiores.

D. Leonor, apresentando uma grande incapacidade visual [“... vejo muito mal...” (E₁)], a interferência no cuidado é mais generalizada, sendo ao nível do desempenho de todos os cuidados prestados ao pai (higiene e arranjo do pai, preparação da comida e medicação, limpeza e arrumação da casa), como ao nível da sua vida individual (dificuldade na realização das compras devido à dificuldade na contagem do dinheiro,

insegurança rodoviária, tarefas bancárias e preenchimento de documentos e lida doméstica).

Importa ainda referir que todas estas incapacidades, e consequentes dificuldades, podem ser, por sua vez, determinadas por incapacidades físicas das pessoas idosas receptoras dos cuidados. D. Inês presta cuidados ao marido que se encontra totalmente dependente nas actividades de vida, inconsciente, com pouca reacção a estímulos verbais e muito pouco comunicativo [“*ele (marido) não tem possibilidade de comandar os seus membros e não tem vontade...*” (E₃)]; D. Isabel presta cuidados ao marido que também se encontra totalmente dependente, embora consciente e orientado no tempo e no espaço e bastante comunicativo [“*... ele (marido) não come sozinho porque começa a tremer com o mal e depois entorna o comer todo*” (E₃)]; e D. Leonor presta cuidados ao pai que, sendo parcialmente dependente, é autónomo na deambulação e, por isso, vai à casa-de-banho sozinho e passeia no quintal apenas com o apoio de um auxiliar de marcha (bengala), e mantém força e coordenação dos membros superiores permitindo-lhe comer sozinho.

Como síntese dos determinantes de saúde de natureza fisiológica, apresentamos a figura 13.

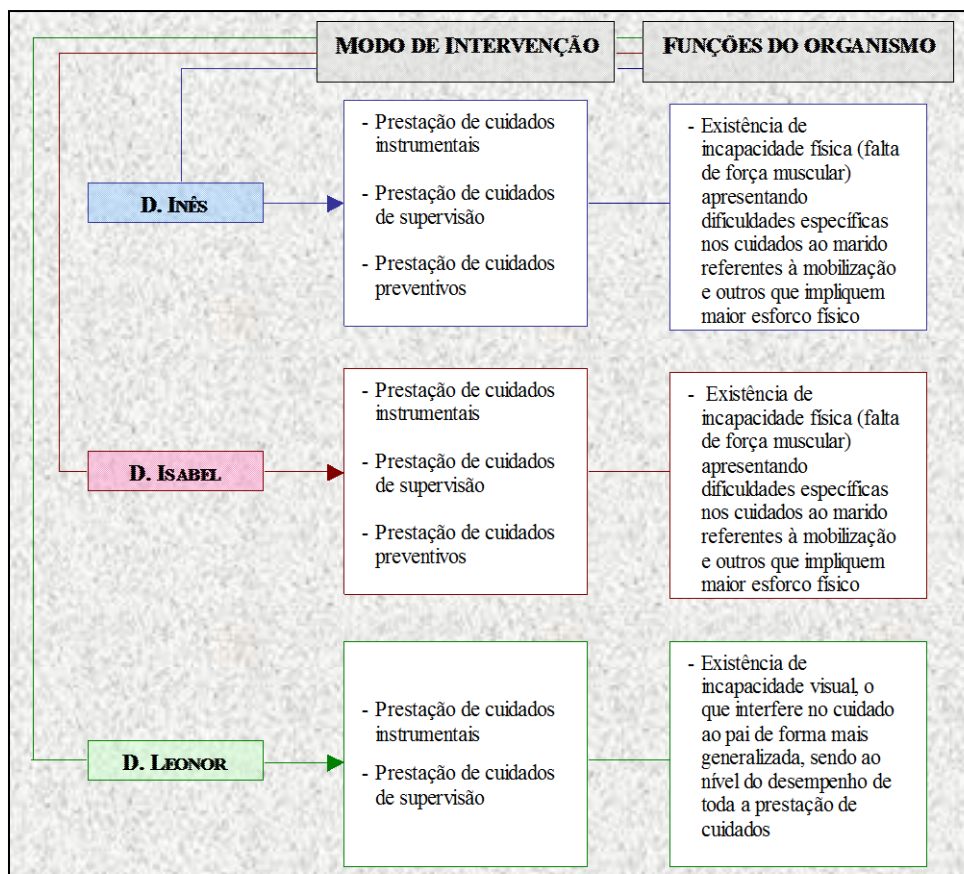


Figura 13 – Determinantes de saúde de natureza fisiológica

3.2.2 – Psicológica

A dimensão psicológica refere-se a processos mentais e relacionamentos (cf. George, p. 48) e, como tal, para os prestadores informais o cuidado à pessoa idosa envolve determinantes emocionais que, de acordo com o discurso de D. Inês, D. Isabel e D. Leonor, encontram-se integrados nas categorias de segurança, bem-estar, estima e afectividade que passamos a analisar (Quadro 21).

Quadro 21 – Relação entre a dimensão Psicológica e as categorias emergentes

TEMA	DIMENSÃO	CATEGORIA
DETERMINANTES	Psicológica	Segurança
		Bem-estar
		Estima
		Afectividade

Segurança

Maslow declara que as necessidades de segurança incluem a confiança, a estabilidade e a protecção, sendo esta sensação de tranquilidade e de um estado livre de sentimentos de medo, ansiedade e apreensão correspondente a uma segurança psicológica (Atkinson & Murray, 1989).

A consciência que as prestadoras informais têm deste facto é consonante com o observado na prática, sendo diversos os significados de segurança/insegurança psicológica caracterizados pelas acções vivenciadas pelas prestadoras informais.

De facto, a sensação de tranquilidade por um estado livre de sentimentos de medo e ansiedade não é vivenciada por D. Isabel e D. Leonor, que em conformidade com o que refere Pereira (2001), demonstram uma preocupação permanente devido ao medo/receio de que algo de mau possa acontecer aos seus familiares idosos nos períodos de ausência [“... *ando sempre, sempre com aquela preocupação dele (marido) ‘tar sozinho, com medo de que ele precise de qualquer coisa ou que lhe dê alguma coisa...*” (D. Isabel, E₃); “... *’tou sempre em cuidados (...) que lhe (pai) dê qualquer coisa ou que ele precise de qualquer coisa*” (D. Leonor, E₃)]. A retractar esta insegurança, D. Isabel quando sai de casa para ir ao supermercado, cemitério ou ao centro de saúde nunca demora muito tempo, recusa-se a sair de casa por períodos mais longos e continuados, quando se encontra no quintal a cavar, a cuidar das flores e dos animais, ou em casa na lida doméstica, e ouve o chamar do marido, larga tudo o que está fazer e vai logo até junto do mesmo, incentivando-o a permanecer durante o dia numa divisão entre a cozinha e o quintal tendo, por isso, um acesso mais directo e

rápido ao local onde este se encontra. D. Leonor, de forma semelhante, vai sempre a fugir a qualquer lado (lar de idosos, igreja, supermercado, cemitério, banco), também se recusa a sair de casa por longos períodos, e a primeira coisa que faz quando chega a casa é procurar pelo pai verificando o seu estado.

Pelo contrário, D. Inês não transporta para a sua vivência este sentido de insegurança, uma vez que mobiliza o planeamento, tendo em conta a dimensão temporal, assim como o tipo de actividades a realizar, enquanto estratégia geradora de segurança: “... *(quando saio) tem que ser tudo planeado.*” (E₁) e “... *eu tenho que planear (...) (as minhas saídas) com uma certa antecedência...*” (E₃). Este facto foi comprovado na prática, pois a D. Inês desfruta de períodos de ausência do domicílio, com alguma frequência, vivenciando-os com tranquilidade, sendo que este comportamento se torna visível nas deslocações em passo decidido, mas calmo, sem que verbalizasse constantemente a necessidade urgente de voltar para casa.

Para além do referido, importa salientar que a D. Isabel evidencia um outro sentido de insegurança, que neste caso diz respeito à falta de confiança que esta coloca nos cuidados prestados ao marido desenvolvidos por outrém, quando comparados com a qualidade percebida dos cuidados prestados por si: “*Confio mais em mim...*” (E₂) e “... *acho que ninguém tratava tão bem dele (marido) como a mim*” (E₃). Tendo por base este sentir, nos períodos de observação verificou-se que a D. Isabel nunca pediu a ninguém para a substituir nos seus cuidados.

Esta forma de cingir os laços de confiança à díade prestador informal/pessoa idosa também é vivenciada por aqueles que são receptores de cuidados, pois quer o marido de D. Isabel, como o pai de D. Leonor, são mencionados por ambas, no sentido da segurança acrescida que sentem ao serem cuidados pelos seus prestadores primários, receando o facto de poderem verem-se privados dos mesmos: “... *(o meu marido) tem muito medo que eu adoça*” (D. Isabel, E₂) e “... *quando vou a qualquer lado (o meu pai) diz sempre «não te demores, eu só ‘tou bem contigo ao pé, tu és o meu anjo da guarda»*” (D. Leonor, E₁).

Bem-estar

Do discurso das prestadoras informais emerge o bem-estar como um determinante de saúde de índole psicológica. Neste sentido, verificou-se que as três prestadoras vivenciam o cuidado informal com bem-estar, reflectindo-se em frases como, “... *faço-o (cuido do meu marido) com prazer...*” (D. Inês, E₂), “... *cuido dele*

(marido) coitadinho, com muita satisfação...” (D. Isabel, E₁) e “... *cuidar do meu pai p’ra mim é positivo*” (D. Leonor, E₁).

A D. Inês demonstra esse bem-estar na sua prática diária, através da valorização de todas as acções e comportamentos do seu marido [“... *tiro o melhor partido possível da situação*” (E₃)], num âmbito mais abrangente do cuidado prestado, englobando reacções afectivas ou reacções que se aproximam, de alguma forma, do seu modo de estar anterior à situação de cuidados. De facto, a D. Inês expressa alegria aquando da verbalização de «palavras engraçadas» por parte do marido, quando o mesmo demonstra apetite ingerindo a totalidade dos alimentos que ela lhe dá, permanece sentado no cadeirão com uma postura alinhada ou a olha com um fâcies expressivo (sorriso), ou ainda quando lhe responde de forma mais abrupta.

No caso da D. Isabel e da D. Leonor, o sentimento de bem-estar, fundamentado em termos de “*gosto também de idosos e gostava de tratar (...) de pessoas velhinhas...*” (D. Isabel, E₁) e “... *sempre gostei de velhinhos*” (D. Leonor, E₁), é comprovado aquando da observação da sua expressão de alegria, interesse e disponibilidade demonstradas e capacidade de escuta no relacionamento com os idosos, bem como do reforço positivo das potencialidade de vida dos mesmos.

Para além deste vector, nos casos anteriores, o bem-estar surge ainda fundamentado pelo fâcies alegre e gestos de ternura para com o receptor de cuidados, em resposta à valorização dada pelo mesmo relativamente aos cuidados que elas lhes prestam: “... *fico muito contente com todo o valor que ele (marido) me dá...*” (D. Isabel, E₃) e “... *sinto-me bem, em ele (pai) sentir-se melhor comigo...*” (D. Leonor, E₃).

Estima

A estima é mais do que um sentimento positivo, é uma avaliação ou julgamento do valor de uma pessoa referindo-se à forma pela qual a pessoa se vê a si própria ou ao outro (Atkinson & Murray, 1989). Os mesmos autores (1989) referem ainda que Maslow subdividiu a necessidade de estima em dois subconjuntos, isto é, um conjunto que inclui as qualidades necessárias para sentir e acreditar que se tem valor (desejos de força, realização, perícia, competência, confiança e independência), e outro que inclui as qualidades de prestígio, dignidade e apreciação, que requerem uma interacção com outros.

Deste modo, do discurso das prestadoras informais emergem os sentidos de auto e hetero-estima. Relativamente ao primeiro, enquanto que a D. Isabel evidencia o sentido de perícia/competência no cuidado que presta, “... *eu imagino que sou uma*

“pessoa competente a cuidar do meu marido...” (E₁), a D. Inês e a D. Leonor expressam a auto-estima por intermédio do desejo de realização: “... fui sempre uma pessoa (...) que me dediquei aos outros...” (D. Inês, E₁) e “... eu sempre (...) me dediquei aos velhinhos, aos doentes...” (D. Leonor, E₁).

No que diz respeito à hetero-estima, esta é realçada por D. Isabel e D. Leonor com o sentido de dignidade/apreciação, como qualidades que lhes são atribuídas pelos receptores de cuidados, apresentando-se descritas em termos de, “... ele (marido) reconhece aquilo que eu lhe faço...” (D. Isabel, E₁) e “ele (pai) achou que estava melhor na minha companhia” (D. Leonor, E₁).

Afectividade

A afectividade é a compreensão e a aceitação que se tem para com os outros (Atkinson & Murray, 1989). No desenvolvimento do cuidado informal à pessoa idosa alvo de ADI, encontra-se subjacente a afectividade como característica da relação entre o prestador informal e o receptor de cuidados: “... há muito afecto naquilo que eu faço para ele (marido)...” (D. Inês, E₂); “... sinto-me com carinho p’ra tratar dele (marido)...” (D. Isabel, E₁) e “... tudo o que eu puder fazer (ao meu pai), tudo o que tiver ao meu alcance, farei de coração...” (D. Leonor, E₁).

Embora desempenhe em todos os casos um papel primordial no processo de cuidados, a afectividade é vivenciada por cada prestadora informal de forma diferente. Assim, comum às três prestadoras informais de cuidados, surgem alguns sentimentos mobilizados na relação interpessoal que têm por base laços afectivos, tais como, o amor e/ou a ternura: “ternura, muita ternura, muito amor que eu tenho por ele (marido)” (D. Inês, E₃); “a única coisa que eu considero boa é eu ter forças p’ra o ajudar, esta força interior, (...) este amor por ele (marido)...” (D. Isabel, E₃) e “o meu pai tem o meu amor...” (D. Leonor, E₃). Estes sentimentos foram verificados na prática relacional através de carícias faciais e mimos, que englobam a preocupação em confeccionar e comprar os alimentos, bem como as guloseimas, que lhes são de mais agrado e a verbalização de palavras carinhosas ou de lisonjeio.

Também o sentimento de pena, enquanto vivência da afectividade, surge referenciada por D. Isabel e D. Leonor, no sentido de caracterizar a forma como perspectivam a situação actual em que se encontram os familiares receptores dos seus cuidados: “... sinto muita pena pelo meu marido, (...) tenho muita pena dele...” (D. Isabel, E₁) e “... sinto pena, muita pena do meu pai...” (D. Leonor, E₁). Mantendo a ênfase no estado actual em que se encontram os receptores dos seus cuidados, do

discurso da D. Isabel emerge ainda o sentido da afectividade como recompensa, pois “... dou-lhe (marido) mais carinho que o que lhe dava antes...” (E₂).

Para além disto, importa ainda referir que, da observação das práticas, a afectividade surge como uma característica intrínseca a todas as prestadoras informais de cuidados, pois, de facto, as mesmas três demonstram amor e ternura para com os familiares, D. Inês e D. Isabel para com as ajudantes familiares, enfermeiras e todos aqueles que as ajudam de alguma forma nos cuidados prestados, e D. Isabel e D. Leonor para com as pessoa idosas no geral, durante as suas idas aos Centro de Dia e Lar, respectivamente.

Por outro lado, pela observação, tornou-se também evidente a falta de afecto sentida por D. Leonor por parte daqueles, familiares e não familiares, que a rodeiam, com excepção do seu pai que é a única pessoa com quem sente que a afectividade é recíproca. Deste modo, D. Leonor, chorando, verbaliza, frequentemente, no seu dia-a-dia que o pai tem muito afecto por ela e ela por ele, mas que os familiares (marido, filha e irmão) não têm e não lhe dão amor.

Numa sistematização dos sentidos aqui analisados, apresentamos a figura 14.

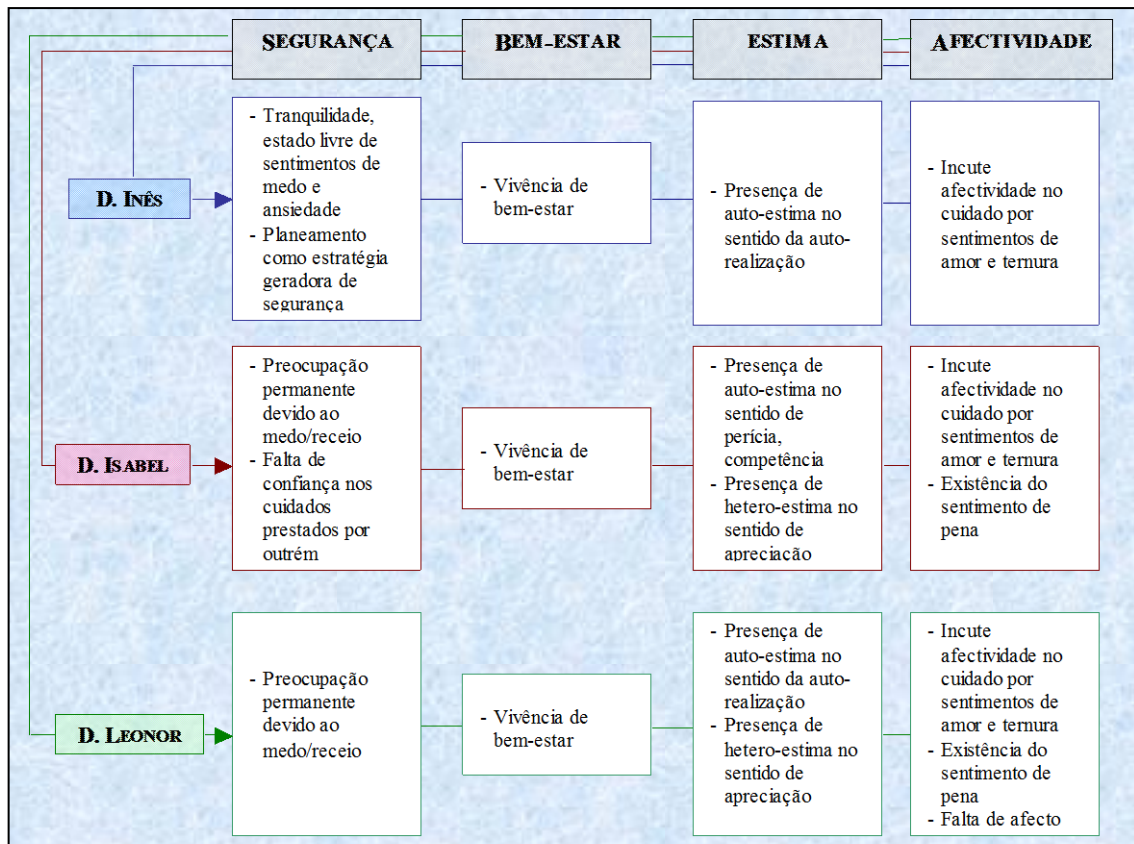


Figura 14 – Determinantes de saúde de natureza psicológica

3.2.3 – Sócio-cultural

O homem não é um ser isolado no mundo, tem necessidade de se relacionar com os outros e com o mundo que o rodeia e, por isso, a dimensão sócio-cultural, revestida pelas expectativas e actividades sociais e culturais dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI (cf. George, p. 48), também foi evidenciada como determinante do processo de *empowerment* dos mesmos.

Tais expectativas e actividades sociais e culturais são focadas por D. Inês, D. Isabel e D. Leonor, através das categorias sistema de suporte e condição económica, representando para este efeito a abrangência da dimensão (Quadro 22).

Quadro 22 – Relação entre a dimensão Sócio-cultural e as categorias emergentes

TEMA	DIMENSÃO	CATEGORIA
DETERMINANTES	Sócio-cultural	Sistema de Suporte
		Condição Económica

Sistema de Suporte

Um sistema de suporte é uma rede de apoio social, ou seja, um conjunto de pessoas ligadas por um conjunto de laços, formando uma rede social, limitada do ponto de vista analítico e que formam uma única estrutura integrada (Wellman, 1981, citado em Paúl, 1997).

Tendo por base esta definição, podemos ainda referir que as interações, dentro deste conjunto complexo e evolutivo das redes de apoio, incluem o dar e receber e reflectem as necessidades e os recursos dos seus membros, sendo assim que surgem, “... eu não sou capaz sozinha de lidar com ele (marido) e, por isso, tinha sempre que pedir ajuda...” (D. Inês, E₂), “tudo isto (as ajudas) vai influenciar o modo como trato do meu marido...” (D. Isabel, E₂) e “(as ajudas que tenho) não interferem muito no cuidar do meu pai” (D. Leonor, E₂).

Numa análise estrutural destas redes, as prestadoras informais de cuidados à pessoa idosa, encontram-se inseridas, por via desta última, num contexto social e político de respostas integradas, como é o ADI. Deste modo, torna-se fácil compreender o facto da rede de apoio social das prestadoras informais ser coincidente ou paralela, face à rede de apoio às pessoas idosas, assumindo, igualmente, duas dimensões, a rede informal e a rede formal (cf. Gil, p. 37).

Pela prática do cuidado observado, enquanto que a rede de apoio formal é comum às três prestadoras informais, sendo constituída pelas ajudantes familiares que,

provenientes dos serviço social, ajudam, diariamente, duas vezes por dia (de manhã e à tarde) e pela enfermeira que, proveniente do serviço de saúde, vai ao domicílio quando solicitada, por outro lado, os elementos da rede de apoio informal são diferentes de caso para caso. D. Inês recebe a ajuda dos filhos, durante os fins-de-semana, da empregada doméstica, diariamente, das 9h00 às 17h00, de uma empregada da quinta, todas as noites, das 22h00 às 23h00, e da irmã que a ajuda, frequentemente, sempre que solicitada. Por sua vez, D. Isabel recebe auxílio, esporádico, de uma vizinha e da rendeira, diário da neta, por contacto telefónico, e, frequentemente, do afilhado e de um vizinho. Por último, D. Leonor beneficia do apoio esporádico do marido, da rendeira, e de duas amigas, em que uma é por contacto telefónico.

Para além da estrutura, é fundamental analisar o tipo de apoio dado pelos diversos elementos da rede, podendo este ser de índole instrumental, que pressupõe a ajuda física, e/ou de índole psicológica, relacionado com o bem-estar psicológico (Paúl, 1997). Neste sentido, a D. Inês é a prestadora informal que beneficia de um leque de apoio mais alargado e sustentado, pois do tipo instrumental, recebe ajuda das ajudantes familiares, dos filhos e da empregada da quinta, que auxiliam nos cuidados de higiene e de posicionamento do marido, da enfermeira que presta cuidados técnicos (desalgaliação), da empregada doméstica que confecciona os alimentos, realiza a limpeza da casa e o arranjo da roupa, assim como da irmã que presta cuidados de supervisão ao seu cunhado nos períodos de ausência da prestadora primária; e do tipo psicológico, que envolve o suporte por parte dos filhos, irmã e empregada doméstica, os quais lhe proporcionam um espaço de partilha e desabafo, transmitindo as alegrias e as tristezas deste processo de cuidados.

A D. Isabel, recebe apoio instrumental das ajudantes familiares nos cuidados de higiene corporal e no vestuário do marido, a enfermeira que presta cuidados técnicos (administração de injectáveis), do afilhado que realiza as tarefas de conservação e manutenção da casa que impliquem o dispêndio de um maior esforço físico (por exemplo, pintar a casa), o vizinho que lhe transporta as compras mais pesadas (leite, detergente para a roupa, o arroz, entre outros) até ao domicílio, e a vizinha ou a rendeira que prestam cuidados de supervisão ao seu marido, na sua ausência; e apoio psicológico por parte da neta, afilhado, a vizinha e a rendeira, que, à semelhança da D. Inês, lhe permitem comunicar emoções e sentimentos vivenciados, através de um processo de relação de ajuda e partilha.

A D. Leonor que, obtendo apoio instrumental por parte das ajudantes familiares no banho semanal do pai, na confecção dos alimentos às três refeições e na higiene e

arranjo do vestuário do mesmo, do enfermeiro nos cuidados técnicos (realgiação), do marido na limpeza da casa, da rendeira que presta cuidados de supervisão ao pai na sua ausência, e de uma amiga que lhe facilita graciosamente alguns alimentos (pão, bolos secos e fruta); e apoio psicológico apenas das amigas com as quais chora e ri, partilhando, desta forma, as angústias e alegrias que transporta consigo nos seus papéis de esposa, mãe e filha, é a prestadora informal que possui uma rede de apoio menos sustentada.

Condição Económica

Tal como defendem Gomes, Soares e Veiga (1997) e Bris (1994), os custos económicos decorrentes do cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio, são sentidos como elevados e, por isso, a condição económica constitui-se como um determinante social no processo de *empowerment* das prestadoras informais de cuidados à pessoa idosa. Desta forma, emerge dos seus discursos o sentido da condição económica enquanto elemento estruturante das redes sociais de apoio, pois a prestação de cuidados informais à pessoa idosa representa uma sobrecarga económica que pode, ou não, ser suportada pelos prestadores informais. De facto, apesar de D. Inês e D. Isabel considerarem existir no seu dia-a-dia uma sobrecarga económica, referem a possibilidade de suportá-la, respectivamente, “*enquanto tiver essa capacidade económica (o meu marido) ficará aqui em casa, sempre junto de mim...*” (E₂) e “*... vá lá p’ra onde for, gaste o dinheiro que gastar, é preciso é chegar...*” (E₁).

Pelo contrário, D. Leonor considera existir uma sobrecarga económica que não consegue suportar, referindo “*... o meu irmão devia de me dar alguma coisa (dinheiro) p’ra ajudar...*) porque eu preciso e não sou filha única e ele (irmão) não precisa...” (E₁).

À semelhança do aconteceu nas anteriores dimensões, segue-se a figura 15, na qual se encontram sistematizados os determinantes do processo de *empowerment* de natureza sócio-cultural.

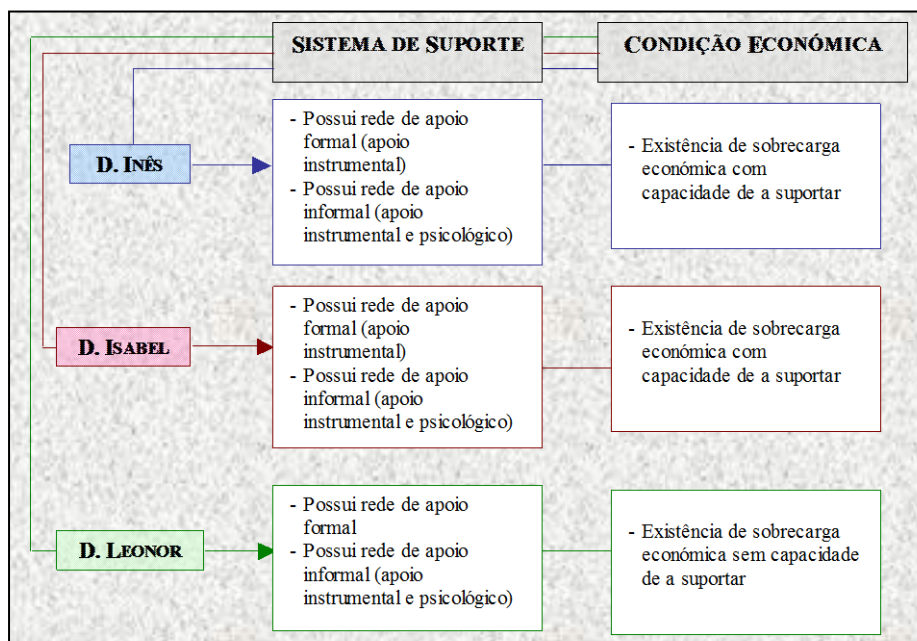


Figura 15 – Determinantes de saúde de natureza sócio-cultural

3.2.4 – Desenvolvimento

A dimensão desenvolvimento caracteriza-se por ser referente aos processos relativos ao desenvolvimento durante o ciclo de vida (cf. George, p. 26), sendo que nestes casos em concreto, D. Inês e D. Isabel encontram-se no estágio de envelhecimento familiar e D. Leonor no estágio pós-parental. A vivência destas etapas do ciclo vital, que surge como um desafio permanentemente instável, pressupõe a interacção constante de todas as dimensões aqui analisadas (Peirce e Fulmer, 1995), e é caracterizada pelas mesmas através das categorias estimulação e experiências anteriores (Quadro 23).

Quadro 23 – Relação entre a dimensão Desenvolvimento e as categorias emergentes

TEMA	DIMENSÃO	CATEGORIA
DETERMINANTES	Desenvolvimento	Estimulação
		Experiências Anteriores

Estimulação

Estimular é criar meios de manter a mente, as emoções, as comunicações e os relacionamentos em actividade, criando uma postura de busca constante, de realizar actividades, de sentir-se alguém, para com isso ser parte integrante e activa do seu grupo. A estimulação, ao envolver uma interacção entre a pessoa e o meio, visa ampliar

o ambiente interno e externo, ou seja, o ambiente criado, contribuindo para a satisfação, valorização e integração na família e sociedade (Zimmerman, 2000).

Deste modo, o ambiente criado envolvente à prestação de cuidados informais à pessoa idosa alvo de ADI é ampliado/reduzido pela presença/ausência de diversos estímulos ou perspectivado através de desejos que conduzam aos mesmos.

D. Inês refere a existência de solidão [“às vezes sinto-me sozinha” (E_1)], embora enfatize que este sentimento não a acompanha durante o dia, mencionando que “... durante o dia não sinto solidão...” (E_1), o que foi comprovado através da observação, verificando-se que se encontra inserida num ambiente recheado de estímulos de natureza sócio-cultural. Tais estímulos envolvem as actividades lúdicas observadas no domicílio, como ver televisão, ler, ouvir música, ver revistas de decoração, fazer costura e trabalhos manuais, as conversas mantidas com a empregada doméstica e o referenciado convívio social, de âmbito mais restrito, “... p’ra ser diferente (...) fui aos anos do meu neto” (E_3), bem como de âmbito mais geral, “... ir à Ópera, ou ir ouvir um concerto, ou ir a uma exposição...” (E_3).

Ainda no que diz respeito ao sentimento de solidão, a D. Leonor verbaliza também a existência de solidão [“sinto-me realmente sozinha...” (E_1)], mas ao contrário do que acontece com D. Inês, os períodos de observação comprovaram que o seu discurso é um espelho do seu dia-a-dia pois, o único contacto verdadeiramente relacional que estabelece é com o seu pai, já que o marido, com quem também convive diariamente, não dá atenção à sua necessidade de conversar e de desabafar; e o único contacto social frequente que desenvolve é a ida ao lar, no qual vai à missa e visita as pessoas idosas com quem gosta de conversar. Encontrando-se gasta, cansada, sem forças para continuar a vida [“’tou gasta, ’tou sem forças, gasta em todos os aspectos, físico, psicológico, tudo...” (E_3)], D. Leonor apresenta como único estímulo para a realização de cuidados as crenças espirituais: “... acho que é uma virtude (cuidar do meu pai), uma obra que eu estou a fazer, (...) é uma obra que Deus quer e que eu faço com o amor a Deus e pela felicidade da minha filha” (E_3). Neste caso, podemos referir que é do sagrado que o crente espera todo o socorro e todo o êxito, no sentido da «fé-recompensa» (Gomes, Soares e Veiga, 1997).

Relativamente a D. Isabel, o sentimento de solidão não foi observado, nem tão pouco referido, pois, à semelhança do que acontece com D. Inês, o ambiente criado é ampliado por um conjunto diversificado de estímulos sócio-culturais observados, como o convívio com as várias pessoas que se dirigem a sua casa, quer para visitar o marido, quer para lhe comprarem flores, hortaliças, coelhos e ovos, as actividades lúdicas que

desenvolve durante o dia, como a limpeza e o arranjar da casa ou o arranjo do quintal. Para além destes estímulos, a D. Isabel obtém satisfação nas actividades de cuidado do dia-a-dia através das crenças de ordem espiritual, constituindo-se estas como um instrumento no qual deposita a fé na «cura» do marido [“... *tenho fé em Deus que ainda vejo o meu marido a andar*” (E₂)] e do qual retira o seu *leit motiv* para continuar a cuidar fazendo face às provas e às dificuldades da existência, referindo “... *continuo com fé, tenho fé e se calhar é ela que me dá esta força toda...*” (E₁). Podemos assim realçar o sentido da «fé-esperança», enquanto experiência humana complexa, mas essencial à vida, através da qual se pode esperar e se deve acreditar que existem soluções para as suas necessidades, conjugando-se este conceito com o já descrito, de «fé-recompensa» (Gomes, Soares e Veiga, 1997).

Experiências Anteriores

Por experiências anteriores entende-se que é tudo o que se constitui ao longo do tempo, individual e colectivamente, na intimidade das pessoas, no seu corpo, inteligência, imaginário e sensibilidade, na confrontação quotidiana com o real e com a necessidade de se resolver problemas de toda a espécie (Pineau, 1991, citado em Costa, 1998).

Reflexo desta perspectiva surge, da opinião das prestadoras informais de cuidados, o sentido das experiências anteriores como forma de retractar as alterações introduzidas no seu estilo de vida devido à situação de cuidados informais, assim como justificação para os padrões de vida mantidos.

Neste sentido, o facto de D. Inês coordenar a lavoura da quinta, ser responsável pelo pagamento das despesas da casa e da quinta, tendo que realizar uma série de actividades burocráticas, trata-se de uma alteração do seu estilo de vida uma vez que é referido pela mesma que “*a vida cá em casa era de outra maneira (...) ele (marido) tinha a sua vida normal cá fora, eu tinha dentro de casa...*” (E₃), o ter pouco tempo para dar apoio aos restantes familiares também constitui uma alteração já que a D. Inês refere que “...*'tava permanentemente ocupada ou com os meus netos (...) ou preocupada com as minhas filhas...*” (E₃). Por outro lado, o já analisado bem-estar vivenciado por D. Inês na situação de cuidado informal, e os laços de amor e ternura que caracterizam a sua relação interpessoal com o marido são justificados pelo “...*muito amor que ele (marido) me deu...*” (E₃), e o ênfase que é dado na perda de potencialidades psicológicas no processo de envelhecimento poderá ser justificado pela recordação que D. Inês tem das potencialidades anteriores do marido: “... *(o meu*

marido) tinha muita vitalidade, tinha muita energia, era uma pessoa que gostava imenso de ir p'ra todo o lado...” (E₂) e “... (o meu marido) era uma pessoa muito extrovertida que encantava toda a gente, que era uma simpatia p'ra toda a gente...” (E₂).

No caso de D. Isabel, o facto desta, actualmente, não ver televisão e não fazer renda, são alterações nas actividades de lazer que ocorreram devido à situação de cuidar, pois a mesma menciona que “... *antigamente tinha tempo p'ra ver televisão e até via, antigamente tinha tempo p'ra fazer uns picots e até fazia...*” (E₃), o facto de não ter tempo para cuidar de si própria, não indo ao cabeleireiro ou não indo comprar roupa, tendo sempre como prioridade as necessidades do marido, também constitui uma alteração ao seu estilo de vida, pois refere que “... *gostava muito de me arranjar, (...) era um bocadinho vaidosa também...*” (E₃) e, por último, a preocupação permanente devido ao medo/receio de que algo de mau possa acontecer ao seu marido nos períodos de ausência é uma situação recente no seu dia-a-dia já que “... *dantes não pensava na morte...*” (E₃). No que diz respeito aos factos da D. Isabel, não sair de casa por períodos longos e verbalizar que não sente necessidade de passear está relacionado com hábitos anteriores, como “... *saía sempre com o meu marido, nunca fui sozinha, nem ele nunca foi sozinho sem mim...*” (E₃) e “*já não andava muito pela rua antes do meu marido 'tar doente...*” (E₃), e de nunca pedir a ninguém para a substituir nos seus cuidados justificase com forte relação que existe entre os dois: “... *agarrámo-nos muito um ao outro...*” (E₃).

Do discurso de D. Leonor evidencia-se apenas a justificação para a afectividade como uma característica intrínseca à sua personalidade, na medida em que refere que “... *cuidar de idosos fazia parte do meu trabalho...*” (E₃).

De seguida apresentamos a figura 16 que sintetiza os determinantes de saúde de natureza de desenvolvimento.

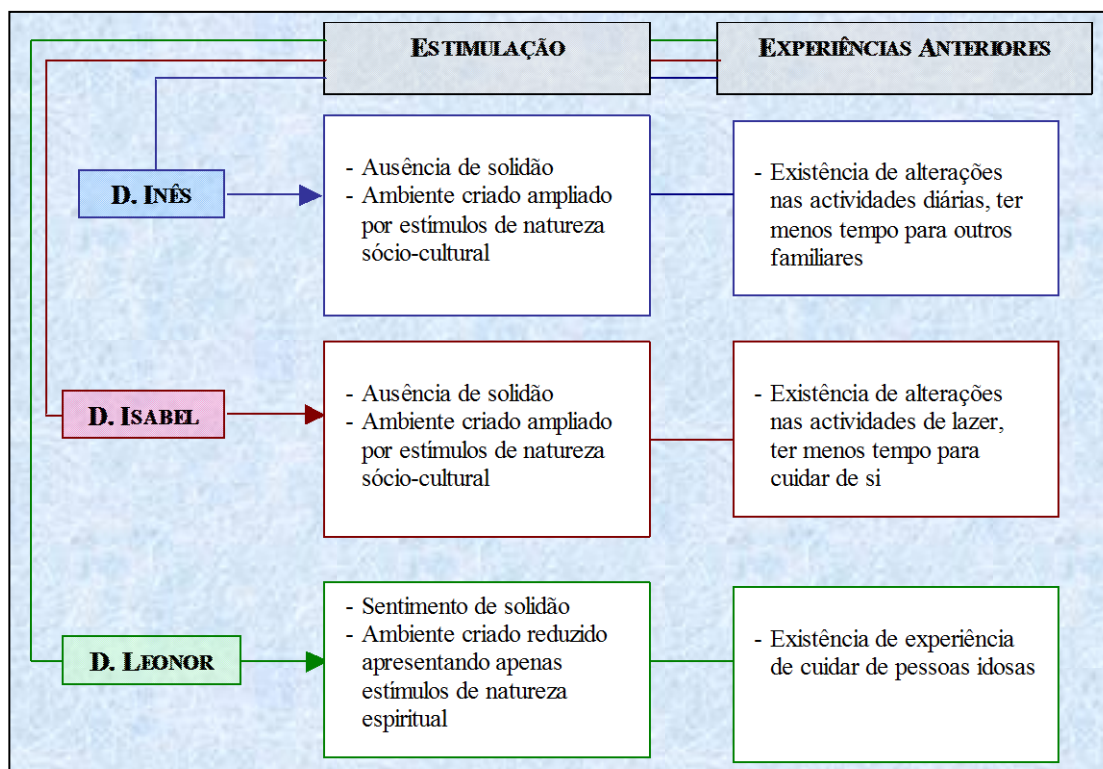


Figura 16 – Determinantes de saúde de natureza de desenvolvimento

Síntese do Tema – Determinantes

Tal como o *empowerment* é um determinante de efectividade de programas de Promoção da Saúde, também o seu processo é condicionado por determinantes. Estes últimos dizem respeito aos determinantes de saúde dos prestadores informais, que como seres biopsicossociais, possuem em constante interacção determinantes de natureza fisiológica, psicológica, sócio-cultural e de desenvolvimento.

O conhecimento de tais factores torna-se fundamental para o processo de *empowerment*, pois uma possível futura intervenção que vise a referida capacitação dos prestadores informais no desempenho de cuidados à pessoa idosa, deve incidir nos mesmos, ou seja, no ambiente criado. Esta perspectiva de diagnóstico de situação permite-nos enveredar num processo de estimativa do risco que, actualmente, exerce um importante papel nas intervenções no âmbito da Promoção e Protecção da Saúde.

Analisando os diversos determinantes, e no intuito da estimativa do risco de saúde, podemos referir que a satisfação percebida pelas três prestadoras poderá estar relacionada com a experiência de bem-estar e de auto-estima que todas vivenciam na situação de cuidado informal. Por outro lado, na mesma linha de análise, as diferenças do nível de impacto entre cada caso poderá estar relacionado com a especificidade de cada contexto em que se encontram inseridas, como por exemplo a

esfera de segurança, os laços de afectividade, as próprias incapacidades físicas, a condição económica e, o muito importante, sistema de suporte.

Deste modo, como podemos observar na figura 17, D. Inês, que é a prestadora informal que refere a existência de pouco impacto, atribui e vive um sentido positivo em todos os determinantes, enquanto que D. Leonor, que é a prestadora informal que refere sentir muito impacto, atribui e vive a prestação de cuidados ao familiar num sentido forte e fraco.

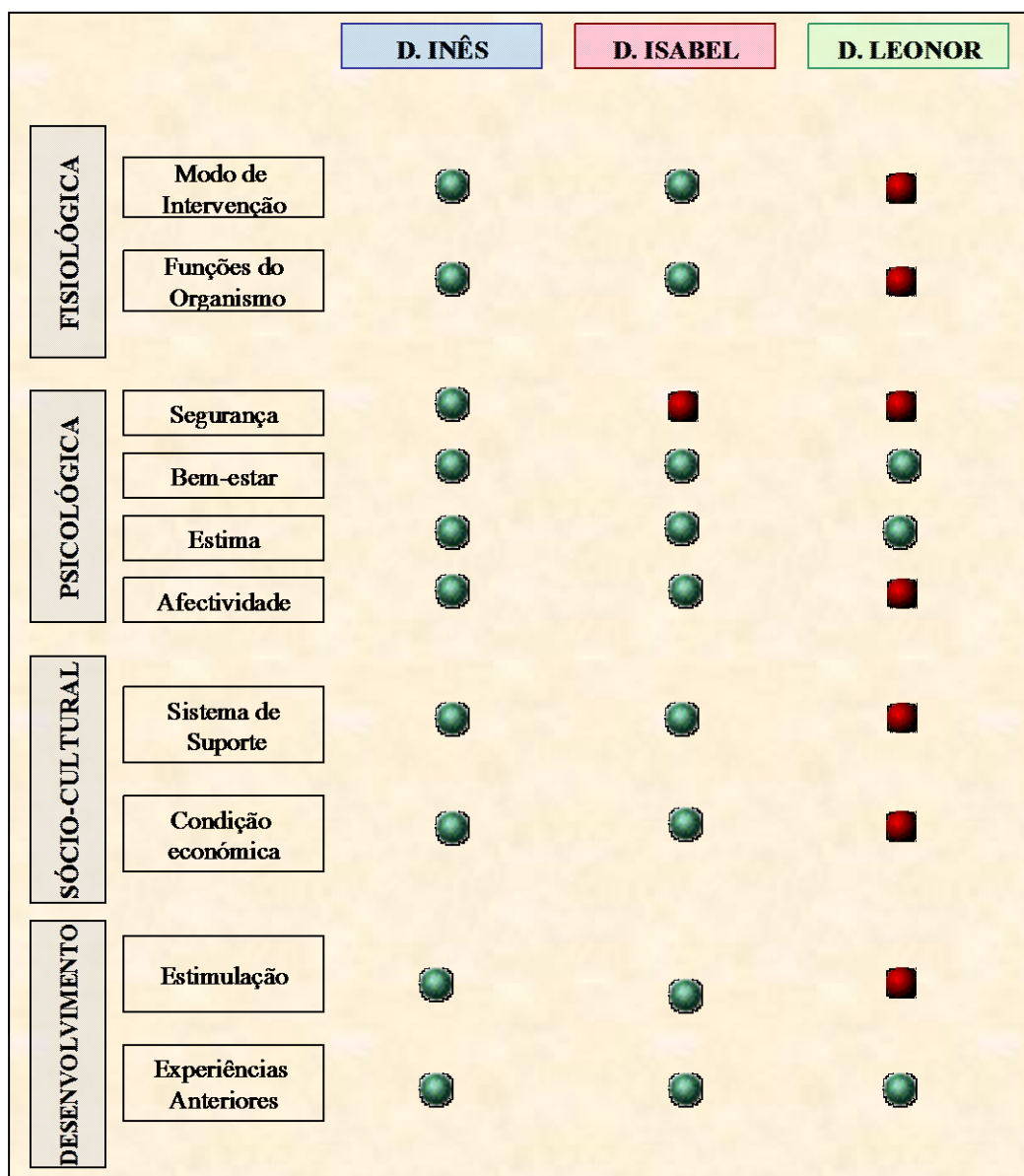


Figura 17 – Determinantes do processo de *empowerment* dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI

3.3 – RESULTADOS

Rappaport (cf. p. 55) define *empowerment* como a aquisição de controle ou domínio sobre as suas vidas, podendo ser expresso ao nível dos sentimentos, das ideias sobre o próprio valor e de se acreditar ser capaz de fazer a diferença.

Este conceito de *empowerment*, que conduz à noção da existência de resultados após a intervenção sobre os determinantes, contribui para o retrato de uma pessoa que acredita ter capacidade para influenciar um dado contexto, que entende como o sistema opera nesse contexto e que adopta comportamentos para exercer controle nesse contexto (cf. Zimmerman, p. 59).

Neste sentido, também o processo de *empowerment* dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI é constituído por resultados embora apenas na componente intrapessoal (Quadro 16, p. 128) .

3.3.1 – Intrapessoal

A componente intrapessoal refere-se à percepção que cada um tem sobre a sua capacidade de influência, incluindo processos intrapsíquicos nas áreas da personalidade, cognição e motivação (cf. Zimmerman; Warschausky, p. 60). Em consonância com este conceito, do discurso de D. Inês, D. Isabel e D. Leonor emerge a competência percebida como um resultado intrapessoal (Quadro 24).

Quadro 24 – Relação entre a dimensão Intrapessoal e a categoria emergente

TEMA	DIMENSÃO	CATEGORIA
RESULTADOS	Intrapessoal	Competência Percebida

Competência Percebida

A competência percebida consiste na avaliação de cada pessoa sobre as suas capacidades, na base da qual organizará e executará os seus comportamentos, de modo a alcançar o rendimento desejado (Bandura, 1986, citado em Paúl, 1997). Para além disto, o mesmo autor (1986, citado em Paúl, 1997) defende ainda que as percepções de competência que as pessoas possuem, determinam, em grande parte, as opções que tomam, a quantidade de esforço que dispõem em diferentes actividades, a sua perseverança face a resultados decepcionantes, e a atitude ansiosa ou segura com que enfrentam as situações.

A ideia de que as percepções de competência que as pessoas possuem determinam as opções que tomam, é evidenciada no discurso das três prestadoras informais. Embora a opção pelo ambiente domiciliário como o melhor espaço de desenvolvimento de cuidados aos seus familiares idosos seja unânime, D. Inês e D. Isabel justificam esta opção pela especificidade dos cuidados que prestam, ou seja, pela possibilidade que os seus familiares têm de receber um cuidado caracterizado por mais carinho e dedicação: *“o bom de tê-lo (marido) cá em casa é eu dar-lhe o mais assistência possível, o mais carinho, o mais amor, (...) a mais dedicação”* (D. Inês, E₁), *“... acho que ele (marido) aqui em casa ‘tá melhor porque tem outro carinho...”* (D. Isabel, E₁), e D. Leonor tem a percepção da qualidade do espaço pois permite que o seu pai se sinta mais à vontade, com liberdade para manter a sua identidade: *“... o meu pai sente-se melhor em casa porque é a casa dele, ‘tá mais à vontade, (...) deita-se e levanta-se quando ele quer, comer a mesma coisa...”* (D. Leonor, E₂).

Importa referir que D. Isabel percepciona ainda que a opção que fez de prestar cuidados com qualidade é justificada por experiências anteriores de carácter positivo na relação com o seu marido, como *“... cuido bem do meu marido porque vejo que ele é uma pessoa que merece...”* (E₁).

Para além destas percepções de competência, D. Inês e D. Leonor têm a percepção das suas limitações, isto é, das suas incompetências no processo de cuidados aos seus familiares, sendo estas de natureza fisiológica, no dois casos [*“(o meu marido) é uma pessoa muito forte, muito pesada e eu não sou capaz por incapacidade física”* (D. Inês, E₁), *“...eu vejo mal, (...) pouco posso fazer aqui em casa...”* (D. Leonor, E₁)], e de natureza psicológica, no caso específico de D. Leonor [*“... se eu tivesse mais calma, se eu tivesse mais feliz (...) transmitia mais alegria p’ró meu pai e ele (...) ficava também mais alegre...”* (E₂)].

Síntese do Tema - Resultados

Os resultados do processo de *empowerment* das prestadoras informais são traduzidos apenas na vertente intrapessoal. Este facto poderá reflectir o longo caminho que ainda há a percorrer no sentido do atingir resultados de índole interaccional e comportamental. Isto revela que as prestadoras informais iniciaram o caminho de descoberta pela percepção das suas próprias competências, analisando de forma crítica as suas capacidades, tendo a noção daquilo que conseguem e/ou não conseguem. É um ótimo princípio e para que este percurso de capacitação se continue a desenvolver no

melhor e mais saudável sentido nós, prestadores formais temos uma grande responsabilidade.

4 – CONCLUSÕES

De acordo com a problemática em estudo, os objectivos e as questões de investigação, procurámos traduzir um conjunto de conclusões que emergem da análise dos dados.

Para tal, recorreremos ao esquema interpretativo que reflecte a conceptualização do cuidado informal à pessoa idosa em ambiente domiciliário, entendendo-o como suporte básico das conclusões que se apresentam.

No sentido de obtermos uma maior clareza na leitura das já mencionadas conclusões, organizámo-las tendo em conta, as questões de investigação, precursoras do desenvolvimento de todo este processo de investigação.

A – Em relação ao modo como se caracteriza sócio-demograficamente a rede de apoio informal à pessoa idosa alvo de ADI, é-nos possível salientar:

- A revitalização da importância das redes de solidariedade familiar traduzida pelo facto de que a família é um dos principais sistemas de suporte do cuidado informal às pessoas idosas alvo de ADI;
- O cuidado informal à pessoa idosa alvo de ADI é concentrado no cônjuge, embora os filhos/as e os genros/noras apresentam também um valor relativo significativo;
- Para além de serem solidariedades verticais, são também lateralizadas, uma vez que é dada ênfase quantitativa às solidariedades femininas na prestação de cuidados informais à pessoa idosa alvo de ADI;
- O grupo de prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI é constituído maioritariamente por pessoas idosas.

B – No que respeita à forma como os prestadores informais de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI percebem o impacto e a satisfação no cuidado, realçamos que:

- O número maioritário dos prestadores informais referem a existência de impacto do cuidado, percebendo um nível médio de sobrecarga e/ou de interrupção no seu estilo de vida;
- O grupo de prestadores informais afirmam também existir benefícios ou aspectos positivos decorrentes da sua situação de prestação de cuidados, referindo a maioria deles estarem bastante satisfeitos com a prestação de cuidados ao familiar idoso;
- Relativamente ao impacto, o grupo de sujeitos do estudo referem predominantemente a existência da sobrecarga da dependência de tempo, havendo dificuldade em planear o futuro, falta de privacidade, devido à necessidade de um cuidado permanente, por parte da pessoa idosa.

C – No que concerne ao processo de *empowerment* dos prestadores informais enquanto sistemas activos no processo de cuidados à pessoa idosa alvo de ADI:

- As prestadoras estruturam o processo de *empowerment* tendo por base valores relativos à pessoa idosa, ao próprio prestador informal e ao ambiente de desenvolvimento de cuidados;
- Dentro da temática dos valores conceptualizam a pessoa idosa como alguém frágil, com perda de potencialidades físicas, psicológicas e sociais. Na prática do prestador informal é dada ênfase à relação interpessoal que se estabelece entre a díade, sendo de extrema importância o ambiente domiciliário enquanto espaço interrelacional;
- O processo de *empowerment* é condicionado por determinantes de saúde de natureza fisiológica, psicológica, sócio-cultural e de desenvolvimento.
- A satisfação comum a todas as prestadoras informais poderá estar relacionado com a vivência de bem-estar e auto-estima na situação de

cuidados, enquanto que o impacto poderá ser condicionado por factores económicos, falta de sistema de suporte.

- Como resultados do processo de capacitação, apenas foi percebido a existência de resultados de índole extrapessoal, como é o caso da competência percebida.

5 – RECOMENDAÇÕES

A realização deste estudo revelou-se fulcral no conhecimento do prestador informal, dado ao desconhecimento que existia acerca do mesmo. Neste sentido, perante as conclusões deste estudo, devemos-nos sentir com responsabilidade para actuar em prol da capacitação dos prestadores informais de cuidados à pessoa idosa em ambiente domiciliário.

Assim, consideramos de extrema importância o planeamento de estratégias de intervenção nos determinantes que este estudo nos permitiu identificar, sendo este um grande desafio para todos aqueles que acreditam que o centro dos cuidados é a família.

Para além disto, gostaríamos de realçar a importância da continuidade deste estudo, pois sendo este exploratório lança a escada para futuras investigações de carácter mais delimitado.

BIBLIOGRAFIA

ABRAHAM, Puthenvilla Y.; BERRY, Mary L. – Needs of the family caregivers of frail elderly. **Canadian Journal of Public Health**. 83: 2 (March/April 1992) 147-149.

ABRAMSON, J. H. (1990) – Survey methods in community medicine: epidemiological studies programme evaluation clinical trials. 4th ed.. Edinburgh: Churchill Livingstone.

AGREDA, José Javier Soldevilla – Passado, presente e futuro da enfermagem gerontológica. In COSTA, Maria Arminda Mendes et al (1999) – O idoso: problemas e realidades. Coimbra: FORMASAU. ISBN 972-8485-07-7. 23-39.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith – O método nas ciências sociais. In ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, Fernando (2001) – O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2^a ed.. São Paulo: Pioneira. ISBN 85-221-0133-7. 107-188.

ATKINSON, Leslied D.; MURRAY, Mary Ellen (1989) – Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara.

BACATUM, C.; VIEIRA, M.; COSTA, N. (1998) – Cuidados domiciliários de enfermagem: que práticas? Santarém: Escola Superior de Enfermagem de Santarém. Monografia elaborada no âmbito do Curso Especializado de Enfermagem na Comunidade ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Santarém.

BARDIN, L. (2000) – Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.

BAUMGARTEN, Mona et al – Health of family members caring for elderly persons with dementia. **Annals of Internal Medicine**. 15 (January 1994) 126-132. <http://www.acponline.org/journals/annals/15jan94/health.htm> (2001.02.15)

BERGER, Louise – Aspectos biológicos do envelhecimento. In BERGER, Louise ; MAILLOUX-POIRIER, Danielle (1995) – Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-8-7. 63-71.

BERGER, Louise – Atitudes, mitos e estereótipos. In BERGER, Louise ; MAILLOUX-POIRIER, Danielle (1995) – Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-8-7. 63-71.

BERNARDO, Maria Helena Cadete (1993) – Algumas considerações sobre acção social e assistência domiciliária. In BONFIM, C.J., et al (1996) – População idosa, análise e perspectivas: a problemática dos cuidados intrafamiliares. Lisboa: Direcção Geral da Acção Social. Dezembro. ISBN 972-97257-5-6. 7-13. (Documentos Temáticos; 8).

BOGDAN, Roberto C.; BIKLEN, Sari Knopp (1999) – Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-34112-2.

BRIS, Hannelore Jani-Le (1994) – Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias. Lisboa: Conselho Económico e Social. ISBN 972-95818-9-4.

BURGESS, Robert G. (1997) – A pesquisa de terreno: uma introdução. Oeiras: Celta Editora. ISBN 972-8027-43-5.

BURRUS, Odile – Les personnes âgées et leurs «aidants familiaux». **Revue de L'infirmière**. 7 (Avril 1995) 50-57.

CABETE, Dulce G. – Filosofia e valores de uma intervenção comunitária. **Geriatrics**. 12: 113 (Março 1999) 21-24.

CANAM, Connie; ACORN, Sonia – Quality of life for family caregivers of people with chronic health problems. **Rehabilitation Nursing**: 5 (September/October 1999) 192-196.

CARLETTI, Suzana Maria da Matta; REJANI, Mirian Iolanda – Atenção domiciliária ao paciente idoso. In NETTO, Matheus Papaléo (1999) – Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Editora Atheneu. 415-430.

CARRILHO, Maria José – O processo de envelhecimento em Portugal: que perspectivas...? In PORTUGAL. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1993) **Estudos Demográficos**. 31 (Dezembro 1993) 75-98.

CHANG, Betty L. – Cognitive-behavioral intervention for homebound caregivers of persons with dementia. **Nursing Research**. 48: 3 (May/June 1999) 173-182.

COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999) – Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 2ª ed.. Lisboa: Lidel. ISBN 972-757-109-3. (Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses)

CÓNIM, Custódio N. P. da Silva (1999) – Geografia do envelhecimento da população portuguesa: aspectos sociodemográficos 1970-2021. Lisboa: Departamento de Prospectiva e Planeamento. ISBN 972-8096-26-7.

CORDEIRO, Maria Paula Assis Almeida – Avaliação da saúde em gerontologia. In COSTA, Maria Arminda Mendes, et al (1999) – O idoso: problemas e realidades. Coimbra: FORMASAU. ISBN 972-8485-07-7. 51-61.

COSTA, Ana Cristina; SILVA, Maria Eugénia Duarte – Estudo exploratório sobre o bem-estar psicológico de familiares cuidadores de idosos com doença crónica. **Geriatrics**. 13: 126 (Junho 2000) 15-18.

COSTA, António Firmino – A pesquisa de terreno em sociologia. In SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira (1986) – Metodologia das ciências sociais. 8ª ed.. Porto: Edições Afrontamento. 129-148.

COSTA, M. (1998) – Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados. Lisboa: Fim do Século Edições.

CRESWELL, John W. (1994) – Research design: qualitative & quantitative approaches. Thousand Oaks: Sage Publications. ISBN 0-8039-5254-4.

DESPACHO CONJUNTO N.º 407/98. DR II SÉRIE. 138 (98-06-18) 8328.

DIAS, António Osvaldo Silva – Promoção da saúde: um processo dinâmico. **Servir**. 48: 4 (Julho/Agosto 2000) 190-192.

ERMIDA, José Gomes – Processo de envelhecimento. In COSTA, Maria Arminda Mendes, et al (1999) – O idoso: problemas e realidades. Coimbra: FORMASAU. ISBN 972-8485-07-7. 41-50.

ESCUREDO, Bibiana Rodríguez; DÍAZ, Estela Álvarez; PASCUAL, Olga Cortés – Cuidadores informales: necesidades y ayudas. **Rol**. 24: 3 (Marzo 2001) 183-189.

EUROSTAT (1999) – Statistiques démographiques. Luxembourg: Communautés européennes. ISBN 92-828-7268-8.

FERNANDES, Ana Alexandre (1997) – Velhice e sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal. Oeiras: Celta Editora. ISBN 972-8027-83-4.

FORTIN, M. ; COTE, J.; VISSANDJEE, B. – As etapas do processo de investigação. In FORTIN, M.; COTE, J.; VISSANDJEE, B. (2000) – O processo de investigação: da concepção à realização. 2ª ed.. Camarate: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X. 35-43.

FORTIN, M.; GRENIER, R.; NADEAU, M. – Métodos de colheita de dados. In FORTIN, M.; COTE, J.; VISSANDJEE, B. (2000) – O processo de investigação: da concepção à realização. 2ª ed.. Camarate: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X. 239-265.

FORTIN, M.; NADEAU, M. – Escolher um problema de investigação. In FORTIN, M.; COTE, J.; VISSANDJEE, B. (2000) – O processo de investigação: da concepção à realização. 2ª ed.. Camarate: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X. 47-60.

GEORGE, Julia B. – Betty neuman. In GEORGE, Julia B. (2000) – Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4ª ed.. Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN 85-7307-587-2. 225-240.

GIBSON, Cheryl H. – A concept analysis of empowerment. **Journal of Advanced Nursing**. 16 (1991) 354-361.

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin (2001) – O inquérito: teoria e prática. 4ª ed.. Oeiras: Celta Editora. ISBN 972-774-120-7

GIL, Ana Paula Martins (1998) – Redes de solidariedade intergeracionais na velhice. In ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE SEGURANÇA SOCIAL (1999) – Redes e políticas de solidariedade: globalização e política social. **Cadernos de Política Social**. 1 (Junho 1999) 92-114.

GIVEN, Barbara A.; GIVEN, Charles W. – Family caregiving for the elderly. **Annual Review of Nursing Research**. (Springer 1991) 77-101.

GLANZ, Karen – Teoria num relance: um guia para a prática da promoção da saúde. In Sardinha, L. B.; Matos, M. G.; Loureiro, I. (1999) – Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo. Cruz Quebrada: Gráfica 2000. ISBN 972-735-060-7. 9-55.

GOMES, Idalina Delfina; SOARES, Maria Graziela; VEIGA, Maria do Rosário (1997) – Cuidar do doente idoso com doença crónica no domicílio: vivências dos familiares dos idosos com doença crónica face aos cuidados de enfermagem prestados no domicílio. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende. Monografia elaborada no âmbito do Curso Especializado de Enfermagem na Comunidade ministrado pela Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende.

HAGEN, Brad; GALLAGHER, Elaine – Looking out for family caregivers. **The Canadian Nurse**. (March 1996) 27-31.

HESBEEN, Walter (2000) – Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-11-8.

HESPANHA, Maria José Ferros – Para além do estado: a saúde e a velhice na sociedade-providência. In SANTOS, Boaventura de Sousa (1993) – Portugal: um retrato singular. Porto: Afrontamento. ISBN 972-36-0308-X. 314-335.

STREUBERT, H.J.; CARPENTER, D. R. (2002) – Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista. 2ª ed.. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-29-0.

INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION (1999) – The evidence of health promotion effectiveness: part two: evidence book. Brussels: Jouve Composition & Impression.

LEE, Haeok; KIM, Susie; YOU, Kwang-Su – Learning from other lands: caring for elderly demented koreans. **Journal of Gerontological Nursing**. 23: 9 (September 1997) 21-31.

LESSARD-HÉBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gérald (1990) – Investigação qualitativa: fundamentos e práticas. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN 972-9295-75-1.

LOVELAND-CHERRY, Carol – Riscos de saúde familiar. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette (1999) – Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-05-3. 519-542.

LUDERS, Selenita Lia Alfonso; STORANI, Maria Silvia Barros – Demência: impacto para a família e a sociedade. In NETTO, Matheus Papaléo (1999) – Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Editora Atheneu. 146-159.

MAILLOUX-POIRIER, Danielle – Aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento. In BERGER, Louise ; MAILLOUX-POIRIER, Danielle (1995) – Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-8-7. 87-98.

MARTÍN, I.; PAÚL, C.; RONCON, J. – Estudo de adaptação e validação da escala de avaliação do cuidado informal. **Psicologia: Saúde & Doenças**. 1: 1 (Novembro 2000) 3-9.

MCKEOWN, Robert E. & GARRISON, Carol Z. – Aplicações da epidemiologia em enfermagem comunitária. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette (1999) – Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-05-3. 223-250.

MCKIBBON, Jean; GÉNÉREUX, Lise; SÉGUIN-ROBERGE, Ginette – Who cares for the caregivers? **The Canadian Nurse**. (March 1996) 38-41.

MENDONÇA, Francisco; MARTINEZ, Maria A.; RODRIGUES, Milheiras – Avaliação das necessidades dos prestadores informais de cuidados de saúde. **Geriatrics**. 13: 127 (Outubro 2000) 33-49.

MORAIS, Lina Maria A. A. Vale – Apoio familiar ao idoso. **Geriatrics**. 12: 118 (Outubro 1999) 28-30.

NATÁRIO, Adriano – Envelhecimento em Portugal: uma realidade e um desafio. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 3 (Julho/Setembro 1992) 47-55.

NAZARETH, J. Manuel – O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos 90. **Geriatrics**. 94: 64 (Abril 1994) 5-17.

PEIRCE, Anne Griswold; FULMER, Terry T. – Application of the Neuman systems model to gerontological nursing. In NEUMAN, Betty (1995) – The Neuman systems model. 3rd ed.. Norwalk: Appleton & Lange. ISBN 0-8385-6701-0. 293-308.

OSTERMAN, P.; SCHWARTZ-BARCOTT, D. – Quatro maneiras de estar presente. **Servir**. 45: 6 (1997) 317-324.

PALMA, Emília Maria do Carmo – A família com idosos dependentes: que expectativas? **Enfermagem**. 15 (Julho/Setembro 1999) 27-40.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco – Epidemiologia do envelhecimento. In NETTO, Matheus Papaléo (1999) – Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Editora Atheneu. 415-430.

PAÚL, Maria Constança (1997) – Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente. Coimbra: Almedina.

PEREIRA, Maria Eduarda de Menezes Diniz (2001) – Cuidar de Idoso Dependentes – Expectativas dos Prestadores de Cuidados. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende.

Monografia elaborada no âmbito do Curso Especializado de Enfermagem na Comunidade ministrado pela Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende.

PERISTA, Heloísa et al; colab. (1997) – (Re)inventar solidariedades: o local como eixo dinamizador do apoio social às pessoas idosas: que inovação possível? Volume 1. Lisboa: Centro de Estudos para a Intervenção Social. Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.

Relatório final de investigação elaborado ao abrigo de um projecto financiado pelos Ministérios da Solidariedade e Segurança Social da Ciência e da Tecnologia.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes (2000) – Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 2ª ed.. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN 972-618-220-4.

PIMENTEL, Luísa (2001) – O lugar do idoso na família: contextos e trajectórias. Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8535-66-X.

PITAUD, Philippe (1992) – Acteurs et enjeux de la gérontologie sociale. Toulouse : Éditions Érès.

PORTUGAL. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2000) – A saúde dos portugueses. http://www.dgsaude.pt/Gdd/Sau_10.html (2001.06.10)

PORTUGAL. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1999) – As gerações mais idosas. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. ISBN 972-673-374-X.

PORTUGAL. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1999) – Estatísticas demográficas. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. ISBN 972-673-444-4.

PORTUGAL. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2002) – Censos 2001: resultados provisórios. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. ISBN 972-673-547-5.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DO EMPREGO E DA SEGURANÇA SOCIAL (1994) – mesa redonda europeia “O Envelhecimento – Desafios e estratégias alternativas de intervenção”. Lisboa: Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade. ISBN 972-8071-02-7.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van (1998) – Manual de investigação em ciências sociais. 2ª ed.. Lisboa: Gradiva. ISBN 972-662-275-1.

RAPPAPORT, J. – Studies in empowerment: introductions to the issue. In RAPPAPORT, J.; HESS, R. (1984), ed. lit. – Studies in empowerment: steps toward understanding and action. New York: The Haworth Press. 1-7.

RAPPAPORT, J. – The power of empowerment language. **Social Policy**. 16 (1985) 15-21.

REBELO, Teresa – Do fazer ao dizer enfermagem: que obstáculos? **Enfermagem**. 10 (Abril/Junho 1998) 14-19.

RISSEL, Christopher – Empowerment: the holy grail of health promotion? **Health Promotion International**. 9: 1 (1994) 39-47.

ROSA, Maria João Valente – O envelhecimento da população portuguesa. **Cadernos do Público**. 3 (1996) 9-52.

ROUSSEAU, Nicole ; SAILLANT, Francine – Abordagens de investigação qualitativa. In FORTIN, M. ; COTE, J.; VISSANDJEE, B. (2000) – O processo de investigação: da concepção à realização. 2ª ed.. Camarate: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X. 155-159.

SALVAGE, Ann V. (1995) – Who will care? Future prospects for family care of older people in the european union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. ISBN 92-827-5360-3.

SARACENO, Chiara (1992) – Sociologia da família. Lisboa: Editorial Estampa.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA ACÇÃO SOCIAL. SSRS (2002) – Avaliação 2001: respostas integradas da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados, dirigidos às pessoas com dependência. Santarém: Serviço Sub-Regional de Santarém.

SOUSA, Liliana; FIGUEIREDO, Daniela – Quem são os prestadores de cuidados aos idosos?: um estudo exploratório. **Sinais Vitais**. 40 (Janeiro 2002) 45-48.

SHYU, Yea-Ing L. – Patterns of caregiving when family caregivers face competing needs. **Journal of Advanced Nursing**. 31: 1 (January 2000) 35-43.

AMENDOEIRA, José (1999) – A formação em enfermagem: que conhecimentos? Que contextos? Um estudo etno sociológico. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade Nova de Lisboa

Dissertação de Mestrado elaborada no âmbito da obtenção do grau de mestre em Sociologia ministrado pela Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade Nova de Lisboa.

STANHOPE, Marcia – O enfermeiro comunitário nos cuidados domiciliários e nos lares/albergues. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette (1999) – Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-05-3. 881- 913.

STANHOPE, Marcia – Teorias e desenvolvimento familiar. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette (1999) – Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-05-3. 491-517.

SVEDBOM, Jorgen - A comparison of different approaches to health education: some reflections on the role of health education in relation to inequity in health. In KEITH, Tolley (1994) – Health promotion: how to measure cost-effectiveness. London: Health Education Authority. 167-183.

TONES, Keith – Health promotion, empowerment and action competence. In JENSEN, Bjarne Bruun; SCHNACK, Karsten (1994), ed. lit. – Action and action competence as key concepts in critical pedagogy. [S. l.]: Royal Danish School of Educational Studies. 163-183. (Studies in Educational Theory and Curriculum)

TONES, Keith – Health education as empowerment. In KEITH, Tolley (1994) – Health promotion: how to measure cost-effectiveness. London: Health Education Authority. 38-69.

TONES, Keith – Health education, behaviour change, and the public health. In DETELS, Roger, et al (1997) – Oxford textbook of public health: the methods of public health. Vol. 2. 3rd ed.. New York: Oxford University Press. 783-814.

WATSON, Jean (1985) – Nursing: the philosophy and science of caring. Colorado: Colorado Associated University Press. ISBN 0-87081-154-1.

VALA, Jorge – Análise de conteúdo. In SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira (1986) – Metodologia das ciências sociais. 8^a ed.. Porto: Edições Afrontamento. 129 – 148.

YIN, Robert K. (2001) – Estudo de caso: planejamento e métodos. 2^a ed.. Porto Alegre: Bookman. ISBN 85-7307-852-9.

ZIMERMAN, Guite I. (2000) – Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN 85-7307-751-4.

ZIMMERMAN, Marc A. – Psychological empowerment: issues and illustrations. **American Journal of Community Psychology**. 23: 5 (1995) 581-599.

ZIMMERMAN, Marc A. – Psychological, organizational and community levels of analysis. In RAPPAPORT, Julian; SEIDMAN, Edward (2000) – Handbook of Community Psychology. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. ISBN 0-306-46160-9. 43-63.

ZIMMERMAN, Marc A.; ISRAEL, Barbara A.; SCHULZ, Amy; CHECKOWAY, Barry – Further explorations in empowerment theory: an empirical analysis of psychological. **American Journal of Community Psychology**. 20: 6 (December 1992) 707-727.

ZIMMERMAN, Marc A.; WARSCHAUSKY, Seth – Empowerment theory for rehabilitation research: conceptual and methodological issues. **Rehabilitation Psychology**. 43:1 (Spring 1998) 3-16.

ANEXOS

ANEXO I – Escala de avaliação da autonomia/dependência e necessidade
de cuidados à pessoa alvo da Intervenção Articulada de Apoio Social
e dos Cuidados de Saúde Continuados

ANEXO II – Guião da Entrevista Exploratória

ANEXO III – Questionário

ANEXO IV – Guião de Entrevista de Colheita de Dados

ANEXO V – Guião de Observação