

FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO



Instituto Superior Bissaya Barreto

“ARTICULAÇÃO DA REDE FORMAL E INFORMAL
NO APOIO AO IDOSO”

Diana Carina Mateus Silva

*Dissertação apresentada para a
obtenção do grau de Mestre em
Gerontologia Social*

Coimbra, Julho de 2014

FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO



Instituto Superior Bissaya Barreto

“ARTICULAÇÃO DA REDE FORMAL E INFORMAL
NO APOIO AO IDOSO”

Diana Carina Mateus Silva

Dissertação orientada pela

Prof. Doutora Helena Reis Amaro da Luz

para a obtenção do grau de Mestre

em Gerontologia Social

Coimbra, Julho de 2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que tornaram possível a concretização deste desafio.

À minha orientadora Prof. Doutora Helena Reis Amaro da Luz, um agradecimento especial pela disponibilidade, apoio, incentivo, sugestões, motivação, que sempre manifestou.

O meu bem haja por tudo!

Ao Presidente da Instituição, ao Diretor Técnico, aos Familiares dos Idosos e Ajudantes Familiares pela colaboração prestada, sem eles este estudo não seria possível.

À minha mãe pela compreensão e incentivo.

Ao Pedro, pela sua enorme paciência, por todo o apoio, carinho e compreensão.

A todos o meu profundo agradecimento!

RESUMO

O presente estudo tem como foco a lógica de Articulação entre a Rede Formal (Serviço de Apoio Domiciliário) e a Rede Informal (Família) no Apoio ao Idoso. Deste modo, foi objetivo geral do estudo compreender como se articula a rede formal e informal no apoio ao idoso.

Aquando da necessidade de prestação de cuidados ao idoso é necessário refletir sobre os constrangimentos e as vantagens do apoio que advém da rede informal. Atendendo atualmente a vários fatores, surge por parte da família a indisponibilidade para cuidar dos seus idosos, acresce, desta forma, a importância da rede de apoio formal.

O estudo privilegiou a abordagem qualitativa, sendo a amostra constituída por 10 familiares de idosos a beneficiar do Serviço de Apoio Domiciliário e 10 ajudantes familiares da instituição.

Através da análise de conteúdo, emergiram várias categorias e subcategorias, tendo-se concluído que os serviços prestados pelas ajudantes familiares passam pelas atividades básicas: alimentação, higiene pessoal, tratamento de roupas e higiene habitacional, sendo os serviços prestados todos os dias exceto domingos e feriados, conforme os horários e mapas de trabalho. Relativamente à avaliação de necessidades e resposta na prestação dos serviços, o horário de trabalho foi o aspeto que se destacou. As ajudantes familiares referem que apesar de existirem famílias que se responsabilizam, existem também as que se desresponsabilizam após o início do apoio formal. O relacionamento existente entre as ajudantes familiares, a família e o idoso é positivo, existindo rotatividade entre as ajudantes. A maior parte das ajudantes considera que o Serviço de Apoio Domiciliário não substitui a família. Evidenciou-se uma relação de proximidade, ajuda, afeto, respeito e cumplicidade entre família e idoso. Motivações como a doença do próprio idoso, o dever e o evitar da institucionalização levaram a família à prestação de cuidados. A higiene pessoal e habitacional, alimentação, mobilização, vigilância, companhia, tratamento de roupas, acompanhamento ao médico e compras são os cuidados prestados diariamente pela família. Existe partilha na responsabilidade de cuidar com outros familiares e a existência de apoio de amigos e vizinhos. Quanto às necessidades/constrangimentos subjacentes ao cuidado destacam-se as dificuldades físicas. Foram as razões de âmbito familiar (impossibilidade/indisponibilidade) e pessoal (incapacidade e doença) que levaram à procura institucional. A iniciativa para esta procura partiu da família ou de outros familiares do idoso, havendo a preocupação de efetuar contatos com os responsáveis ou

visitas à instituição. Quanto aos serviços que o idoso usufrui do Serviço de Apoio Domiciliário, estes passam pelas atividades básicas referidas anteriormente. A avaliação feita pelos familiares em relação ao apoio formal é na sua maioria positiva. Evidenciou-se um papel de responsabilidade por parte dos familiares após o início do apoio formal. Constatou-se também que a relação existente entre ajudantes familiares, idoso e família é boa. Na relação entre a rede formal e informal, na opinião da família, destaca-se a partilha de responsabilidades entre ambas as redes.

Palavras chave: Rede Formal; Rede Informal; Idoso; Apoio ao Idoso

ABSTRACT

The present study is focused on the Articulation between the Formal Network (the Home Care Service) and the Informal Network (the Family) regarding Elderly Support. Therefore, this study intended to understand how do both the formal network and the informal network articulate in elderly support.

When there is a need to provide elderly care, it is mandatory to ponder about the constraints and benefits that derive from the informal network. Nowadays, taking into consideration a wide range of factors, the family's growing unavailability to take care of their elderly members strengthens the importance of the formal support network.

This research has privileged a qualitative approach and the sample was composed of 10 elderly family members which benefit from the Home Care Service and 10 family assistants of the institution.

Through content analysis, several categories and subcategories emerged, which allowed to infer that the services provided by the family assistants are mainly the basic activities: feeding, personal hygiene, clothing and house hygiene, given that this support is provided every day except for Sundays and holidays, according to work schedules. Regarding the evaluation of the necessities and ability to respond while providing elderly care, the work schedule was the feature which stood out. The family assistants state that although there are families which take responsibility after the beginning of the formal support, there are also those which don't. The existing relationship between the family assistants, the family and the elderly is considered positive, which makes it possible for the assistants to work in rotative shifts. Most of the assistants assume that the Home Care Service does not replace the family. It was made evident the importance of a relationship involving proximity, assistance, affection, respect and abetment between the family and the elderly. Among the reasons that lead the family to resort to elderly support can be named illness, duty and avoiding institutionalization. The personal and house hygiene, as well as the feeding, mobilization, supervision, companionship, clothing, accompanying to medical appointments and shopping, are the daily care activities performed by the family. The necessities/constraints about this support are mainly the physical difficulties. This said, there were both familiar (unavailability) and personal (inability and illness) reasons which led to institutional demand. It was the elderly family or other relatives who took the initiative to look for this kind of support, and did so with concern, contacting the

responsible managers and visiting the institution. The support that the elderly receives from the Home Care Service usually includes the basic activities which were already referred to and the assessment made by family members regarding the formal support is mostly positive. It was proven that family members took a responsibility role even after the beginning of the formal support. It was also found that the existing relationship between the family assistants, the elderly and the family is a positive one. In the relationship between formal and informal, when it comes to the family's opinion, the responsibility must be shared between both networks.

Keywords: Formal Network; Informal Network; Elderly Support

ÍNDICE GERAL

Resumo.....	4
Abstract.....	6
Introdução.....	15

Parte I – Enquadramento Teórico

Capítulo I – Envelhecimento, velhice, autonomia e dependência	19
1. As sociedades envelhecidas: A questão demográfica	19
1.1 Envelhecimento Demográfico a nível Mundial e Europeu	20
1.2 A Realidade Portuguesa.....	23
2. Envelhecimento e Velhice uma abordagem multidimensional.....	26
2.1 Envelhecimento Biológico, Psicológico e Social	29
3. Emergência de uma nova velhice: A quarta idade.....	32
3.1 Autonomia e Dependência	34
Capítulo II – Políticas e Redes Sociais para a Terceira Idade	39
1. Políticas Sociais para a Terceira Idade	39
2. Redes Sociais de Apoio à Terceira Idade	45
2.1 Redes de Apoio Formal.....	46
2.2 Redes de Apoio Informal	49
2.3 As potencialidades e os limites da família	50
2.3.1 Motivações inerentes ao cuidado	52
2.3.2 Necessidades/constrangimentos subjacentes ao cuidado	54
2.2.3 Cuidar, cuidados e cuidador.....	57
2.4 Apoio Institucional.....	60
3. Mecanismos de interação entre SAD e família	64

Parte II – Estudo Empírico

Capítulo I – Problemática e Metodologia.....	68
1. Delimitação do problema de pesquisa.....	68
1.1 Formulação de Questões Associadas	69
2. Objetivos da Investigação.....	70
2.1 Objetivo Geral	70
2.2 Objetivos Específicos	70
3. Modelo de Análise.....	71
3.1 Operacionalização dos conceitos.....	71
4. Procedimentos Metodológicos	78
4.1 Caracterização empírica da pesquisa.....	78
4.2 Delimitação do campo de pesquisa.....	78
4.3 Delimitação do universo da pesquisa/população alvo.....	79
4.4 Constituição da amostra	80
4.5 Técnica de recolha de dados.....	80
4.6 Procedimentos de tratamento e análise de dados.....	81
Capítulo II – Apresentação, análise e discussão dos resultados da investigação.....	83
1. Caracterização da amostra	83
1.1 Elementos de caracterização das Ajudantes Familiares do SAD.....	83
1.2 Exercício profissional das Ajudantes Familiares do SAD	84
1.3 Elementos de caracterização do Familiar do Idoso.....	88
2. Análise de conteúdo das entrevistas.....	91
2.1 Dimensão Institucional – Ajudantes Familiares do SAD.....	91
2.1.1 Categoria 1 – Apoio Institucional.....	91
a) Tipo de Serviços Prestados.....	92
b) Regularidade dos serviços prestados.....	93
c) Avaliação de necessidades e resposta na prestação de serviços.....	94
2.1.2 Categoria 2 - Articulação rede formal e informal	95

a)	Papel da Família após o início do apoio formal.....	95
b)	Tipologia do relacionamento das Ajudantes Familiares do SAD com o Idoso e respectiva Família	97
c)	Tipo de relação existente entre rede formal e informal.....	98
2.2	Dimensão Familiar – Familiares dos Idosos que beneficiam do SAD.....	100
2.2.1	Categoria 1- Interação Família/Idoso.....	100
a)	Relação do Familiar com o Idoso.....	100
b)	Motivações que levaram à prestação de cuidados.....	102
c)	Tipo de apoio/cuidados prestados pela Família.....	104
d)	Frequência e duração da prestação de cuidados.....	105
e)	Partilha da responsabilidade de cuidar com outros familiares....	106
f)	Apoio a nível informal (amigos, vizinhos.....)	106
g)	Necessidades/constrangimentos subjacentes ao cuidado	107
h)	Relacionamento com o idoso após o início da prestação de cuidados.....	108
2.1.3	Categoria 2- Emergência do apoio formal	109
a)	Razões da Procura Institucional.....	109
b)	Iniciativa da Procura Institucional	111
c)	Conhecimento prévio da Instituição	111
d)	Serviços que o Idoso usufrui do SAD	112
e)	Avaliação do apoio formal	114
2.1.4	Categoria 3 - Articulação Rede Formal e Informal	115
a)	Papel da Família após o início do apoio formal	116
b)	Tipologia do relacionamento das Ajudantes Familiares do SAD com o Idoso e respectiva Família.....	116
c)	Tipo de relação existente entre rede formal e informal	117
3.	Discussão dos resultados da investigação.....	119
	Conclusão.....	128
	Bibliografia.....	130
	Anexos.....	138

ÍNDICE DE SIGLAS

AAVD- Atividades Avançadas de Vida Diária

AF- Ajudante Familiar

AIVD- Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD- Atividades de Vida Diária

CEE- Comunidade Económica Europeia

F – Familiar

INATEL – Instituto Nacional para o Aproveitamento dos Tempos Livres

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS- Organização Mundial da Saúde

PAII – Programa de Apoio Integrado a Idosos

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

UE – União Europeia

UNFPA- Fundo de População das Nações Unidas

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de pessoas com 60 ou mais anos: Mundo, países desenvolvidos e em desenvolvimento, 1950 – 2050.....	20
Gráfico 2. Esperança de vida à nascença, homens e mulheres, 2002-2011.....	21
Gráfico 3. UE-27 População por faixa etária, 2010-2060 %.....	22
Gráfico 4. Pirâmide etária, Portugal, 2001 e 2011.....	24
Gráfico 5. Esperança de vida aos 65 anos: total e por sexo.....	25
Gráfico 6 . Distribuição percentual dos utentes em respostas sociais para pessoas idosas por grau de dependência, Continente 2012.....	37
Gráfico 7. Evolução das respostas sociais por população-alvo, Continente 2000-2012.....	47
Gráfico 8. Evolução das respostas sociais para aa pessoas idosas, Continente 2000-2012.....	48
Gráfico 9. Evolução da capacidade das respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente 2000-2012.....	49
Gráfico 10: Tempo a exercer funções na Instituição.....	85
Gráfico 11: Funções Exercidas na Instituição.....	85
Gráfico 12: Processo de seleção para a Instituição.....	86
Gráfico 13: Existência de programas de formação.....	87
Gráfico 14: Avaliação das tarefas desempenhadas.....	87

ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1: Modelo de Análise.....	74
Quadro 2: Conceito, dimensões, variáveis e indicadores.....	75
Tabela 1: Distribuição da população em Portugal.....	23
Tabela 2 - Elementos de caracterização das Ajudantes Familiares do SAD (N = 10).....	84
Tabela 3 – Elementos de caracterização do Familiar do Idoso (N = 10).....	89
Tabela 4 - Caracterização sócio demográfica do Idoso (N = 10).....	90
Tabela 5: Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência - tipo de serviços prestados.....	92
Tabela 6: Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – regularidade dos serviços prestados.....	93
Tabela 7: Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Avaliação de necessidades e resposta na prestação dos serviços.....	95
Tabela 8: Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Papel da Família após o início do apoio formal.....	96
Tabela 9: Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Tipologia do relacionamento das Ajudantes Familiares do SAD com o Idoso e respetiva Família.....	97
Tabela 10: Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Tipo de relação existente entre Rede Formal e Informal.....	99
Tabela 11: Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Relação Família/Idoso.....	101
Tabela 12: Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Motivações que levaram à prestação de cuidados.....	103

Tabela 13: Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Frequência na prestação dos cuidados.....	105
Tabela 14: Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Partilha da responsabilidade de cuidar com outros familiares.....	106
Tabela 15: Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Apoio a nível informal.....	107
Tabela 16: Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Necessidades/constrangimentos subjacentes ao cuidado.....	108
Tabela 17: Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Relacionamento com o idoso após o início da prestação de cuidados.....	109
Tabela 18: Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Razões da Procura Institucional.....	110
Tabela 19: Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Iniciativa da Procura Institucional.....	111
Tabela 20: Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Conhecimento prévio da Instituição.....	112
Tabela 21: Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Serviços que o Idoso usufrui do SAD.....	113
Tabela 22: Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Avaliação do Apoio Formal.....	114
Tabela 23: Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Papel da Família apos o início do Apoio Formal.....	116
Tabela 24: Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Tipologia do relacionamento das Ajudantes Familiares do SAD com o Idoso e respetiva Família.....	117
Tabela 25: Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Tipo de Relação existente entre Rede Formal e Informal.....	118

INTRODUÇÃO

O envelhecimento não tem sido encarado ao longo dos séculos da mesma maneira, e o seu conceito tem sofrido grandes alterações na forma de ser percebido e sentido, variando de acordo com diferentes culturas e diferente evolução das comunidades.

Podemos dizer que os indivíduos envelhecem de formas muito diversas, sendo o envelhecimento um processo extremamente complexo, resultante da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Na ótica demográfica, o envelhecimento constitui uma das principais características das sociedades atuais e a sociedade portuguesa não é exceção. As alterações demográficas que assistimos atualmente em Portugal são consequência, sobretudo, da redução da taxa de natalidade e do aumento da esperança média de vida.

O aumento da esperança de vida fez emergir uma nova velhice: a quarta idade. A velhice e a reforma passaram deste modo, a representar duas realidades distintas, a idade de ser velho surge agora mais tarde que a idade da reforma.

No entanto, a existência de uma população cada vez mais idosa, leva ao acréscimo de situações de dependência, novas necessidades de prestação de cuidados e exige políticas sociais que permitam fazer face a esta realidade.

Perante esta conjuntura, são visíveis mudanças e transformações na estrutura e nas funções da família. Ainda que a mesma continue a ser o garante de apoio para a maioria dos idosos, hoje em dia as famílias têm cada vez menos disponibilidade para cuidar dos seus familiares idosos e conseqüentemente surge a necessidade de recorrer a instituições de apoio.

É neste contexto, que se situa o foco deste estudo: compreender como se articula a rede formal (Serviço de Apoio Domiciliário) e a rede informal (família) no apoio ao idoso.

Os objetivos do estudo visam: caracterizar sociodemograficamente os familiares, os idosos, as ajudantes familiares e o Diretor Técnico; analisar o exercício profissional das ajudantes familiares e do Diretor Técnico; identificar o tipo de relação existente entre a família e o idoso; compreender quais as motivações que levaram o familiar à prestação de cuidados; perceber o tipo de apoio ou cuidados prestados pela família ao idoso e qual a frequência e duração do mesmo(s); pretende-se compreender de igual modo, se existe partilha da responsabilidade de cuidar com outros familiares assim como se existe apoio a nível informal; importa compreender também as dificuldades/necessidades sentidas por

parte da família subjacentes ao cuidado que levaram à procura institucional; o investigador visa também identificar o tipo de relacionamento da família com o idoso após o início da prestação de cuidados; perceber as razões da procura institucional assim como compreender de quem foi a iniciativa da mesma e se houve conhecimento prévio da instituição; identificar quais os serviços que o idoso usufrui, a opinião em relação aos mesmos e a avaliação do apoio formal. Pretende-se compreender o papel da família após o início do SAD, assim como é relevante perceber a tipologia do relacionamento das ajudantes familiares do SAD, com o idoso e respetiva família; pretende-se ainda compreender o tipo de relação que se estabelece entre a rede formal e a rede informal.

Em termos de metodologia recorreu-se ao método qualitativo visando uma melhor compreensão do fenómeno em estudo. Para tal, recorreu-se à entrevista semiestruturada, como técnica de recolha de dados e à análise de conteúdo.

Do ponto de vista estrutural, este trabalho é constituído por duas partes, sendo a primeira de natureza teórica e a segunda de natureza empírica.

Numa primeira parte apresentamos o enquadramento teórico, este é constituído por dois capítulos. Assim, no primeiro capítulo procura-se analisar o conceito de envelhecimento, velhice, autonomia e dependência. É também feita uma análise do envelhecimento demográfico a nível mundial e europeu, assim como também uma breve referência à realidade portuguesa. Segue-se uma análise ao envelhecimento e velhice como uma abordagem multidimensional, onde se procura fazer uma caracterização do envelhecimento biológico, psicológico e social, assim como uma análise à emergência de uma nova velhice: a quarta idade. Finalmente, é feita uma reflexão sobre a autonomia e a dependência.

O segundo capítulo refere-se às políticas e redes sociais para a terceira idade, tendo em conta as redes de apoio formal e informal. Em seguida analisa-se as potencialidades e os limites da família, onde se aborda o cuidar, cuidados e cuidador; motivações inerentes ao cuidado e as necessidades/constrangimentos subjacentes ao cuidado. Faz-se também referência ao apoio institucional e por último os mecanismos de interação entre SAD e família.

A segunda parte do trabalho incide sobre a investigação empírica realizada e é constituída por dois capítulos. No primeiro capítulo é feita referência à problemática e metodologia da investigação, onde são assinalados os objetivos que orientam o nosso estudo, apresentado o modelo de análise, fazendo-se também referência aos procedimentos

metodológicos, que incluem a caracterização empírica da pesquisa, a delimitação do campo e universo de pesquisa, a constituição da amostra, a técnica de recolha de dados e o procedimento de tratamento e análise de dados. O segundo capítulo inclui a apresentação, análise e discussão dos resultados da investigação, abarca a caracterização da amostra e a análise de conteúdo das entrevistas, onde são trabalhadas as dimensões, categorias, subcategorias, indicadores de registo e unidades de frequência.

Por fim, são apresentadas as reflexões finais desta investigação e são dadas pistas para investigações futuras a partir da investigação realizada.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO, VELHICE, AUTONOMIA E DEPENDÊNCIA

1. As sociedades envelhecidas: A questão demográfica

As sociedades atuais vivem um processo acelerado de envelhecimento, este fenómeno na perspectiva populacional, relaciona-se com o aumento da proporção de pessoas idosas na população total. Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade ativa.

O envelhecimento populacional é uma realidade incontornável, que se constitui como característica cada vez mais presente na nossa sociedade e no conjunto das sociedades ocidentais.

Neste sentido, são vários os fatores que contribuem para esta transição demográfica, definida como a mudança de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos (INE, 2002), entre esses fatores encontram-se a ausência de catástrofes ou surtos epidémicos de grande envergadura, a melhoria das condições de sobrevivência, nomeadamente dos níveis de saneamento e o avanço da medicina que contribui para a melhoria dos cuidados de saúde que se congregam para uma diminuição da mortalidade. Neste contexto assume ainda grande importância a alteração de valores e comportamentos, designadamente a entrada da mulher para o mundo de trabalho, casamentos tardios e o crescente investimento nas carreiras profissionais por parte de homens e mulheres que contribuem para uma diminuição da natalidade (INE, 2002).

O envelhecimento é um triunfo do desenvolvimento, sendo o aumento da longevidade uma das maiores conquistas da humanidade.

1.1 Envelhecimento Demográfico a nível Mundial e Europeu

O envelhecimento da população está a ocorrer em todas as regiões do mundo, em países com vários níveis de desenvolvimento, estando a progredir mais rapidamente nos países em desenvolvimento, inclusive naqueles que também apresentam uma grande população jovem.

Em 1950, havia 205 milhões de pessoas com 60 ou mais anos no mundo. Em 2012, o número de pessoas mais velhas aumentou para quase 810 milhões. Projeta-se que esse número alcance 1 milhar em menos de 10 anos e que duplique até 2050, alcançando 2 milhões (DESA, 2011), (Gráfico 1).

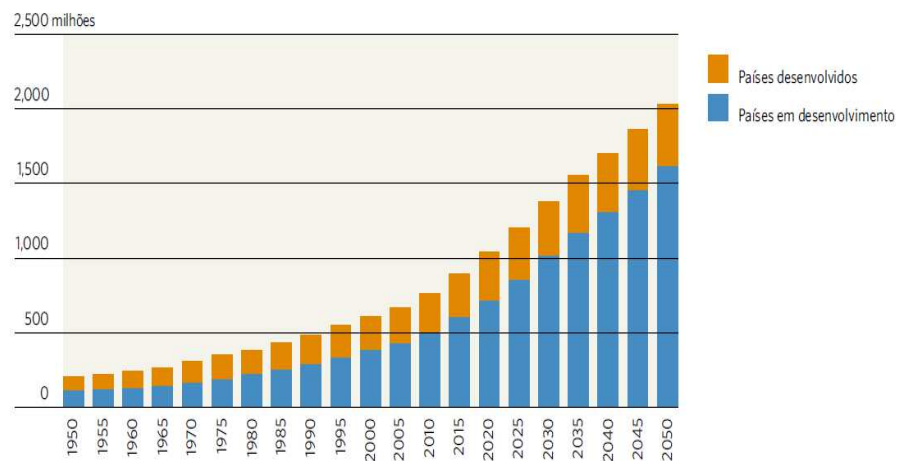


Gráfico 1. Número de pessoas com 60 ou mais anos: Mundo, países desenvolvidos e em desenvolvimento, 1950 – 2050

Fonte: DESA: Envelhecimento da População Mundial 2011

Por entre os indicadores mais expressivos deste crescimento global, encontra-se a esperança de vida à nascença que aumentou substancialmente em todo o mundo. Em 2010-2015, passou a ser de 78 anos nos países desenvolvidos e 68 anos nos países em desenvolvimento. Em 2045-2050, os recém-nascidos podem esperar viver até aos 83 anos nas regiões desenvolvidas e 74 anos nas regiões em desenvolvimento (UNFPA -Fundo de População das Nações Unidas, 2012).

Globalmente, as mulheres formam a maioria das pessoas idosas. Hoje, para cada 100 mulheres com 60 anos ou mais em todo o mundo, há apenas 84 homens, assim o envelhecimento é um processo que atinge homens e mulheres de forma diferente.

A realidade do século XXI é a de que os países estão cada vez mais envelhecidos e apresentam uma tendência progressiva, estando esta tendência relacionada com o grau de industrialização do mundo. As projeções das Nações Unidas para a população mundial referem que a proporção de jovens está a diminuir progressivamente, podendo alcançar os 21% do total da população em 2050, enquanto que a população idosa está a crescer, aumentando para 15,6% no mesmo ano (INE, 2002).

Nesta perspetiva demográfica, a Europa segue a tendência mundial apresentando uma estrutura etária cada vez mais envelhecida, estando a ocorrer uma mudança profunda entre o número de jovens e o número de pessoas mais velhas. Este é o resultado de duas tendências firmemente estabelecidas e paralelas: a esperança de vida está a aumentar e as taxas de natalidade permanecem em níveis historicamente baixos, podendo concluir-se que os europeus estão a viver até mais tarde e com mais saúde.

No que se refere à realidade europeia, em 2011 o índice de envelhecimento na UE-27 era 113,2, por seu lado, no que diz respeito à esperança média de vida à nascença esta assentava nos 80,4 anos, valores estes muito semelhantes aos de Portugal no mesmo período de tempo situando-se em 80,9 anos (Gráfico 2).

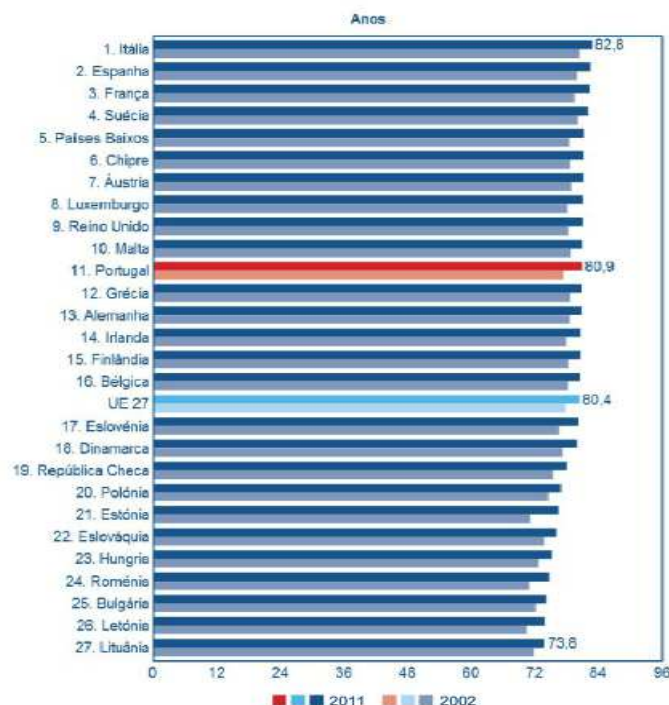


Gráfico 2. Esperança de vida à nascença, homens e mulheres, 2002-2011

Fonte: PORDATA

Neste âmbito e no que concerne à distribuição etária referente à população europeia (EU-27), verifica-se que em 2012, os jovens (0 aos 14 anos) representavam 15,6% da população, enquanto que as pessoas em idade ativa (15 aos 64 anos) representavam 66,6% da população e as pessoas com 65 ou mais anos de idade tinham uma percentagem de 17,8.

A maior proporção de jovens na população total foi observada na Irlanda (21,6%) e a menor na Alemanha (13,2). Já a maior proporção de idosos na população total foi observada na Alemanha e na Itália (20,6% cada). Em Portugal, os jovens representavam 14,8 % da população, as pessoas em idade ativa 65,8% e as pessoas com 65 ou mais anos 19,4%. (Eurostat, 2013)

Segundo as projeções, nos próximos 30 anos ou mais a população em idade ativa diminuirá a uma taxa de entre 1 e 1,5 milhões a cada ano. Em contrapartida, é esperado que o número de pessoas na faixa etária dos 65 ou mais anos e 80 ou mais anos aumente, a uma taxa de cerca de 2 milhões a cada ano. Espera-se que em 2060 a população na faixa etária dos 65-80 anos e 80 ou mais anos represente quase o dobro da população na faixa etária dos 50-64 (Gráfico 3). Esta situação vai transformar o equilíbrio da população entre as pessoas mais velhas e mais jovens.

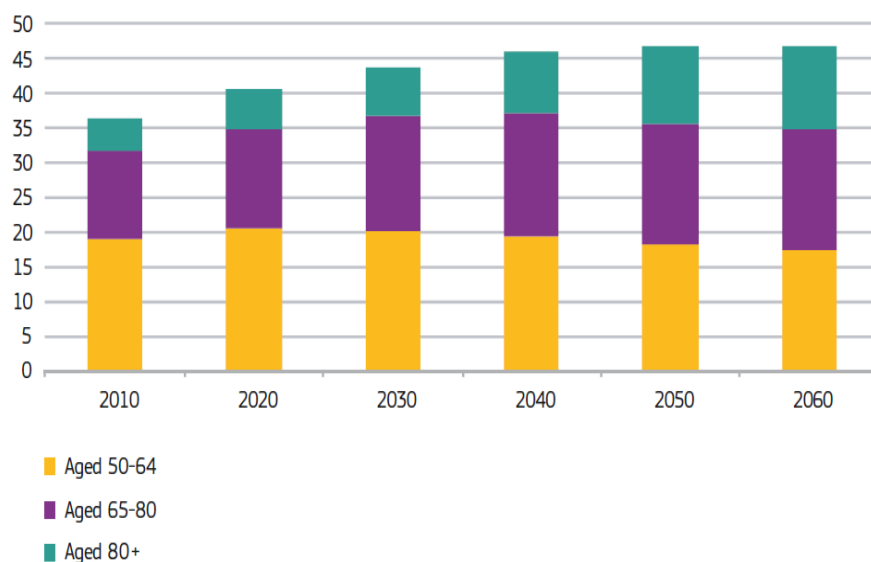


Gráfico 3. UE-27 População por faixa etária, 2010-2060 %

Fonte: Eurostat

1.2 A Realidade Portuguesa

A sociedade portuguesa atual tende para um aumento da população idosa. Esta realidade, embora comum à generalidade dos países europeus, só recentemente começou a ganhar um impacto a nível social relevante. Também em Portugal, a diminuição da mortalidade e da natalidade se tem traduzido no progressivo envelhecimento da população. Paralelamente tem-se verificado o aumento da esperança de vida, que reflete a melhoria do nível de saúde dos portugueses nos últimos anos.

Segundo os Censos 2011, Portugal apresentava no ano de 2001, como população residente, 1.693.493 indivíduos com 65 ou mais anos, tendo passado, em 2011, para 2.010.064 indivíduos no mesmo escalão etário.

Nesse mesmo período, a proporção de jovens (população dos 0 aos 14 anos de idade) decresceu de 16% para 14,9% da população residente total. Em relação à proporção de pessoas em idade ativa (população dos 15 aos 64 anos de idade) também reduziu de 67,7% para 66,1%, verificando-se simultaneamente o aumento da percentagem de idosos (população com 65 ou mais anos de idade) de 16,4% para 19,0% (Tabela 1).

Tabela 1:

Distribuição da população em Portugal

Grupos etários	2001		2011	
	Nº	%	Nº	%
0-14 anos	1.656.602	16,0	1.572.329	14,9
15-24 anos	1.479.587	14,3	1.147.315	10,9
25-64 anos	5.526.435	53,4	5.832.470	55,2
65 ou + anos	1.693.493	16,4	2.010.064	19,0
População residente	10.356.117	100,0	10.562.178	100,0

Fonte: INE Censos 2011

Tendo por base a taxa bruta de natalidade¹ esta tem vindo a regredir, sendo os valores em 2001 de 10,9 % e em 2011 de 9,2%.

No que à taxa bruta de mortalidade² diz respeito, verifica-se também um decréscimo: 10,1% no ano de 2001 e 9,7% em 2011.

A tendência de envelhecimento demográfico, evidencia-se na alteração do perfil que as pirâmides etárias apresentam nos últimos anos, quer na base da pirâmide etária, realçado pelo estreitamento, que traduz a redução dos efetivos populacionais jovens, como resultado da baixa da natalidade, quer no topo da pirâmide pelo seu alargamento, que corresponde ao acréscimo das pessoas idosas, devido ao aumento da esperança de vida, como ilustra o Gráfico 4.

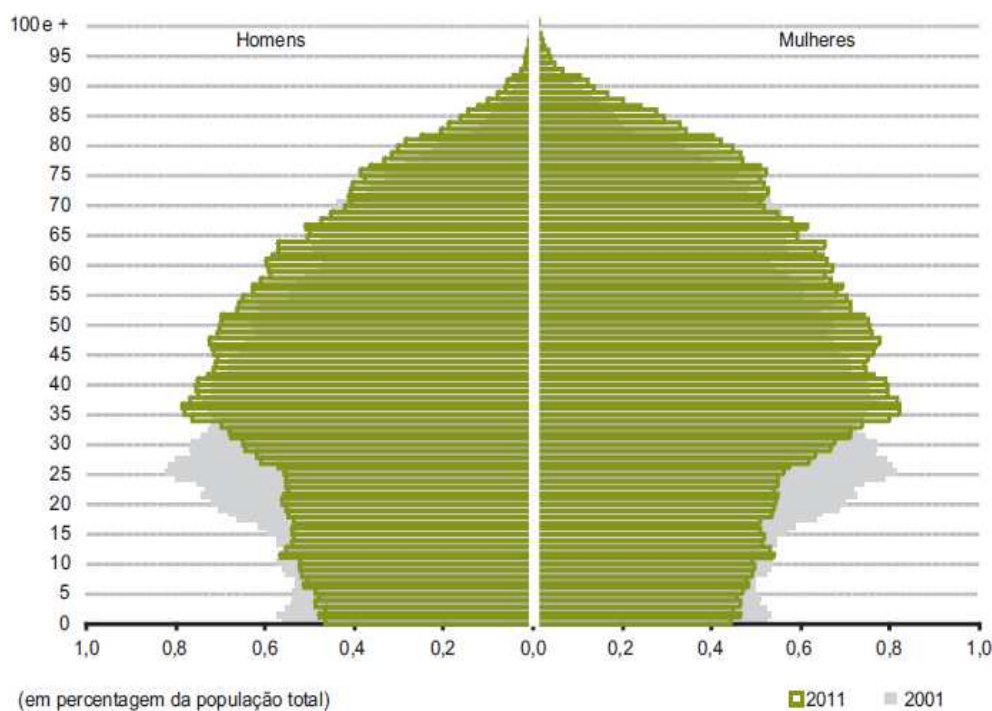


Gráfico 4. Pirâmide etária, Portugal, 2001 e 2011

Fonte: INE

¹ Em demografia, por taxa de natalidade, ou ainda taxa bruta de natalidade, deve entender-se o número de crianças que nascem anualmente por cada mil habitantes, numa determinada área (<http://pt.wikipedia.org>).

² A taxa de mortalidade ou coeficiente de mortalidade é um índice demográfico que reflete o número de óbitos registrados, em média por mil habitantes, numa dada região e num período de tempo (<http://pt.wikipedia.org>).

A mudança na estrutura da base da pirâmide terá consequências a longo prazo, nomeadamente nas gerações ativas futuras e no dinamismo do mercado; já o acréscimo de efetivos populacionais idosos terá repercussões a curto prazo, dependendo da maior ou menor longevidade da população.

Em resultado desta tendência o índice de envelhecimento aumentou de 102 para 128 idosos por cada 100 jovens, entre 2001 e 2011 (INE, 2011).

A esperança média de vida aos 65 anos aumentou tendo-se verificado 17,1 anos em 2001 e 18,8 anos em 2011, sendo o sexo feminino a apresentar maior esperança média de vida, 20,2 anos em comparação com os 16,9 anos do sexo masculino no ano de 2011 (Gráfico 5).

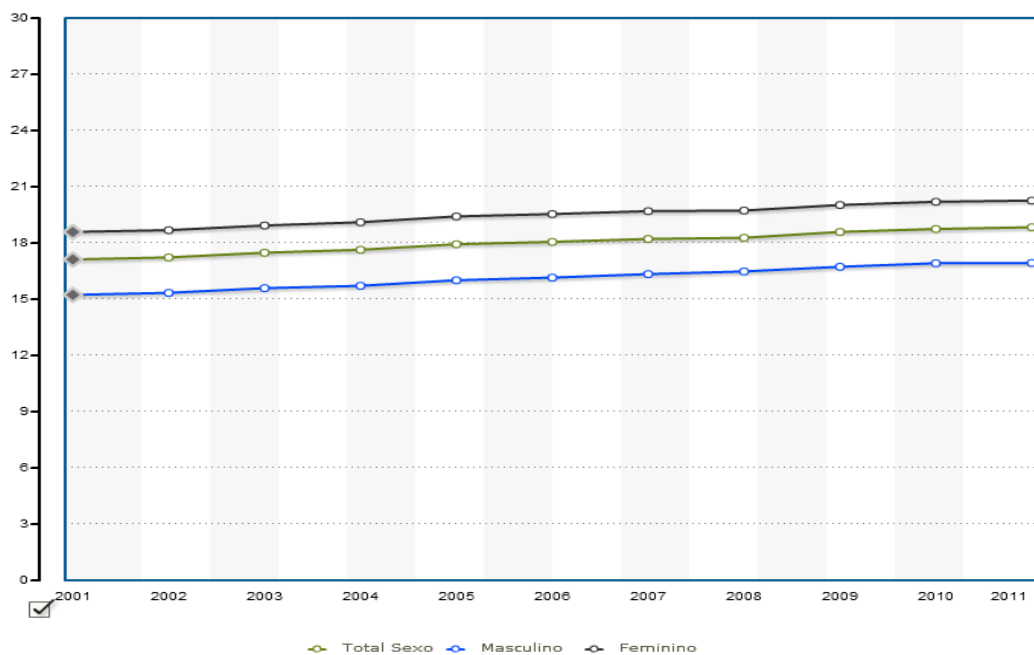


Gráfico 5. Esperança de vida aos 65 anos: total e por sexo

Fonte: INE, PORDATA

No que se refere ao índice de dependência de idosos, e de acordo com os censos de 2001 verificou-se que era de 24,1 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa em Portugal, após uma década, nos censos de 2011, verifica-se que a dependência de idosos aumentou em todas estas demarcações territoriais, ou seja, é-nos apresentado um índice de 29,0 idosos por cada 100 jovens em idade ativa para Portugal,

As projeções realizadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), indicam que o peso da população idosa (65 e mais anos) no total da população aumentará de 19,2% em

2011 para 32,3% em 2060. Por volta de 2030, a população com mais de 50 anos poderá representar metade da população e uma em cada quatro pessoas terá 65 e mais anos. Dito de outro modo, em 2030 o número de pessoas com 65 e mais anos será o dobro dos jovens até aos 15 anos e quase o triplo, em 2050.

Esta tendência demográfica tenderá a colocar em risco a sustentabilidade económica dos sistemas sociais, para além das repercussões que este fenómeno representará sobre o sistema de saúde. Dessas consequências destacamos a evidente diminuição da produtividade, a diminuição da força de trabalho e da sua procura, bem como um decréscimo das poupanças das famílias (menor número de elementos a usufruir de rendimentos), e até do próprio Estado, devido ao aumento significativo do pagamento de pensões (Alvarenga, 2000).

Evidencia-se de igual modo, com esta tendência demográfica impactos e pressões sobre as famílias, o que faz com que as mesmas recorram em grande número às instituições.

Num Portugal cada vez mais envelhecido é natural, que a questão do envelhecimento e do aumento das necessidades de apoio aos idosos, assuma um papel central, nomeadamente no que concerne à definição e implementação das políticas sociais, urge para o efeito clarificar os contornos associados à compreensão do envelhecimento e velhice das populações.

2. Envelhecimento e Velhice uma abordagem multidimensional

O fenómeno do envelhecimento da população é na atualidade, um dos grandes problemas com o qual a sociedade se depara. É um fenómeno universal, inevitável e contínuo.

Segundo Fernandes (2000, p. 21) o envelhecimento diz respeito “a todas as modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que aparecem como consequência da ação do tempo sobre os seres vivos”.

Sousa (2004, p. 23) refere que, “o envelhecimento é um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. Trata-se de um fenómeno inevitável, inerente à própria vida, equivalente à fase final de um programa de desenvolvimento e diferenciação”. De acordo com esta autora, poderá distinguir-se dois

tipos de envelhecimento: o envelhecimento primário e o envelhecimento secundário. O primeiro indica o processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença, mas que acontece, inevitavelmente, com o passar do tempo. O segundo diz respeito aos fatores que interferem no processo de envelhecimento normal, como o stress, doença ou traumatismo, suscetível de acelerar o processo de envelhecimento primário.

O envelhecimento é um processo complexo e comum a todos os seres vivos, nomeadamente ao homem. No entanto, este processo é diferente de indivíduo para indivíduo, e até diferente relativamente ao mesmo indivíduo, na medida em que por vezes é mais rápido e outras vezes mais lento, podendo ser mais visível nas últimas fases da vida.

Fernandes (2000), propõe quatro conceitos diferentes a ponderar na definição do processo de envelhecimento: idade cronológica, correspondente à idade oficial presente no bilhete de identidade, determinada pelo calendário, pelo passar do tempo; idade biológica, correspondente ao estado orgânico e funcional dos vários órgãos, aparelhos e sistemas, isto é, à posição do indivíduo no seu ciclo de vida, e que pode não coincidir com a idade cronológica, implicando a observação das capacidades funcionais do organismo; idade social, que se refere aos papéis e hábitos do indivíduo em relação ao seu grupo social, podendo ser avaliada através dos padrões de comportamento, como por exemplo, o desempenho de funções sociais e a idade psicológica, que não depende da idade nem do estado orgânico, e que se refere às capacidades de o indivíduo se adaptar ao meio ambiente.

Um outro aspeto importante a considerar em relação ao envelhecimento é a sua caracterização, que segundo Lidz (1983, cit. in Fernandes, 2002), pode incluir três fases sucessivas. “A primeira fase denomina-se Idoso. Esta é caracterizada pela não existência de grandes alterações orgânicas: as modificações observam-se no modo de vida provocado pela reforma, considerando-se ainda o indivíduo capaz de satisfazer as suas necessidades. A segunda fase é designada por Senescência e é caracterizada pelo momento ou quando o indivíduo passa a sofrer alterações na sua condição física, ou de outra natureza, que o levam a ter de confiar nos outros, o que corresponde a uma velhice avançada. Por último, surge uma terceira fase, a fase da Senilidade e caracteriza-se por o cérebro já não exercer a sua função como órgão de adaptação, o indivíduo torna-se quase dependente e necessita de cuidados completos”.

No entanto, o idoso pode não chegar a atingir todas as fases, ou pelo contrário, atingi-las em simultâneo.

Associados ao processo de envelhecimento estão diversos fatores, que podem ser intrínsecos, ou seja, inerentes ao próprio indivíduo, ou extrínsecos, relativos ao meio ambiente.

Por entre os fatores intrínsecos distinguem-se de acordo com Fernandes (2002), fatores como a idade, as perdas e a adaptação. Os fatores sociodemográficos, socioeconómicos, o ambiente e a institucionalização constituem aquilo que são fatores extrínsecos do processo de envelhecimento.

Envelhecimento é diferente de velhice, dado que o envelhecimento começa assim que somos gerados, a velhice ou os seus sinais e sintomas físicos e mentais só se manifestam de forma clara a partir de determinada idade.

São muitos os autores que têm procurado definir, sob variados pontos de vista, o conceito de velhice considerando-o como uma “fase da vida” e segundo Reis (1998, p.1) como “ um processo de diminuição gradual da capacidade fisiológica de cada órgão ou sistema, devido a atrofia progressiva dos tecidos”.

Na perspetiva de Bernard (1994, cit. in Fernandes, 2000) a velhice pode ser considerada como, a última idade da vida, cujo início fixamos no sexagésimo ano, mas que pode ser mais ou menos avançada ou retardada, segundo a constituição individual, o género de vida e uma série de outras circunstâncias.

Uma abordagem complementar é nos dada por Fernandes (2002) que refere que a velhice se constitui como um conjunto complexo de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos em cada indivíduo, podendo ser considerada o “coroamento” das etapas da vida. Ela traz consigo a colheita do que aprendeu e viveu, do quanto se fez e foi alcançado, do quanto se sofreu e suportou.

De acordo com Cabrillo e Cachafeiro (1990, p.16), “a velhice pode ser definida como um processo desfavorável e progressivo da mudança, de um modo geral associado à passagem do tempo, que se torna perceptível depois da maturidade e conclui, invariavelmente, com a morte”.

Apesar da dificuldade em definir com exatidão “velhice” podemos dizer que a mesma não é uma doença. Mas sim a comprovação de que houve suficiente saúde para a atingir. Das múltiplas interpretações pretende-se aqui assinalar que a noção de velhice não

é sinónimo de doença ou incapacidade, mas sim de uma menor capacidade orgânica e psíquica.

2.1 Envelhecimento Biológico, Psicológico e Social

O processo de envelhecimento revela profundas disparidades entre os indivíduos, consiste num processo complexo de evolução biológica dos organismos vivos, mas também um processo psicológico e social do desenvolvimento do ser humano, face a um corpo que muda e vai sofrendo alterações funcionais e de papéis sociais.

Sendo o envelhecimento um processo extremamente complexo, resultante da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, Schroots e Birren (1980, cit. in Paúl, 1997) distinguem três principais categorias de envelhecimento: o biológico, o psicológico e o social.

No que se refere ao envelhecimento biológico, este resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se denomina senescência. O processo de envelhecimento biológico refere-se às transformações físicas que reduzem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo, traduzindo-se numa diminuição progressiva da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático que, em condições normais, não será suficiente para produzir perturbações funcionais. Quando este declínio é muito significativo, ocorre uma importante redução da reserva funcional, colocando o idoso mais vulnerável ao surgimento de doenças crónicas (Netto e Ponte, 2000, cit. in Figueiredo, 2007), que podem levar a alterações na capacidade funcional, ameaçando a sua autonomia e independência.

Tal como o envelhecimento a outros níveis, a nível biológico, a evolução é variável, sendo que, de um modo geral, os tecidos perdem alguma flexibilidade e os órgãos e os sistemas reduzem a qualidade e a agilidade das suas funções. É neste sentido que se afirma que o envelhecimento humano biológico se dá ao nível dos órgãos, dos tecidos e das células, e que as alterações que se verificam nos vários aparelhos e sistemas não têm a mesma velocidade de declínio, e o padrão de declínio é bastante heterogéneo entre os diversos órgãos. O envelhecimento biológico passa por uma série de alterações a vários níveis: ao nível do paladar e do olfato; ao nível da visão, da audição; alterações do sono

(oscilações); alterações da temperatura; do peso e do metabolismo; alterações das necessidades energéticas e ao nível da sexualidade (Figueiredo, 2007).

Podemos constatar, em muitos casos que a diminuição das capacidades físicas e sensoriais (audição e visão), para além das mentais, potencia um decréscimo do bem-estar e aumenta o sentimento de vulnerabilidade, determinando a condição psicológica e social das pessoas idosas.

Numa perspetiva de envelhecimento psicológico, esta encontra-se associada à diminuição e alteração de faculdades psíquicas que podem resultar em dificuldade de adaptação a novos papéis, em falta de motivação e dificuldade de planear o futuro, em perdas orgânicas, afetivas e sociais, em baixa auto imagem e auto estima e em dificuldade de adaptação a mudanças rápidas, no entanto, sempre que trabalhadas, a inteligência e a capacidade de aprendizagem podem continuar a progredir.

Juntamente com alterações biológicas e psicológicas que decorrem ao longo do processo de envelhecimento, também a nível social ocorrem alterações nos papéis desempenhados ao longo da vida, o que exige a necessidade de adaptação às novas condições de vida.

O envelhecimento social caracteriza-se pela mudança de papéis e, nomeadamente, a perda de alguns deles como, por exemplo, a perda do papel profissional que ocorre no momento da reforma, bem como perdas de papel a nível familiar e comunitário (Figueiredo, 2007). A reforma marca a perda de determinados papéis sociais ativos, a diminuição de rendimentos económicos, a perda de oportunidade de contatos sociais e uma maior quantidade de tempo livre, o que exige que o indivíduo reformule os seus valores, rotinas, objetivos e energias (Figueiredo, 2007).

Segundo Guillemard (1980, cit. in Fernandes, 1997), a reforma tem um duplo significado. Por um lado, representa o afastamento do circuito de produção em que o indivíduo estava envolvido. Por outro lado, o direito a um repouso remunerado.

A reforma é a componente eminentemente social da unidade aparente que constitui a noção de pessoa idosa. Operacionalizada a velhice desta forma, é possível analisar o problema a partir da sua componente social, a reforma, que Guillemard (1980, cit. in Fernandes, 1997) define a partir da oposição trabalho/não trabalho. O trabalho está no centro da definição da posição do ator na estrutura social. O não trabalho representa a exclusão do circuito de atividade e o ator social reformado afirma-se pela sua capacidade de trabalho realizado.

Ainda segunda a mesma autora, a passagem à reforma, corresponde ao momento mais importante da reestruturação dos papéis sociais. A vida roda em torno de dois mundos, o familiar e o de trabalho, nos quais se desenrolam os principais desempenhos, ao deixar o primeiro, só o segundo pode assegurar o equilíbrio social e pessoal.

Ao reformar-se, o trabalhador é colocado na última fase da vida denominada “terceira idade” e inicia um processo em que a velhice está perfeitamente identificada com uma idade de vida. Passou da velhice invisível³ a uma velhice socialmente identificada e a passagem à reforma ritualiza a entrada nesta última etapa da vida.

Quando socialmente se começou a constituir a ideia de uma etapa da vida que é comumente vivida e onde a velhice está associada a uma reforma, trata-se de uma velhice identificada (Guillemard, 1980, cit. in Fernandes).

A velhice, enquanto “categoria social” é assim constituída por indivíduos idosos e reformados, ela é o resultado de uma construção social recente, relacionada com a institucionalização e generalização dos sistemas de reforma. Ser velho constituiu-se como a categoria social que integra todos os que atingiram determinado patamar de idade e passaram à reforma.

A generalidade dos estudos tem concluído que a passagem à reforma não é um acontecimento único, isolado, mas um processo que decorre ao longo de uma serie de fases e cujo desfecho se situa entre dois polos de uma trajetória adaptativa. Um onde é refletido um impato negativo na identidade e um sentimento de perda de controlo percebido e outro onde se encontra uma tendência predominante de ajustamento à nova condição de vida, por meio da qual se procura acrescentar alguma coisa de novo à existência quotidiana (Fonseca, 2011).

Segundo Taylor-Carter & Cook (cit. in Fernandes, 2011) aos dois pólos dessa trajetória adaptativa, correspondem atitudes distintas como a incapacidade de separação emocional da anterior profissão, o desencanto com a vida atual, desorientação perante a necessidade de definir uma nova rotina, investimento em novas atividades, procura de soluções de ocupação.

Neste sentido, a passagem à reforma é uma ocasião particularmente sensível e com implicações na estrutura psicológica e no desenvolvimento dos indivíduos, sendo

³ Característica de uma sociedade em que a condição de velho era função do património familiar é típica do século XIX e início do século XX. É invisível na medida em que a solidariedade para os idosos é praticamente uma solidariedade familiar, privada, remetida para o interior do espaço doméstico. Na ausência desta, a velhice desprotegida era atirada para o espaço público, identificada com a mendicidade e recebia então algum consolo das instituições de caridade.

consensual que se trata de uma ocorrência que comporta ganhos e perdas e cujo resultado final em termos adaptativos dependerá muito quer de fatores eminentemente individuais (história de vida, saúde, estilo de vida, padrão de ocupação do tempo livre...), quer da relação do indivíduo com os contextos envolventes (relações de convivência, família, inserção social...), quer ainda da forma como ocorre (forçada ou escolhida, gradual ou abrupta).

A reforma contribuiu, portanto, para criar uma nova idade na vida entre a idade madura e a idade avançada. Desta forma, designou-se de terceira idade esta nova fase da vida, e emergiu uma nova velhice, designada de quarta idade a fase de vida dos mais idosos, traduzindo uma separação entre estas.

3. Emergência de uma nova velhice: A quarta idade

É importante ter em conta que os idosos de hoje são diferentes dos idosos de gerações mais antigas. Qualquer limite cronológico para definir as pessoas idosas é sempre arbitrário e dificilmente traduz a dimensão biológica, física e psicológica da evolução do ser humano. A autonomia e o estado de saúde devem ser fatores a ter em conta, pois afetam os indivíduos com a mesma idade de maneira diferente.

A Comissão das Comunidades Europeias analisou as respostas de um questionário europeu que decorreu em 1992 sobre “Idade e Atitudes”. Neste estudo refere-se a necessidade de alteração do significado da expressão “terceira idade” devido à sua desadequação, em consequência do aumento da esperança de vida, propondo que esta corresponda apenas ao grupo dos 50-74 anos e uma nova designação de “quarta idade” para os 75 e mais anos (INE, 2002).

Uma abordagem complementar é dada por Paúl (1997) que faz uma divisão desta população em três grupos etários, referindo-se que os indivíduos entre os 65 e os 75 anos como os idosos-jovens; os indivíduos entre os 76 e os 85 como os idosos-idosos e os que têm mais de 85 anos como os muito idosos (Paúl, 1997).

O alongamento da vida suscita assim, diferentes interpretações acerca das idades da vida. De acordo com Mauritti (2004), apercebemo-nos de dois grandes discursos principais acerca da velhice. De um lado, discursos nos quais os mais velhos são tidos como

segmentos específicos de consumo, ou seja, a velhice é associada a oportunidades de lazer, de liberdade e de auto aperfeiçoamento; este segundo discurso reúne os mais velhos na categoria de “terceira idade” ou “reformado”. De outro lado, discursos que conceitualizam a velhice numa vertente mais negativa, na qual se enquadram situações de pobreza, isolamento social, solidão, doença e dependência, a este tipo de discursos está associado à denominada “quarta idade” (Mauritti, 2004).

Na perspetiva dos autores Baltes & Smith (2003; cit. in Fonseca, 2006), mostra-se útil proceder a uma distinção entre uma “terceira idade” e uma “quarta idade”, reduzindo a importância da idade cronológica e destacando o vetor caracterizado pela idade funcional. Essencialmente, os autores justificam a importância da distinção entre a “terceira idade” e a “quarta idade” à luz da existência real de descontinuidades e de diferenças qualitativas entre as idades da velhice, propondo dois tipos de critérios para efetuarem tal distinção: um de cariz demográfico populacional, outro de cariz individual.

Neste âmbito à “terceira idade” estão associadas boas notícias tais como o aumento da expectativa de vida; boa forma física e mental; existência de substanciais reservas cognitivo-emocionais; mais pessoas que envelhecem com sucesso; níveis elevados de bem estar pessoal e emocional; adoção de estratégias eficazes de gestão de ganhos e das perdas da velhice. Por outro lado, à “quarta idade” estão associadas notícias menos boas, nomeadamente, perdas consideráveis no potencial cognitivo e na capacidade de aprendizagem; aumento de sintomas de stress crónico; considerável prevalência de demências; elevados níveis de fragilidade, disfuncionalidade, e multimorbilidade.

O estudo BASE (Baltes & Mayer, 1999; Baltes & Smith, 1999, 2003; cit. in Fonseca 2006) permitiu confirmar que as pessoas idosas situadas na “terceira idade” apresentam uma elevada plasticidade, mostrando uma capacidade admirável para regular o impacto subjetivo da maioria das perdas que vão ocorrendo. O mesmo estudo permitiu também confirmar que, na “quarta idade”, todos os sistemas comportamentais mudam concomitantemente em direção a um perfil cada vez mais negativo; poucas funções permanecem robustas e resilientes perante mudanças de sinal negativo e essa tendência acentua-se quando o avanço na idade vem acompanhado da ocorrência de patologias. O estudo revelou ainda que é praticamente inevitável que à “quarta idade” corresponda uma diminuição global das capacidades cognitivas, tendência que não se fica apenas pelo domínio cognitivo mas que se estende à generalidade do funcionamento psicológico (com eventual exceção das competências da linguagem) (Fonseca, 2006). Isto significa que a

“quarta idade” não é uma mera continuidade da “terceira idade”, havendo entre os mais idosos uma elevada prevalência de disfunções e um reduzido potencial de funcionamento. Os investigadores do estudo BASE revelaram a existência de uma acentuada disfuncionalidade na velhice mais tardia. Em contraste com os idosos mais novos, os dados recolhidos em indivíduos com 90 e 100 anos de idade mostram claramente inúmeras consequências negativas resultantes do fato de viverem mais tempo e de atingirem a “quarta idade” (Fonseca, 2006).

Por um lado, a longevidade é vista como uma conquista em qualidade de vida. Esta geração estará melhor preparada física e materialmente para resistir às doenças e sobreviver com saúde, mas por outro lado, e para os mais pessimistas, a longevidade não beneficia a humanidade, já que significa ficar mais vulnerável às doenças, a perturbações mentais, patologias crónicas e incapacitantes.

Esta nova quarta idade remete para uma maior atenção de um grupo etário que está a crescer, com idades em regra superiores a 65-75 anos, sendo uma prioridade no domínio das políticas sociais.

Face ao exposto, as questões da autonomia e dependência mostram-se incontornáveis quando se aborda a problemática da velhice.

3.1 Autonomia e Dependência

De acordo com Vicente (2002) a autonomia é definida como a capacidade e liberdade que o indivíduo tem em realizar as suas atividades de vida diária (AVD). Ser autónomo não quer dizer que a pessoa não tenha ajuda no seu autocuidado, mas é capaz de adquirir competências para gerir a sua vida em função das expectativas e meio onde se insere, mantendo-se ativo na sociedade.

As dependências observadas nos idosos resultam tanto de alterações biológicas (deficiências ou incapacidade) como de mudança nas exigências sociais e, frequentemente, as últimas parecem determinar as primeiras.

Dependência relaciona-se diretamente com a perda brusca ou progressiva de autonomia a vários níveis: físico, psíquico e social, com a necessidade de outrem para dar resposta às dificuldades funcionais instaladas ou que se vão instalando, assim como com a

reformulação da representação ou perceção individual acerca de qualidade de vida (Saraiva, 2011).

Nas sociedades desenvolvidas tem-se verificado um significativo aumento do número de pessoas em situação de dependência devido ao aumento de doenças (físicas e mentais) associadas ao ritmo desgastante de vida, mas sobretudo devido ao aumento da longevidade. Esta é determinada, fundamentalmente, pela melhoria dos cuidados de saúde e das condições de vida relacionadas com os avanços científicos e tecnológicos. De fato, os avanços médicos promoveram a esperança de vida por um lado, e, conseqüentemente, por outro lado, o aumento de doenças crónicas, incapacitantes que podem persistir durante longos períodos de tempo.

Uma pessoa dependente será aquela que durante um prolongado período de tempo necessita de ajuda de outra pessoa para realizar determinadas atividades do quotidiano (Figueiredo, 2007).

Paschoal (2007) refere que a perda da função é o principal indicador de dependência, salienta que se deve fazer uma avaliação da autonomia funcional do idoso, com base nas AVD como a alimentação, higiene pessoal e movimento; nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) que apresentam maior complexidade; como usar o telefone, cuidar da casa, preparar a comida, fazer compras, tratar dos assuntos económicos e usar os meios de transporte, e ainda nas atividades avançadas de vida diária (AAVD), mais complexas mas não tão essenciais para a independência da pessoa idosa. Interferem, isso sim, com a sua auto realização. Tal é o caso da capacidade de conduzir, fazer desporto, ir ao cinema, entre outras.

A investigação tem revelado que as atividades em que os idosos mais necessitam de apoio prendem-se essencialmente com a provisão direta de apoio nas atividades básicas (cuidados de higiene, vestir, mobilidade, alimentação, etc.) e instrumentais (transporte, compras, tarefas domésticas, preparação das refeições, gestão financeira, administração de medicamentos, etc.) (Figueiredo, 2007).

Por forma a conhecer a incapacidade funcional dos sujeitos dependentes em termos metodológicos através de escalas de capacidade funcional, com o intuito de determinar os cuidados que estes carecem. Constituem exemplo, os trabalhos e instrumentos de avaliação funcional mais utilizados como o Índice de Katz, Índice de Barthel e Índice de Lawton.

O Índice de Katz avalia a capacidade em executar atividades de vida diária, focalizando-se em seis atividades: banho; vestir; usar o wc; mobilidade; controlo de

esfínteres e alimentação. Em cada item, avalia-se se o idoso é independente, se necessita de supervisão, se necessita de ajuda ou se é independente.

O Índice de Katz pode ser também utilizado no formato Likert, pontuando-se cada item de 0 a 3, sendo que o 0 representa independência completa; 1 está relacionado com a necessidade de supervisão; 2 necessidade de ajuda e 3 dependência de outrem.

O Índice de Barthel centra-se em dez atividades básicas de vida diária: alimentação; vestir; banho; higiene corporal; uso do wc; controlo intestinal; controlo vesical; subir escadas; transferência cadeira-cama e deambulação. Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que a pontuação 0 corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com 5, 10 ou 15 pontos em função dos níveis de diferenciação.

Este índice possibilita a avaliação da capacidade funcional do idoso e determina o grau de dependência de forma global e de forma parcelar em cada atividade.

Este instrumento sugere que as atividades básicas de vida diária apresentam uma natureza multidimensional organizadas em três domínios, possibilitando, deste modo, a identificação dos determinantes do comprometimento das ABVD, de forma global ou parcelar (mobilidade, higiene e controlo de esfínteres.)

O Índice de Lawton concentra-se em oito atividades instrumentais de vida diária como cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, ir às compras, utilização do telefone, utilização de transporte, gestão do dinheiro e gestão da medicação (Sequeira, 2010).

Cada item apresenta três, quatro ou cinco níveis diferentes de dependência, pelo que cada atividade é pontuada de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5, em que uma maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência.

O impacto das escalas de dependência é muito grande na objetivação das necessidades, mas note-se que ao aplicá-las nunca se deve esquecer as dimensões sociais, psicoafectivas e mentais do ser humano, as quais também são passíveis de ser alvo de perda de autonomia e independência (Lage, 2007).

De acordo com a Carta Social (2009), para compreender melhor os conceitos de autonomia e dependência consideram-se as seguintes conceções:

- **Autónomo** – Capaz de realizar sem apoios de terceiros os cuidados de necessidade básica.

- **Parcialmente dependente** – Necessita de apoio de terceiros para cuidados de higiene pessoal e/ou deslocação.

- **Dependente** – Não pode praticar, com autonomia, os atos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida diária: atos relativos à alimentação, locomoção e/ou cuidados de higiene pessoal.

- **Grande dependente** – Acumulam as situações de dependência que caracterizam os dependentes e encontram-se acamados ou apresentam quadros de demência grave.

Ao analisar a distribuição percentual dos utentes em respostas sociais para pessoas idosas por grau de dependência (gráfico 6), verifica-se que cerca de 78 % dos utentes em Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas têm alguma dependência, valor que desce para 60 % no caso do SAD e para 41 % no Centro de Dia, situação que está diretamente relacionada com as características das respostas.

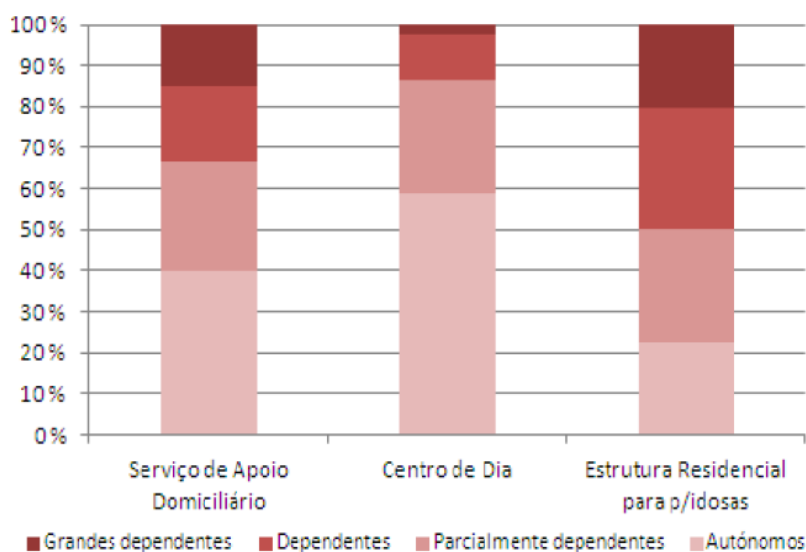


Gráfico 6: Distribuição percentual dos utentes em respostas sociais para pessoas idosas por grau de dependência, Continente 2012

Fonte: Carta Social, 2012

A autonomia e a dependência detêm particular relevância no contexto do envelhecimento, estabelecendo uma estreita relação com esse fenómeno, já demonstrada pela evidência empírica: quanto mais elevado o grupo etário, maior é o grau de dependência. À medida que a idade avança, vai aumentando a probabilidade do indivíduo se tornar incapaz para realizar de forma autónoma e independente determinadas tarefas

diárias, dado que a percentagem de indivíduos com limitações funcionais aumenta nos grupos populacionais mais idosos, muito embora a dependência possa percorrer toda a estrutura da população, em qualquer fase da vida, não sendo um atributo exclusivo da velhice (Figueiredo, 2007).

CAPÍTULO II – POLÍTICAS E REDES SOCIAIS DE APOIO À TERCEIRA IDADE

1. Políticas Sociais para a Terceira Idade

As políticas sociais para a terceira idade refletem hoje novos entendimentos, refira-se que o tema da velhice começa a ser objeto de discursos especializados a partir de meados do século XIX. É nesta altura, tal como refere Pimentel (2005) que começam a surgir as primeiras instituições para atender os problemas específicos das pessoas consideradas de idade avançada, nomeadamente os asilos.

Por políticas sociais de velhice entende-se “o conjunto das intervenções públicas ou ações coletivas que estruturam, de forma explícita ou implícita, as relações entre a velhice e a sociedade” (Guillemard 1980, cit. in Fernandes, 1997).

De acordo com Veloso (2008), a partir de 1976 e até 2002 verificou-se um desenvolvimento na política de terceira idade, realçando-se a forma como esta tem sido tratada e como têm sido garantidos os seus direitos. Existindo três grandes marcos de referência: de 1976 a 1985, a autora analisa a rutura com a forma de intervir na velhice, que vinha desde do século XIX; de 1985 a 1995, tendo em conta a política de terceira idade num contexto de crise do Estado-providência; e de 1995 a 2002, abordando a ausência de uma política global, integrada e pública de terceira idade e a ênfase colocada no potencial dos idosos como consumidores.

O primeiro período de referência designado - A nova política da terceira idade – “manter no domicílio”, que ocorre de 1976 a 1985, conduz a uma alteração na forma de tratar os idosos. A alteração mais visível concretiza-se na transformação dos asilos em lares e na emergência de serviços e instituições para a terceira idade.

A política de manutenção dos idosos no seu domicílio foi divulgada e introduzida em Portugal através da criação de centros de dia⁴, do apoio domiciliário, de centros de convívio⁵ e da alteração dos asilos em lares⁶.

⁴ Resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar.

Esta nova política referente a esta primeira etapa caracteriza-se por preconizar a continuação dos idosos no seu domicílio, criando condições para que possam aí permanecer integrados socialmente, partindo do pressuposto de que é possível retardar o envelhecimento (físico e mental) através de diferentes atividades culturais, recreativas e desportivas. Para além disso, também veicula uma representação de velhice diferente da velhice dos hospícios, ou seja, uma velhice autónoma e ativa.

Esta política, contrária à anterior (que internava os idosos que não tinham meios de sobrevivência), embora tenha um carácter humanizante e até permitindo inseri-la numa linha da defesa dos direitos humanos, e de cidadania, poderá indiciar outras razões que, e/ou a pretexto de razões mais humanitárias, contribuiram para a concretização desta política de manter no domicílio as pessoas idosas. Outros interesses poderão ter estado por detrás da defesa e promoção de medidas, como centros de dia ou apoio domiciliário que traduzem essa política. De salientar que, algumas das razões para esta nova forma de gerir a velhice poderão ser de ordem financeira (Velo, 2008).

Estes equipamentos, como por exemplo os centros de dia, para além de proporcionarem um novo modo de vida aos idosos, que se desejavam inseridos e mais participativos na comunidade, também reduziram as despesas ao Estado.

Para além dos centros de dia e do apoio domiciliário, outra instituição que também começa a emergir, nesta década, é o centro de convívio, traduzindo a política de integração dos idosos no seu meio social

Cada um destes equipamentos desempenha um papel diferenciado e complementar na política de manter no domicílio, tendo objetivos diferentes, o que implica dar respostas a uma população idosa e diferenciada, não só ao nível da autonomia (que muitas vezes é em função da idade), como ao nível socioeconómico.

Esta política de manutenção dos idosos no seu domicílio foi concretizada, especificamente, com a criação de equipamentos que a simbolizam, designadamente

⁵ Resposta social, desenvolvida em equipamento, de apoio a atividades sócio recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas de uma comunidade.

⁶ Lar de Idosos (designação alterada para Estrutura Residencial para Idosos: Quartos) Resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada ao alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia.

durante este período de 1976 a 1985, apesar de existirem indícios, entre 1978 e 1981, de algumas alterações na forma de perceber a velhice e de a gerir.

Um segundo momento entre 1985 e 1995 foi marcado pela adesão à Comunidade Europeia (CEE), a influência da CEE fez-se sentir na política social, embora a dimensão social nunca tivesse sido muito uma preocupação da mesma (Rodrigues, 1999, cit in Veloso, 2008). Mais concretamente, a influência da Comunidade Europeia fez-se sentir na área específica da política para a terceira idade, no início da década de 90 (entre 1991 e 1993), surgindo o primeiro Programa de Apoio Comunitário às Pessoas Idosas.

O empenhamento pela dimensão social e em particular pelas pessoas idosas, por parte da Comunidade Europeia, como referimos, não é usual, revestindo-se, portanto, de interesse indagar acerca das razões para a promoção desse programa de apoio. Uma das respostas a esta questão decorreu da importância que este grupo etário passou a representar em termos políticos devido ao seu peso demográfico e às suas consequências, especialmente no âmbito dos sistemas de segurança social. O que está em causa são, principalmente, problemas europeus, como é o caso da alteração do Estado-providência e do problema que representa o peso demográfico dos mais velhos, seja em termos de financiamento das pensões de velhice, seja na prestação de diversos cuidados aos mais velhos, apelando assim para o papel da sociedade-providência traduzida na “solidariedade entre gerações”, nomeadamente dentro da família, sendo uma das formas de produzir bem-estar social, ultrapassando a crise do Estado-providência (Veloso, 2008).

Ainda por referência a este momento de viragem (período de 1991 – 1993), o ano de 1993 foi dedicado à comemoração do Ano Europeu do Idoso e da Solidariedade entre Gerações, com o objetivo de sensibilizar para determinados temas, incentivar o debate e o diálogo a nível nacional e europeu e mudar atitudes. Depois desta dinâmica e intercâmbio entre diferentes projetos nacionais e europeus, provocados pelo I Programa Comunitário de Apoio às Pessoas Idosas e pelo Ano Europeu, foi criado em 1994 o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), através do Despacho conjunto dos Ministérios da Saúde e do Emprego e da Segurança Social, Diário da República n.º 166, II Série, de 20 de Julho de 1994. Este programa visava, em termos gerais: criar condições para que o idoso se mantenha no seu domicílio através da disponibilização de diferentes serviços de natureza permanente e urgente; dar apoio às famílias que cuidam de familiares dependentes como os idosos; promover e apoiar ações de formação, quer inicial, quer em exercício dos profissionais, voluntários, familiares ou outras pessoas da comunidade; por último, visa

prevenir o isolamento, a exclusão, a dependência, concorrendo para a solidariedade intergerações e para a criação de postos de trabalho. Neste sentido, foi mantida e foi dada continuidade à política de manutenção dos idosos no seu domicílio iniciada em 1976 no nosso país.

Este programa, apesar de poder ter contribuído para a articulação entre os serviços de ação social e os serviços de saúde, concretamente através dos projetos referentes a serviço de apoio domiciliário, centro de apoio a dependentes, saúde e termalismo, não reflete efeitos em termos da conceção de uma política global para a terceira idade (Velo, 2008).

Nesta fase defende-se a implementação da política de manutenção do idoso no seu domicílio, enfatizando principalmente as áreas da ação social e da saúde, e dirigindo-se preferencialmente para uma população mais velha e dependente e não desenvolvendo uma política para a terceira idade alargada a diferentes setores e a uma população mais diversificada em termos de idades, entre outros aspetos.

O terceiro período de 1995 a 2002 é marcado pela continuidade da política de manutenção do idoso no domicílio, surgindo um conjunto de projetos e programas passando haver uma estimulação das redes de apoio, reconhecendo-se o apoio ao nível da família.

No âmbito do PAII, os projetos em curso neste período são os mesmos que foram lançados no período anterior: os passes para a terceira idade, serviço de telealarme, serviço de apoio domiciliário, centro de apoio a dependentes, formação de recursos humanos, saúde e termalismo e o turismo sénior, sendo estes últimos (saúde e termalismo e turismo sénior) geridos pelo INATEL mas financiados pelo PAII.

Um aspeto que se pode problematizar quanto a estas iniciativas, mais de cariz comercial e de incentivo ao consumo, é a possível discriminação dos idosos, ou seja, podem destinar-se privilegiadamente a quem possuir um capital económico e também um capital cultural mais elevados, portanto, não serem iniciativas acessíveis a todos os idosos.

Outra medida destinada aos idosos que foi igualmente desenvolvida no âmbito da ação social foi o Programa Idosos em Lar⁷, que visava a melhoria dos cuidados para população idosa, aumentando a oferta do número de lugares em lares e também criando novas respostas, como o alojamento temporário.

⁷ PILAR, Despacho n.º 6, de 21/1/97

O ano de 1999 foi dedicado aos idosos, comemorando-se o Ano Internacional das Pessoas Idosas, intitulado “Uma Sociedade para todas as Idades” e promovido pelas Nações Unidas, tendo sido um objetivo definido com bastante antecedência (Velo, 2008).

No final deste Ano Internacional, concretamente no Seminário de Encerramento, refletiu-se sobre diferentes questões como a educação e a formação, salientando-se a necessidade de enquadrar a educação de adultos e o ensino recorrente numa perspetiva de educação permanente, valorizando as culturas locais. Defendeu-se que o ensino superior deve possibilitar a frequência aos adultos idosos e que a atualização dos conhecimentos por parte das pessoas idosas é necessária, dado o seu papel no desenvolvimento da sociedade (Comissão Nacional para o Ano Internacional das Pessoas Idosas, 1999).

Deste Seminário saíram igualmente recomendações, umas quanto à clarificação do estatuto das pessoas idosas no sistema jurídico, de forma a serem garantidos os direitos humanos e sociais, ou seja, o seu direito à autonomia; outras quanto a diferentes medidas no âmbito do meio onde vivem as pessoas idosas, nomeadamente no campo da saúde e da atividade física para se retardar o envelhecimento, e ainda outras recomendações no âmbito da educação e da formação, promovendo a atualização cultural no sentido de manter a atividade mental e social do idoso.

Neste sentido, embora não seja explícito, preconiza-se um estilo de vida ativo para os idosos, para retardar os efeitos físicos e mentais do processo de envelhecimento, que, como analisámos no início deste capítulo, era uma perspetiva que fundamentava a política de manutenção do idoso no seu meio. Aliás, esta defesa de um estilo de vida ativo parece continuar a estar presente, pelo menos nalgumas orientações internacionais para a política para a terceira idade a partir de 2002, como indiciam, por exemplo, a II Conferência Mundial sobre o Envelhecimento, promovida pelas nações Unidas e realizada em Madrid, em 2002, e também a OMS, 2002).

As medidas operativas para as pessoas idosas, ocorrem atualmente em diferentes níveis. De acordo com Martin et al (cit. in Osório & Pinto, 2007), os diferentes serviços e/ou programas públicos podem classificar-se em várias áreas de estratégias para as políticas de terceira idade, nomeadamente: medidas de promoção de cuidados aos idosos dependentes; medidas de promoção do envelhecimento ativo e medidas de promoção do envelhecimento produtivo.

No âmbito da política social, medidas que reforçam o SAD, as medidas de promoção dos cuidados, anteriormente referidas, são as que suscitam uma intervenção conjunta entre rede formal e informal, são dirigidas essencialmente a indivíduos que apresentam algum grau de dependência e as que têm registado uma maior atenção nas últimas décadas.

De acordo com Martin *et al* (cit. in Osório & Pinto, 2007) para além do cuidado domiciliário, os programas sociais que operacionalizam a promoção do cuidado podem ser de natureza diversa, a este nível destaca-se:

- **serviços de informação** (assentam, basicamente, na disponibilização de informação acerca das respostas disponíveis na comunidade);
- **acessória jurídica e defesa de direitos** (em Portugal estas respostas baseiam-se na Linha do Cidadão Idoso e na Linha de Emergência Social -144);
- **programas de internamento** (no enquadramento legal existente em Portugal corresponde aos serviços de Lares de Idosos);
- **programas de cuidados a idosos inovadores ou alternativos** (no nosso país destacam-se o acolhimento familiar a pessoas idosas e adultas com deficiência; o PAII, que promove vários projetos de apoio às pessoas idosas e às suas famílias, nomeadamente SAD; Centro de Apoio a Dependentes/Centro Pluridisciplinar de Recursos (CAD); Formação de Recursos Humanos (FORHUM); Serviço Telealarne);
- **centros de atenção diurna e noturna** (Centro de Dia; Centro de Convívio; Centro de Noite);
- **programas de adaptação ambiental** (Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Programa de Apoio à Remodelação de Habitações e Espaços Circundantes);
- **programas de alívio para cuidadores e intervenção em negligência e maus tratos a idosos** (trata-se de um tipo de resposta, sem grande expressão no nosso país);
- **programas de cuidado domiciliário (SAD).**

Relativamente às medidas de promoção do envelhecimento ativo, estas consistem num conjunto de estratégias para fomentar a adoção de um papel ativo e intencional, por parte dos idosos, no seu próprio envelhecimento. Procuram um estilo de vida mais

saudável, fomentando várias áreas, destacando-se os programas de saúde e bem estar físico (Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas); os programas de ingressos económicos (podendo ser diretos, neste caso o Estado recorre a três mecanismos complementares: alargamento da base de tributação, aumento das taxas de contribuição e participação crescente do Estado através do seu orçamento e indiretos como é o caso do cartão 65) e programas educacionais, formais e informais (não existindo em Portugal qualquer medida ativa).

Para além das medidas anteriores, surgem também as medidas de promoção do envelhecimento produtivo, que pretendem uma participação mais ativa dos idosos na sociedade, através da continuidade da prestação dos seus serviços, contribuindo para o desenvolvimento económico e social. Destacam-se o voluntariado sénior e os programas intergeracionais e os programas de emprego sénior.

Atualmente a preocupação desde que as políticas sociais adquiriram maior visibilidade, verifica-se um aumento e uma melhoria notáveis na quantidade e qualidade dos serviços sociais e de saúde para os idosos. Encontram-se cada vez menos pessoas autónomas a residir em Lares, embora se observe um aumento dos grandes dependentes, sem respostas específicas diferenciadas, sobretudo ao nível das demências (Paúl, 2005).

No futuro teremos certamente mais idosos, mas serão indivíduos mais educados e exigentes, constituindo um desafio aos profissionais, uma vez que terão de planear serviços para pessoas que não dispensarão as tecnologias, tolerarão cada vez menos respostas massificadas às suas necessidades, exigindo recursos especializados e humanizados, que apelam sobretudo às boas práticas profissionais (Paúl, 2005).

Deste modo, é natural que numa sociedade cada vez mais envelhecida, o aumento do apoio aos idosos aparece como um dos problemas prioritários nas políticas sociais de todos os países desenvolvidos, daí a execução de respostas estatais que juntamente com a comunidade e famílias se direcionam para esta população, na tentativa de colmatar as suas necessidades.

2. Redes Sociais de Apoio à Terceira Idade

Na opinião de Paúl (1991; cit. in Martins s/d) as redes sociais de apoio constituem “formas como as ligações humanas se estruturam como sistemas de apoio (para

manutenção e promoção da saúde das pessoas) e os recursos que são partilhados entre os membros desse sistema”.

As redes sociais que apoiam os idosos estão inseridas em dois grupos fundamentais, as redes de apoio formal e as redes de apoio informal e segundo Paúl (1997), estas redes visam a ajuda concreta às pessoas idosas.

No grupo constituído pelas redes de apoio formal, incluem-se os serviços estatais, de segurança social e os organizados pelo poder local, nomeadamente Lares para a Terceira Idade, Serviços de Apoio Domiciliário, Centros de Dia. No que respeita ao grupo constituído pelas redes de apoio informal, incluem-se por um lado as famílias do próprio idoso e por outro, os amigos e os vizinhos.

As redes sociais de apoio desempenham um papel fundamental no que respeita aos idosos dado que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigação recíprocas, levam os indivíduos a escapar ao isolamento e ao anonimato.

2.1 Redes de Apoio Formal

Não podendo ser questionada a continuidade dos incentivos à família para o desempenho da sua função parental de apoio aos seus familiares mais velhos, é reconhecida a importância do papel social do Estado, das autarquias e da sociedade civil na criação e organização de uma rede de serviços e equipamentos sociais.

Com as mudanças operadas na sociedade, tais como o envelhecimento demográfico, aceleraram as necessidades das pessoas idosas, as quais exigem o desenvolvimento de um apoio institucional diversificado, assente na transversalidade das respostas. Daí que o Estado tenha vindo, de forma permanentemente ativa, a adequar essas respostas sociais às múltiplas questões suscitadas pela longevidade, o que se concretiza através de conceitos e metodologias de intervenção, ora com novos modelos de equipamentos e serviços, ora com programas nacionais integrados e comunitários.

Presentemente existe uma diversidade de respostas sociais propiciadoras de cuidados às pessoas na condição de velhice, como sejam os centros de dia, centros de convívio, apoio domiciliário, lares residenciais... Estas respostas organizadas por valências

organizadas em equipamentos sociais (de entidade lucrativa e não lucrativa), têm como objetivo proporcionar cuidados para satisfazer as necessidades básicas. Sendo os equipamentos de entidade não lucrativa os que mostram uma posição de destaque no apoio aos idosos.

Em Portugal a maior parte dos cuidados aos idosos no domicílio é prestada por instituições particulares de solidariedade social, associações de solidariedade e irmandades da misericórdia. Estas instituições promovem uma ação organizada por “valências” com vista à satisfação das necessidades dos utilizadores desses serviços. Estas são tuteladas pelo Estado e ou financiadas, mas têm autonomia administrativa. Por um lado são autónomas a nível da administração com estatutos próprios, mas estão sujeitas à tutela do Estado, assim como dependem das transferências do Estado pelos atos sociais que prestam aos indivíduos.

A maioria das instituições de solidariedade e irmandade intervém nas áreas sociais com particular relevo para as pessoas idosas. A sua ação é territorial, permitindo-lhe ter um conhecimento das necessidades e do contexto social onde se inserem e dirigirem a ação social de acordo com a realidade da pessoa.

De acordo com a Carta Social, as respostas dirigidas às pessoas idosas são as que dispõem de maior peso, correspondendo em 2012 a mais de 7100 (gráfico 7).

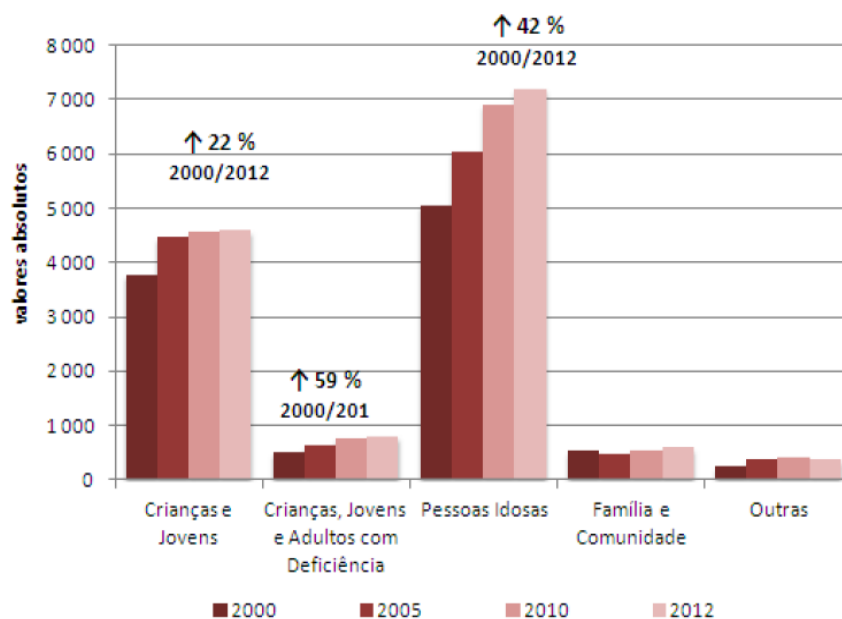


Gráfico 7. Evolução das respostas sociais por população-alvo, Continente 2000-2012

Fonte: Carta Social 2012

As respostas sociais dirigidas à população idosa têm registado um desenvolvimento expressivo (42 %) no período em análise (2000-2012), refletindo-se em mais 2100 novas respostas desde o ano 2000. O Serviço de Apoio Domiciliário constitui a resposta com maior crescimento entre 2000 e 2012 (62 %) no conjunto das respostas para esta população, seguindo-se a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (44 %) e o Centro de Dia (31%) (Gráfico 8).

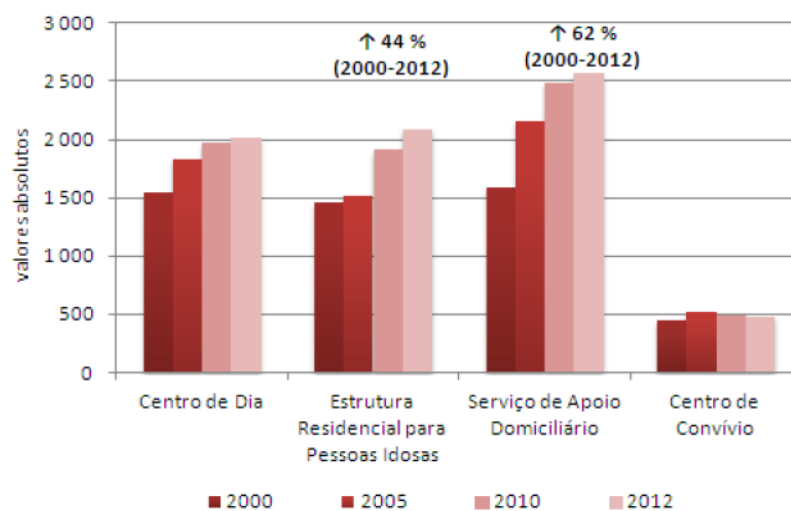


Gráfico 8. Evolução das respostas sociais para as pessoas idosas, Continente 2000-2012

Fonte: Carta Social 2012

A resposta SAD foi a que apresentou um crescimento mais expressivo entre 2000-2012 (98 %), que se traduziu em 48 000 novos lugares, refletindo o papel que continua a desempenhar na prestação de cuidados à população idosa no seu espaço habitacional e no meio habitual de vida (Gráfico 9).

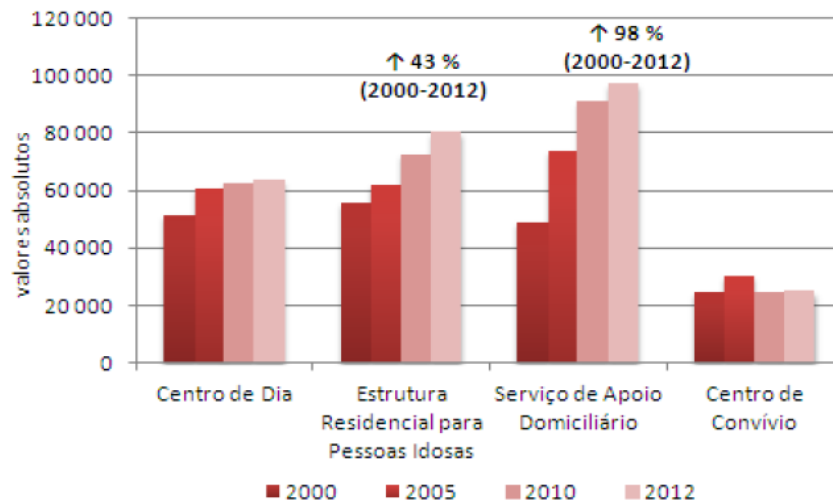


Gráfico 9. Evolução da capacidade das respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente 2000-2012

Fonte: Carta Social 2012

2.2 Redes de Apoio Informal

As redes de apoio informal são o recurso a que os idosos recorrem com mais frequência. Só quando estas redes se tornam inexistentes ou indisponíveis é que os idosos e famílias recorrem ao apoio dos serviços formais.

São várias as razões e fatores que levam a família e os idosos a recorrer aos serviços institucionais, alguns dos motivos passam pelo fato da família não ter competências e formação específica para cuidar do seu idoso, não ter disponibilidade para prestar cuidados, devido há existência de conflitos familiares e a falta de condições materiais são alguns dos motivos que estão por detrás da procura institucional e o recurso à valência de SAD.

Neste sentido, verifica-se que a crise familiar existente faz, com que se procure fora desse mesmo sistema, novas formas de apoio e novos meios de planeamento de cuidados básicos, sociais e de saúde, daí que cada vez mais se verifique uma crescente recorrência aos serviços que prestam cuidados domiciliários.

Apesar da família ser a maior fonte de apoio físico e emocional dos mais velhos, também os amigos têm um forte efeito no bem estar, estes são uma importante parte das

redes de apoio social que permitem a partilha de intimidades, apoio emotivo, oportunidades de socialização e apoio instrumental.

Relativamente à relação entre vizinhos, ao contrário da que se estabelece com os amigos, baseia-se nomeadamente na proximidade, refletindo independência, simpatia. Os idosos que vivem sós têm normalmente mais atitudes positivas para com os vizinhos. A relação existente é predominantemente instrumental como por exemplo, compras, olhar pela casa, situações de emergência...(Paúl, 1997).

No entanto, a família constitui a célula base da sociedade e o grande suporte no apoio ao envelhecimento. O sentimento de obrigação pessoal/familiar e a solidariedade familiar/conjugal estão subjacentes à determinação dos cuidadores familiares ou informais, em considerar a missão de cuidar uma obrigação e um dever.

A relação com a família é vitalícia e resulta da gestão de relações ao longo de toda uma vida. Os familiares têm uma relação individual com o seu ente querido de uma vida, reconhecem as suas expressões, identificam os seus humores e prevêm as suas reações. A relação com o idoso ao longo da vida vai marcar significativamente o que vai acontecer na velhice. Indivíduos que ao longo da sua vida foram conflituosos ou ausentes, com maior dificuldade serão amados pelos familiares e têm maior probabilidade de ficar sozinhos. O mesmo ocorre em indivíduos sem filhos, sem amigos, pouco sociáveis ou com problemas de saúde mental (Sousa *et al.* 2004).

Contudo, a permanência do idoso no seu meio familiar e social, em permanente interação com as pessoas que lhe são mais próximas, é considerado o cenário ideal para qualquer pessoa que atinja a velhice e procure vive-la de forma equilibrada e sem graves descontinuidades. Por outro lado, o apoio prestado pelos familiares é, de modo geral, mais adequado às necessidades específicas de cada indivíduo, daí o mais solicitado (Pimentel, 2005).

2.3 As potencialidades e os limites da família

A família é sem dúvida um espaço de interação e de relacionamento constituindo a principal fonte de suporte social e de realização do indivíduo, em todas as épocas da sua

vida, e em especial durante a velhice. A permanência do vínculo afetivo bem como a manutenção do bem estar familiar são primordiais para o bem estar psicológico do idoso e para que o mesmo se sinta valorizado e útil.

O apoio prestado pela família é, de um modo geral, mais adequado às necessidades específicas de cada indivíduo, e por isso mesmo, o mais solicitado. (Pimentel, 2005).

O conceito de família, é por si só, demasiado ambivalente e complexo para se poder definir com facilidade e unanimidade. Além disso, as transformações sociais que se têm vindo a verificar nas últimas décadas vão obrigando as que possíveis definições tenham que ser revistas.

Segundo Giddens (1997) a família é o grupo de pessoas unidas por laços de parentesco, em que os adultos assumem a responsabilidade do cuidado das crianças.

Para Alarcão (2002, p. 64), “a família é um espaço privilegiado para a elaboração e aprendizagem de dimensões significativas da interação: os contatos corporais, a linguagem, a comunicação, as relações interpessoais. É um espaço de vivências de relações afetivas profundas: a filiação, a fraternidade, o amor, sexualidade”.

A família em Portugal é considerada a unidade básica de suporte a todos aqueles que precisam de cuidados, sejam crianças, jovens, adultos ou idosos (Figueiredo, 2006).

No entanto, a família ao longo dos tempos foi sofrendo algumas alterações ao nível da composição do seu agregado familiar, passando da família tradicional alargada, em coabitação na mesma casa diferentes gerações, para a família nuclear em que o espaço físico, afetivo e relacional se altera.

O surgimento de novas ou renovadas formas de organização familiar e de novos valores que lhe estão subjacentes está profundamente relacionado com fatores estruturais que condicionam o desenvolvimento das relações sociais e familiares (Treas e Bengtson, 1987, cit. in Pimentel 2005).

Neste sentido, verifica-se uma crescente mobilidade geográfica e social, o que contribui para um certo afastamento dos elementos informais, dificultando os contatos frequentes e, conseqüentemente, a estruturação de apoios efetivos em caso de necessidade; assiste-se também a uma precarização das condições materiais, nomeadamente das

condições de habitabilidade. A exiguidade do espaço, em particular nas habitações citadinas, dificulta a coexistência de várias gerações no mesmo agregado doméstico; de igual modo a alteração da condição feminina detém um papel importante. O aumento do nível de escolaridade e de formação profissional da mulher, a sua crescente inserção no mercado de trabalho e, conseqüentemente, a valorização do seu estatuto social implicam uma menor disponibilidade para cuidar (Pimentel, 2005).

Um outro fator que tem vindo a condicionar o envolvimento da família na prestação de cuidados é o crescimento dos serviços públicos e privados especializados. É perante a falta de disponibilidade por parte da família que esta recorre às instituições.

Segundo a opinião de Bruto da Costa (1998), a institucionalização e a existência de instituições como Lares e Centros de Dia, segundo ele “ por melhores que sejam, revelam desrespeito pelo passado e desumanidade para com o presente. Impõe-se que tenhamos consciência de que ninguém nasceu para viver numa Lar”.

Outro autor que alerta para a excessiva institucionalização é Cirne (1995). No entanto fá-lo por outros motivos. Segundo ele o Estado está demasiado subcarregado com a intervenção nas políticas sociais e deve recorrer-se mais às respostas familiares. Portanto, o autor preconiza a necessidade de tentar “reencaixar-se a solidariedade na sociedade” para que o Estado deixe de fornecer a chamada “solidariedade mecânica”. Ainda segundo este, a solução encontra-se no meio termo, isto é, numa articulação entre apoio formal e informal, em que as famílias teriam, se necessitassem, um subsídio para tomar conta dos seus idosos.

2.3.1 Motivações inerentes ao cuidado

Ao assumir o papel de cuidador familiar, estão sempre associadas motivações, que constituem uma certa complexidade, porque envolvem uma mistura de razões. É um domínio influenciado pelas tradições, pelos padrões e normas sociais vigentes em cada cultura, pela própria conceção de vida, pela história de cada indivíduo.

Segundo Figueiredo (2007) as principais motivações que levam o familiar a assumir o papel de cuidador são:

- O dever social e moral é o determinante com mais peso na tomada de decisão; o dever social implica que os familiares se sintam desvalorizados pela sociedade se não cuidarem dos parentes idosos dependentes e sentem-se valorizados se respeitarem a regra. O dever moral pode assumir diversas formas, sobretudo, dar em troca, não se sentir culpado ou cumprir uma promessa feita. Por vezes, revela o lado altruísta da prestação de cuidados, ou seja, os cuidadores colocam-se no lugar do outro ou sentimentos de gratidão e reciprocidade para com a pessoa de quem cuidam;
- A solidariedade conjugal, quando se trata de cônjuges a prestar cuidados;
- A solidariedade filial, quando os filhos têm gratidão sincera para com os pais, sem envolver a noção de dever e troca. E noutros laços familiares, mediante os princípios de amor ao próximo e ajuda aos outros;
- O amor, ternura e afeto, ou a comiseração e piedade;
- A recompensa material, por vezes, nem todos se envolvem de forma desinteressada, possuem a expectativa da herança, da recompensa pelos cuidados prestados;
- Forma de evitar a institucionalização, a preocupação de não recorrer à institucionalização é constante, quer por parte dos idosos quer dos familiares, porque há uma opinião depreciativa em relação aos lares;
- Coabitação de longa data, proximidade geográfica, inexistência de estruturas de apoio e custo financeiro dos lares demasiado elevado.

De acordo com algumas conclusões do estudo realizado por Pimentel (2008) sobre os cuidados familiares a idosos dependentes nos concelhos de Coimbra e de Soure, conclui-se que as pessoas dizem cuidar tendo por base os princípios do dever (sentido de obrigação enquadrado socialmente), da reciprocidade (retribuição da dedicação dos progenitores), da afetividade (valorização da proximidade afetiva) ou da piedade (pena de ver um ser humano desprezado).

Ainda de acordo com o mesmo estudo, também a transmissão de valores de solidariedade e de entreaajuda aos filhos e aos netos, através do exemplo pessoal, é uma importante justificação para cuidar. Há neste tipo de argumento a convicção de que a sua

dedicação se constitui como um ensinamento para os mais jovens, podendo vir a dar o seus frutos em termos de reprodução do modelo de entreaajuda familiar posto em prática atualmente.

Na investigação desenvolvida por Kolmer *et al.* (2008) são analisados pontos de vista de quatro antropólogos/filósofos diferentes acerca dos motivos que levam à prestação de cuidados. Assim, Levinas (1998) evidencia como motivos a responsabilidade e o altruísmo; Buber (1966) aponta como motivo o desejo de viver nos relacionamentos, os relacionamentos são importantes para o ser humano e dão significado à vida; Nagy (1984) refere sentimentos de obrigação e lealdade impostos por laços de sangue; e por último Ricoeur (1995) apresenta como razões a reciprocidade, o cuidar numa perspectiva de retorno bem como a moralidade e respeito mútuo. Neste estudo os motivos de Levinas e Buder, que focam muito os sentimentos e os relacionamentos entre o cuidador e o recetor de cuidados, foram os motivos mais apontados, seguindo-se os motivos de Nagy e por último de Ricoeu.

2.3.2 Necessidades/constrangimentos subjacentes ao cuidado

A prática do cuidado não é isenta de dificuldades para os cuidadores, desde logo porque os mesmos apresentam um conjunto de necessidades enquadradas em várias categorias: materiais, relacionadas com os recursos financeiros, ajudas técnicas, utilização de serviços...; emocionais, suporte emocional, grupos de apoio; informativas como realizar os cuidados, como adaptar o ambiente arquitetónico ao idoso, direitos, deveres. (Figueiredo 2006). As dificuldades provêm, entre outras razões, da falta de conhecimentos, de recursos e de acompanhamento dos serviços comunitários.

A este respeito, Paúl (1997) refere que para além da falta de conhecimento sobre as técnicas para cuidar e os recursos comunitários, há falta de conhecimento dos cuidadores para lidar com o stress que advém da prestação de cuidados.

No entanto, as necessidades dos cuidadores dependem de vários fatores: o tipo e o grau de dependência do idoso; o estado de saúde do cuidador; a existência ou não de pessoas que prestem ajuda complementar; se utiliza ou se tem acesso a serviços de apoio, ou não; se coabita com o idoso ou não; o poder económico; o isolamento social; a participação ou não no mercado de trabalho.

Num estudo desenvolvido por Palma (cit. in Andrade 2009), as necessidades económicas também são referenciadas pelos cuidadores para obter recursos materiais (fraldas, medicamentos e ajudas técnicas) e recursos humanos (ajuda de outros durante a prestação de cuidados), que facilitem a prestação de cuidados à pessoa idosa. A falta de ajuda de outras pessoas para a prestação de cuidados à pessoa idosa é outra das dificuldades apontadas pelos prestadores de cuidados, apesar dos cuidadores já receberem ajuda de outros nos cuidados que prestam à pessoa idosa, no entanto essa é uma ajuda pontual e insuficiente.

Palma (cit. in Andrade, 2009) concluiu no seu estudo que os cuidadores consideravam os cuidados de alimentação, de higiene e de vestir a pessoa idosa como atividades difíceis devido ao tempo gasto com elas, ao esforço despendido e à frequência com que as realizavam.

Com base em alguns estudos, Figueiredo (2007), descreve alguns tipos de necessidades referidas pelos cuidadores, tais como, necessidades de apoio ao domicílio e de ajudas técnicas, necessidades em cuidados de enfermagem, de higiene e, no apoio das tarefas domésticas. É também importante haver material técnico adequado, como, por exemplo, cadeira de rodas, andarilho, cama articulada, arrastadeira, urinol, etc., tudo o que facilite as tarefas do cuidar, será também importante saber se este tipo de material pode ser alugado ou não, para reduzir as despesas.

Segundo Figueiredo (2006), nas necessidades de apoio emocional e aconselhamento os cuidadores referem várias vezes, que necessitam de alguém com quem falar, alguém que os compreenda e com quem possam desabafar, precisam de partilhar as suas experiências, dificuldades e preocupações resultantes da prestação de cuidados.

Relativamente às necessidade de tempo livre, o cuidador deveria ser dispensado temporariamente das suas tarefas e responsabilidades para cuidar de si, para ter tempo para si. Esta problemática pode ser viável através de substituições por algumas horas, um ou dois dias (fins-de-semana) ou várias semanas (férias).

No que diz respeito às necessidades de informação e de formação, a autora menciona que os cuidadores têm pouca informação acerca dos serviços disponíveis, subsídios e direitos, principalmente, quando a dependência se instala de forma repentina. Este tipo de informações encontra-se, muitas vezes, disperso, dificultando o acesso. Em relação à formação, os cuidadores procuram adquirir conhecimentos práticos, por exemplo, como levantar o idoso dependente, como cuidar da sua higiene, como vesti-lo, etc. e

procuram também, adquirir conhecimentos acerca da própria doença e dependência, quais as causas, evolução, tratamentos, etc.

De acordo com pesquisas elaboradas por Pimentel (2001; 2006), os constrangimentos em cuidar do familiar idoso foram identificados pelos cuidadores em quatro grandes domínios: pessoal, profissional, financeiro e relacional.

A nível pessoal, os cuidadores ficam sem tempo para si próprios, para os outros que lhe estão próximos e para o desenvolvimento de atividades sociais e culturais, o que se reflete na sua saúde física e, em particular, na sua saúde mental. Se para alguns a possibilidade de sair de casa para ir às compras, fazer férias, ou passear com os amigos são uma necessidade premente, para a maioria, a “falta de liberdade” ou a “falta de privacidade” são sensações extremamente penalizadoras para o seu bem estar.

No domínio profissional os constrangimentos são diversos e as formas de lidar com as exigências da situação variam entre os que mantêm a sua atividade laboral, sem qualquer tipo de restrição ou adaptação, e os que têm de abdicar da mesma. Numa situação intermédia, surgem os que têm de fazer alguns ajustamentos aos seus horários (trocas com os colegas, concentração de horários, redução do número de horas de trabalho, entre outros), mas que conseguem conciliar os cuidados e a vida profissional. Nos casos em que o grau de dependência dos idosos é ligeiro ou em que, sendo mais acentuado, é possível recorrer a serviços formais ou informais pagos, a conciliação está mais facilitada. Ainda assim, encontramos casos que escapam a este padrão e que apresentam características aparentemente inconciliáveis: atividade profissional intensa, pouco apoio formal ou informal, cuidados extremamente exigentes (familiar idoso muito dependente). Nestes casos, a conciliação faz-se através do sacrifício dos tempos pessoais e/ou sujeitando o idoso a longos períodos de ausência de acompanhamento.

O domínio financeiro é aquele em que as consequências negativas são menos notórias na população estudada. Ainda que, em alguns casos, os cuidados exijam um dispêndio elevado de dinheiro (nomeadamente para pagamento a profissionais especializados ou a empregadas domésticas), esse montante é habitualmente suportado pelo próprio idoso. Muitos dos cuidadores não “fazem contas” aos gastos com as despesas diárias, mas dizem que os rendimentos dos familiares idosos são suficientes para esse efeito. Os maiores problemas surgem quando os irmãos não cuidadores reclamam uma parte dos rendimentos dos idosos ou quando surgem dúvidas em relação à forma de gestão dos mesmos.

No que respeita às implicações relacionais, os cuidadores têm de se dividir entre as exigências colocadas pelos idosos e as solicitações dos outros familiares, quer sejam os cônjuges, cujo posicionamento pode ir da cumplicidade ao distanciamento, indiferença ou culpabilização, quer sejam os filhos, que podem ser uma importante fonte de apoio ou, especialmente quando são crianças, uma fonte de preocupações.

Nos estudos desenvolvidos pelos diferentes autores, os cuidadores manifestam um conjunto de necessidades de vária ordem, nomeadamente necessidades económicas, necessidades de apoio emocional e aconselhamento, necessidades de tempo livre, necessidades de informação e formação entre outras. Todas estas necessidades manifestam-se no apoio/cuidados que é prestado ao idoso, podendo depender de vários fatores, como mencionado anteriormente.

2.3.3 Cuidar, cuidador e cuidados

O verbo “cuidar” tem um significado especial nas línguas latinas, remetendo para a ideia de “atenção e olhar ao outro” (Guilligan, 1997, cit. in Carvalho, 2009), implicando a concretização de um processo de “prestar e de receber cuidados”.

Em termos de perfil do cuidador verifica-se que a maioria é exercida por familiares de forma não remunerada, sendo o cuidador informal familiar principal aquele que assume a total ou a maior parte da responsabilidade pelos cuidados e a quem está reservado o trabalho da rotina.

Relativamente ao parentesco, destaca-se o papel dos cônjuges associado, muitas vezes, à obrigação e dever matrimonial. Nesta mesma linha de ideias, Santos (2006) afirma que em primeiro lugar é o cônjuge quem assume o papel de cuidador primário, não apenas pela proximidade afetiva, mas também pelas responsabilidades assumidas no matrimónio, por solidariedade familiar/conjugal, por sentimentos de gratidão e de reciprocidade para com aquele de quem se cuida e por obediência às normas e padrões socioculturais.

Quanto ao género, alguns estudos revelam a predominância das mulheres na assunção do papel (Sequeira, 2007; Figueiredo, 2007). De fato, esposas, filhas ou noras e netas estão, maioritária e frequentemente envolvidas na experiência do cuidar. Por outro lado, há estudos que relacionam o género à natureza dos cuidados prestados, isto é, as mulheres prestam mais cuidados pessoais e tarefas domésticas enquanto que os homens

prestam mais apoio relacionados com a gestão financeira e transportes (Yee e Shulz, 2000).

Contudo, os familiares que cuidam, especialmente as mulheres, confrontam-se com determinadas exigências contraditórias e difíceis de conciliar. Por um lado, a necessidade de atender às solicitações dos seus parentes mais idosos e de garantir a continuidade dos laços familiares e, por outro, o desejo de prosseguir com os seus projetos pessoais e profissionais.

Enquanto recetoras de cuidados, as pessoas idosas contam frequentemente com o apoio da família, dos amigos ou da vizinhança. Os parentes surgem como a principal fonte de auxílio, estando os descendentes diretos na primeira linha. Mas também os colaterais e os respetivos descendentes podem desempenhar um papel importante, nomeadamente no domínio expressivo. Com efeito, os estudos realizados na União Europeia comprovam que cerca de 70% ou 80% dos cuidados prestados a idosos dependentes são assegurados pela família (Brito, 2002 cit. in Pimentel & Albuquerque, 2010), sendo que, na maioria dos casos, é o cônjuge que concretiza a tarefa de cuidar; em 17% dos casos, tal tarefa compete aos filhos; em 5%, a irmão/irmã; e em 4,4%, dos casos a outros parentes (Martins, 2006).

O relatório final do Soccare Project (2003) compara a realidade no domínio dos cuidados sociais entre cinco países europeus: Finlândia, França, Itália, Portugal e Reino Unido, revelando que, em todos eles, os cuidados familiares são predominantes, mas que é no Sul da Europa que esta realidade continua a ser mais marcante.

Um inquérito realizado em 1998, sobre os valores entre as gerações, demonstra que 87% dos inquiridos acham que os “filhos devem cuidar dos familiares idosos nas suas casas” (Vasconcelos, 1998, citado por José & Wall, 2002).

Na ideologia dominante ou concepção tradicional, compete às famílias a responsabilidade de prover o sustento dos ascendentes. Os cuidados para com os pais na velhice é, como nos refere Bee (1997; cit. in Martins 2006), um papel que cabe aos filhos aquando da meia idade e que causa um efeito intenso na satisfação geral da vida, tornando-se o filho/a o principal provedor de cuidados aos pais, que se tornam idosos.

Opinião diferente expressa Freitas et al (2002; cit. in Martins 2006, p.133) ao considerar “que os filhos não devem qualquer obrigação a seus pais por virtude, simplesmente, de serem seus filhos. A autora defende a tese de que os deveres dos filhos adultos são aqueles dos amigos, e resultam do amor entre eles e seus pais, em vez de serem uma obrigação de retribuição aos sacrifícios anteriores de seus pais”.

Esta ideia da responsabilização familiar é confirmada na prática pelos resultados de um estudo levado a cabo pela European Commission (1997), onde se constatou que 75,4% dos idosos vivem nos seus domicílios e são cuidados por familiares. Desses a maioria são cuidados pela esposa/marido; 17% pelos filhos; 5% por irmão/irmã; 4,4% por outros parentes; e 2,8% por outros (Martins, 2006).

Contudo, a iniciação do papel de cuidador muito raramente surge de um processo de livre e consciente escolha. Em termos do processo familiar que leva à determinação do papel de principal cuidador familiar, existem duas vias: através de um processo sub-reptício ou em consequência de um incidente inesperado. O primeiro ocorre com uma perda progressiva de autonomia da pessoa de quem se cuida; o cuidador começa a prestar cuidados sem ter tomado conscientemente essa decisão. Em relação ao incidente inesperado, este poderá ser devido a uma doença ou um acidente incapacitante, a viuvez, e à saída ou morte do anterior prestador de cuidados (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

Cuidar implica a prestação de cuidados de várias ordens: instrumentais e expressivos. Os primeiros podem ser de natureza física (higiene, alimentação, vestuário, mobilização), natureza técnica (terapêuticos, curativos, preventivos) e outros mais práticos (vigilância, acompanhamento a consultas, gestão financeira). Os cuidados expressivos, são sobretudo os cuidados afetivos (companheirismo, conforto, carinho, satisfação da vontade e das necessidades) e relacionais (convívio e estimulação social, distração, comunicação e individualização dos cuidados). Portanto, cuidar ou apoiar orienta-se para o colmatar de necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais da pessoa idosa, assumindo-se uma visão holística da mesma, como um ser biopsicossocial (Imaginário, 2008).

A este respeito, Neri (1999 citado por Azeredo, 2003) refere que os domínios das tarefas desempenhadas pelos cuidadores de um idoso são: proporcionar apoio nas atividades de vida diária (arrumar e limpar a casa, preparar refeições, fazer compras, etc.); lidar com dificuldades funcionais relacionadas com atividades físicas e com o autocuidado (caminhar, alimentar, tomar banho, pentear, etc.); atender a necessidades de suporte emocional (fazer companhia, atuar como confidente, conversar sobre questões pessoais ou emocionais, ajudar a manter ou reatar laços afetivos antigos) e lidar com pressões psicológicas que emergem da prestação de cuidados.

Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) fazem uma análise aos aspetos positivos e negativos da prestação do cuidado, salientando como aspetos negativos: 1- alterações na saúde, dispondo o cuidador de menos tempo para cuidar de si; 2- na vida social, pois

ocorre diminuição das relações sociais devido à falta de tempo e preocupações constantes; 3- nas relações familiares, ocorrem constantes conflitos familiares devido ao stress que advêm do cuidado, desencadeando os sentimentos de irritabilidade, ansiedade e depressão. Contudo, resultam também benefícios no cuidado, passando pelo desenvolvimento de sentimentos de realização, prazer, afeto, gratificação, recompensa, utilidade, desenvolvimento de competências e carinho, fortalecendo assim as relações com o familiar e sentimento de dever cumprido (Paúl & Fonseca, 2005).

Na perspetiva de Andrade (2009) a prestação de cuidados apresenta benefícios a nível psicológico e sócio afetivo, o cuidador manifesta satisfação pessoal, sentimento de dever cumprido, aumentam os laços de vinculação e afetividade, desenvolvem-se ainda capacidades pessoais e de resolução de problemas.

2.4 Apoio Institucional

O SAD tem-se apresentado como a resposta social que maior desenvolvimento tem registado nas duas últimas décadas. São as Instituições Particulares de Solidariedade Social quem promovem o seu funcionamento, apoiadas pelo estado através da celebração conjunta de acordos de cooperação.

De acordo com a Carta Social⁸, o SAD constitui-se como uma resposta social, desenvolvida a partir de um equipamento, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária.

O SAD tem como objetivos contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias; contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar; contribuir para a permanência dos utentes no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais; promover estratégias de desenvolvimento da autonomia; prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes, sendo estes objeto de contratualização; facilitar o acesso a serviços da comunidade; reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores.

⁸ www.cartasocial.pt

Quanto aos serviços prestados por esta resposta, contam-se: os cuidados de higiene e conforto pessoal; higiene habitacional, estritamente necessária à natureza dos cuidados prestados; fornecimento e apoio nas refeições, respeitando as dietas com prescrição médica; tratamento da roupa do uso pessoal do utente; atividades de animação e socialização, designadamente, animação, lazer, cultura, aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocação a entidades da comunidade; serviço de teleassistência.

O SAD pode, ainda, assegurar outros serviços, designadamente: formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais para a prestação de cuidados aos utentes; apoio psicossocial; confeção de alimentos no domicílio; transporte; cuidados de imagem; realização de pequenas modificações ou reparações no domicílio; realização de atividades ocupacionais.

O SAD rege-se pelos princípios da qualidade, eficiência, humanização e individualização, interdisciplinaridade, avaliação das necessidades do utente, reserva da intimidade da vida privada e familiar; inviolabilidade do domicílio e da correspondência, participação e corresponsabilização do utente ou representante legal e dos seus familiares, na elaboração do programa de cuidados e serviços;

Para a efetivação do SAD, existe um conjunto de agentes, nomeadamente, os beneficiários, o domicílio e os profissionais envolvidos, sendo estes os elementos básicos para a implementação do SAD.

As razões subjacentes aos pedidos do SAD são diversas e multifatoriais. Trata-se de um serviço dirigido, de um modo geral, a todas as pessoas que, por razões diversas, perderam parte ou a totalidade da sua autonomia, tendo como objetivo principal, promover a sua recuperação e conseqüente autonomia pessoal, contribuindo para um aumento da sua qualidade de vida. Encontram-se também associados aos pedidos do SAD, a indisponibilidade por parte da família para cuidar do idoso e também a sustentabilidade do serviço.

Foram vários os estudos citados por Fortinsky & Madigan (2000) que pretendiam analisar os fatores determinantes para a utilização do SAD. Os resultados indicam que, (i) o fator idade parece ser preponderante para a utilização do serviço; (ii) relativamente à variável sexo, as mulheres parecem ser maiores utilizadoras que os homens; (iii) o fator raça parece não ter qualquer influência a este nível; (iv) relativamente ao fator económico, este parece exercer alguma influência no recurso ao serviço SAD.

O domicílio constitui-se como o espaço de intervenção privilegiado, apresentando-se como o marco diferencial das outras respostas sociais para a população idosa. Associada a esta ideia de domicílio, encontra-se a convicção entre a população idosa, e talvez não só, de que se verifica uma maior responsabilização e acompanhamento das famílias, se o idoso se mantiver no seu domicílio.

O acompanhamento dos casos de SAD pode ser sustentado na base de dois modelos: multidisciplinares ou gestão de casos.

O primeiro modelo pressupõe a existência de uma equipa multidisciplinar, a qual constitui a base de toda a organização do trabalho, tendo como objetivo principal a criação de uma resposta ideal de atenção ao idoso. É nos princípios deste modelo que se baseia maioritariamente a intervenção dos profissionais portugueses.

A atuação dos diferentes profissionais, interagindo nas áreas comuns sem que interfiram nas áreas específicas, deve possibilitar ao idoso uma condição de saúde ideal, entendida segundo a OMS como bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas a ausência de doença.

O êxito do funcionamento do SAD depende, em grande medida, da clara comunicação e coordenação na e da equipa, no sentido de prestar um serviço que corresponda à resolução dos problemas do idoso e das famílias, os quais são, normalmente, além de complexos, também multidimensionais.

Ao Diretor Técnico compete dirigir o SAD assumindo a responsabilidade pela sua organização e funcionamento, coordenação e supervisão dos profissionais, atendendo à necessidade de estabelecer o modelo de gestão técnica adequada, tendo em conta, designadamente, a melhoria da prestação de cuidados e serviços.

Precedido pelos cuidadores informais, o grupo das ajudantes familiares constitui a base do trabalho do SAD, estas devem possuir a formação adequada às funções que desempenham, devem dispor de capacidade de comunicação e fácil relacionamento que lhes permita adotar uma atitude de escuta e observação quanto às necessidades dos utentes, devem ter capacidade de prestar as informações necessárias à avaliação da adequação do programa de cuidados e serviços, devem ter formação que permita uma intervenção adequada em situações de dependência decorrentes de envelhecimento e ou de deficiência.

No entanto estes profissionais também sentem limitações e necessidades a vários níveis, nomeadamente a nível da formação (os cuidadores sentem necessidade de receber formação com alguma frequência, sentem necessidade de complementar a sua formação), a

nível pessoal, isto é, estes profissionais sentem limitações ao nível físico, necessitam de mais tempo de folga, necessidade de apoio psicológico (para expor sentimentos, angústias, dificuldades, uma vez que podem ter dificuldade em lidar com situações de dependência e perda); a nível dos recursos, ou seja, os profissionais podem sentir falta de material técnico para o tratamento de idosos, falta de pessoal...

Aos profissionais envolvidos na prestação do SAD, é exigido profissionalismo na forma de abordar o idoso no domicílio. É fundamental que o profissional respeite o direito à privacidade e à propriedade.

Para prestar um serviço de qualidade, é necessário criar ou adotar mecanismos de intervenção apropriados. A junção de objetivos como a prevenção, reabilitação e promoção da autonomia constitui outro dos princípios desta resposta social.

É investindo num esforço acentuado na prevenção da perda de autonomia, sensibilizando e motivando quer o utente quer a sua família para hábitos de vida saudáveis, prevenindo riscos e disponibilizando meios, designadamente ajudas técnicas, e permitindo que a pessoa idosa permaneça no domicílio, que se previne, em muitos casos, situações de morbidez. É ainda desenvolvendo trabalho ao nível das relações interpessoais, reforçando os laços familiares e sociais, que se podem evitar situações menos favoráveis para os envolvidos.

Ao nível da reabilitação, está subjacente toda a recuperação das funções eventualmente perdidas, seja ao nível das atividades de vida diária, como o vestir, lavar, alimentar-se, andar, etc., seja ao nível das relações com o meio envolvente, de forma a que o utente possa retomar algumas das funções sociais anteriormente desempenhadas.

O SAD atual será influenciado pelas necessidades de uma população cada vez mais envelhecida, pelas mudanças progressivas na constituição das famílias, pela epidemiologia, e pela participação crescente da mulher no mercado de trabalho. Parece-nos natural que a procura deste serviço se acentue nas próximas décadas.

Em modo de conclusão, pode-se afirmar que um dos objetivos que se revela crucial para o futuro do SAD prende-se com o reconhecimento e resposta adequada às diversidades de situações e realidades. Esta diversidade prende-se com estruturas familiares diversas, necessidade de cuidados diferenciados, condições comportamentais e sociais, duração e intensidade do cuidado, viabilidade de recursos formais e informais (Levine, 1999). Os profissionais de saúde apresentam alguma relutância nos cuidados domiciliários. Os modelos de cuidado devem implicar profissionais de saúde

suficientemente treinados e que sejam também capazes de treinar e formar os familiares, encarando-os como professores e alunos (Levine, 1999).

3. Mecanismos de interação entre SAD e família

A proliferação de agentes e instituições especializadas, quer através da iniciativa do Estado, quer através da iniciativa privada, originou transformações importantes na construção das relações entre gerações e nas formas de solidariedade. Antigamente existia uma relação direta entre idosos e as pessoas que lhes prestavam cuidados, atualmente as instituições e os agentes especializados são quem se dedica, em muitas situações ao tratamento da velhice.

A velhice deixa de ser assim, um assunto exclusivo da família e a sociedade passa a preocupar-se com esta questão. Assiste-se, ainda que nem sempre, a uma transferência da obrigação da assistência aos idosos, dos filhos para a sociedade. Os problemas com a população idosa saem da esfera familiar para a da sociedade, os encargos com a terceira idade deixam de ser familiares para serem sociais. A gestão dos encargos com as pessoas mais velhas, deslocam-se do âmbito privado da família para o Estado.

Nem sempre é possível à família, prestar à pessoa idosa a totalidade dos cuidados necessários para a satisfação das suas necessidades diárias. As respostas sociais da rede de serviços e equipamentos têm então esta dupla função de complementar, ou mesmo de substituir a família nessas tarefas. O Serviço de Apoio Domiciliário ou o Apoio Domiciliário Integrado são exemplos de valências que atuam principalmente como complemento do apoio familiar, enquanto que as respostas sociais que visam a institucionalização, como são os casos dos Lares de Idosos ou dos Lares Residenciais, já se consubstanciam numa vertente mais substitutiva.

No entanto, é importante referir que o conjunto de serviços e equipamentos disponíveis apenas coopera com as famílias e com a comunidade, o que significa que a rutura entre a família e a instituição deve evitar-se.

Se a família é considerada como elemento fundamental para manter o idoso na sua própria casa, atualmente, a sociedade é ambivalente no sentimento que apresenta pelo cuidado informal. Se considera este cuidado como pré-requisito, ou mesmo como um fator

determinante, no estabelecimento de elegibilidade para beneficiar do serviço, por outro lado, esse apoio como que é “descontado”, quando é determinada a necessidade de cuidado formal. Assim, quanto maior o cuidado informal, menor a prestação de cuidado formal.

Quando se efetiva o apoio formal, torna-se importante compreender o papel da família após o seu início, compreender se a mesma assume um papel mais distante, de complementaridade, desresponsabilização, responsabilização.

É essencial perceber sob que forma a família se articula com os cuidados complementares ao idoso, através de lógicas de entendimento entre família e a própria instituição, se assume uma relação dispersa, de proximidade, se existe uma partilha de responsabilidades, se contata com a instituição...

Noelker e Bass (1989 citados por Paúl, 1997), levaram a cabo um trabalho de investigação para identificar as diferentes formas de relação entre o apoio formal e informal, tendo identificado quatro tipos de relações, uma primeira parte do princípio de uma natureza complementar dos dois sistemas, cada um realizando as tarefas que lhe compete, isto é a rede informal levaria a cabo tarefas não previsíveis e não técnicas e a rede formal encarregava-se de tarefas especializadas e previsíveis minimizando desta forma eventuais conflitos entre as duas redes. Outro modelo parte do princípio que não há áreas de especialização de tarefas, que estas são rotineiras, pelo que a rede formal deveria suplementar os esforços da rede informal de apoio. Um terceiro princípio parte da ideia que a rede de apoio formal deve substituir a rede de apoio informal. Um último modelo prevê a completa independência da família relativamente aos serviços formais, que teriam ocasiões distintas para se encontrar com a pessoa idosa.

As investigações não têm sido muito conclusivas acerca da relação entre o cuidado formal e o informal. Martin (2003) aponta três hipóteses conceituais que poderão explicar a natureza dessa relação: hipótese compensatória; hipótese de tarefas específicas e hipótese de substituição.

No que diz respeito à hipótese compensatória, parece constituir evidência, que os indivíduos preferem ser tratados pelas suas famílias e só recorrem ao cuidado formal quando se esgotam todas as alternativas. Contudo, e nas situações em que é necessário o recurso ao cuidado formal, o que, por vezes, acontece é uma relação de complementaridade entre ambos na resolução das necessidades dos idosos. Este modelo complementar defende a junção de outros dois modelos, isto é, o modelo de compensação, no qual o cuidado

formal compensa o cuidado informal, preferindo-o, e o modelo suplementar no qual o cuidado formal é um adjunto do cuidado informal.

Na hipótese das tarefas específicas, Liwark (1995, citado por Martin, 2003), defende que a natureza das tarefas a executar vai desencadear a utilização ou não do cuidado formal. Segundo esta teoria, tarefas que não exigem conhecimentos técnicos podem e devem ser executadas pelos cuidadores informais. Contudo, tarefas programadas e estruturadas, para as quais existem profissionais credenciados, devem ser executadas pelo cuidado formal, ou tarefas para as quais alguns cuidadores se sentem menos à vontade (exemplo da higiene íntima entre pais e filhos de sexo diferente).

Por último, na hipótese da substituição o modelo de substituição defende que a rede informal constitui a base do cuidado, no entanto, o recurso ao cuidado formal surge quando os recursos do cuidado informal são insuficientes. Berry et al. (1991, citado por Martin, 2003), defendem que os serviços do cuidado formal podem assumir-se como complementares, suplementares ou substitutos do apoio informal. Alguns estudos demonstraram uma correlação negativa entre ambos Weissert et al. (1988, citado por Li, 2005), argumentam que a teoria da substituição defende que sempre que se verifica uma tendência para o aumento do cuidado formal, existe uma relação direta na redução do cuidado informal.

A investigação de Li (2005) revela que o cuidado informal tende a desaparecer no primeiro ano após o início da prestação do cuidado formal, verificando-se uma tendência a estabilizar. Aliás, o cuidado informal varia entre 18 a 25 horas semanais, o que significa que o cuidador informal mantém as suas tarefas de cuidar. Conclui-se que os cuidadores informais cuidam dos seus familiares e que o cuidado formal lhes permite algum alívio, mas não os substitui.

Tem-se assistido a discursos moralistas e idealistas de alguns responsáveis políticos, apelando a um maior envolvimento e comprometimento das famílias na prestação dos cuidados aos mais idosos, justificados pelos seus baixos custos, flexibilidade e eficiência.

No entanto, e apesar deste tipo de discursos, os estudos continuam a demonstrar que a família continua a ser pilar principal no cuidado direto aos idosos.

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO I- PROBLEMÁTICA E METODOLOGIA

1. Delimitação do problema de pesquisa

O fenómeno do envelhecimento da população é relativamente recente e ganha particular importância devido à conjugação de uma série de fatores que concorrem para que este seja entendido como um problema social.

O rápido crescimento da população idosa conduz à reflexão sobre a prestação de cuidados da mesma. Torna-se importante avaliar o apoio formal prestado aos idosos, na medida em que os familiares encontram cada vez mais dificuldades em compatibilizar a vida pessoal, familiar e profissional. Neste sentido, a família recorre a outros meios para minimizar estas incompatibilidades.

Acredita-se que a desinstitucionalização do idoso e o desenvolvimento de serviços comunitários que assegurem um trabalho de equipa entre os agentes institucionais e o suporte familiar do idoso, visando a permanência deste no seu meio de vida habitual, poderá originar a continuidade dos laços relacionais e garantir a continuação dos espaços de sociabilidade do idoso, podendo-se assim, fornecer uma resposta mais adequada às necessidades apresentadas pelo mesmo, deste modo, poderá assistir-se a um maior envolvimento e à participação da família na prestação de cuidados e no acompanhamento ao familiar idoso.

Apesar dos diferentes tipos de apoio formal disponíveis que os idosos podem usufruir no âmbito da ação social, interessa particularmente, para esta investigação, a realidade do Serviço de Apoio Domiciliário. O SAD é uma das alternativas existentes e uma das mais procuradas, este tipo de resposta ajuda a ultrapassar as necessidades apresentadas pelo idoso e pela sua família. Relativamente ao apoio informal, para a presente investigação tem-se em consideração a família.

Neste âmbito a questão da investigação do presente estudo, pretende compreender como se articula a rede formal e informal no apoio ao idoso?

1.1 Formulação de Questões Associadas

Tendo por base a questão de partida, a investigação organiza-se tendo em conta duas dimensões: dimensão familiar e dimensão institucional.

No que diz respeito à dimensão familiar, o estudo direciona-se para os seguintes eixos de análise:

- Caracterização sóciodemográfica do familiar
- Caracterização sóciodemográfica do idoso
- Interação Família/Idoso
- Apoio Institucional
- Articulação da rede formal e informal

No que respeita à dimensão institucional o estudo posiciona os seguintes eixos de análise:

Diretor Técnico

- Elementos de caracterização do entrevistado
- Caracterização Institucional
- Apoio Institucional
- Articulação da rede formal e informal

Ajudantes Familiares do SAD

- Elementos de caracterização do entrevistado
- Exercício profissional
- Apoio Institucional
- Articulação da rede formal e informal

2. Objetivos da Investigação

2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral da presente investigação passa por compreender como se articula a rede formal e a rede informal no apoio ao idoso.

2.2 Objetivos Específicos

A presente investigação encontra-se dividida em duas dimensões, sendo os objetivos específicos agrupados de acordo com essas mesmas dimensões.

No que respeita à dimensão familiar, pretende-se caracterizar sociodemograficamente os familiares e os idosos; identificar o tipo de relação existente entre a família e o idoso; compreender quais as motivações que levaram o familiar à prestação de cuidados; perceber o tipo de apoio ou cuidados prestados pela família ao idoso e qual a frequência e duração do mesmo apoio; pretende-se compreender de igual modo, se existe partilha da responsabilidade de cuidar com outros familiares assim como, se existe apoio a nível informal; importa compreender também as dificuldades/necessidades sentidas por parte da família subjacentes ao cuidado que levaram à procura institucional; o investigador visa também identificar o tipo de relacionamento da família com o idoso após o início da prestação de cuidados; as razões da procura institucional assim como compreender de quem foi a iniciativa da mesma e se houve conhecimento prévio da instituição; identificar quais os serviços que o idoso usufrui, a opinião em relação aos mesmos e a avaliação do apoio formal. Ainda nesta dimensão pretende-se compreender o papel da família após o início do SAD, assim como é relevante perceber a tipologia do relacionamento das ajudantes familiares do SAD, com o idoso e respetiva família; pretende-se ainda compreender o tipo de relação que se estabelece entre a rede formal e a rede informal.

No que reporta à dimensão institucional (entrevistas realizadas às ajudantes familiares e ao Diretor Técnico) é pertinente identificar os elementos de caracterização do entrevistado, assim como analisar o seu exercício profissional, quais os serviços prestados

e a sua regularidade, importa de igual modo compreender a avaliação de necessidades e da resposta na prestação dos serviços. É igualmente relevante perceber o papel da família após o início do apoio formal; compreender a tipologia do relacionamento das ajudantes familiares do SAD, com o idoso e respetiva família e o tipo de relação que se estabelece entre as duas redes (formal e informal).

3. Modelo de Análise

De acordo com Quivy et al. (2008), a construção do modelo de análise “constitui a charneira entre a problemática fixada pelo investigador, por um lado, e o seu trabalho de elucidação sobre um campo de análise forçosamente restrito e preciso, por outro”.

3.1 Operacionalização dos conceitos

No presente estudo o modelo de análise e o mapa concetual vêm clarificar a forma como se articulam as questões.

Centrando-se o presente estudo na compreensão acerca da forma de articulação da rede de apoio formal (SAD) e informal (família) no apoio ao idoso, é pertinente analisar esta questão tendo em consideração duas dimensões: dimensão familiar e dimensão institucional, sendo que para cada uma delas se verificam as variáveis (o que se pretende aferir) e nestas, por sua vez, analisam-se os indicadores que correspondem às categorias de resposta.

A primeira dimensão diz respeito à dimensão familiar e subdivide-se em várias variáveis. Uma primeira variável diz respeito à caracterização sociodemográfica do familiar e do idoso. Aqui é importante saber questões como o sexo, estado civil, habilitações literárias, o grau de parentesco, constituição do agregado familiar, situação de saúde e apoio necessário. Numa segunda variável que se refere à relação família/idoso, pretende-se compreender se se trata de uma relação de entre ajuda, conflituosa, distante. Relativamente à variável motivações, pretende-se identificar se estas passam pelo dever social e moral, pela solidariedade conjugal, pela solidariedade filial, pelo amor, ternura e afeto, ou a comiseração e piedade, pela recompensa material, ou forma de evitar a

institucionalização, pela coabitação de longa data, proximidade geográfica, inexistência de estruturas de apoio e custo financeiro dos lares demasiado elevado ou por relações mútuas mantidas ao longo da vida ou outros aspetos. Na quarta variável tipo de apoio/cuidados prestados pela família, torna-se importante identificar o apoio/cuidados ministrados por parte da família ao idoso, que podem ser de ordem instrumental – natureza física (higiene, alimentação, vestuário, mobilização), - natureza técnica (terapêuticos, curativos, preventivos), ou outros mais práticos (vigilância, acompanhamento a consultas, gestão financeira). Os cuidados expressivos são essencialmente afetivos (companheirismo, conforto, carinho, satisfação da vontade e das necessidades) e relacionais (convívio e estimulação social, distração, comunicação e individuação dos cuidados). Pretende-se também compreender a frequência e a duração dos cuidados que a família presta ao idoso, se são diários e o seu tempo de duração (uma hora, duas horas ou outros). É importante de igual forma na variável partilha de responsabilidades de cuidar, perceber se estas são partilhadas por outros familiares (filhos, noras, netos entre outros). Na variável existência de apoio informal, é importante compreender se a família tem o apoio de vizinhos, amigos entre outros. Na oitava variável, referente às necessidades/constrangimentos sentidas por parte da família é importante compreender se estas são de ordem material, isto é relacionadas com os recursos financeiros, ajudas técnicas, utilização de serviços... se são de ordem emocional (suporte emocional, grupos de apoio) ou de ordem informativa (realização de cuidados, adaptação do ambiente arquitetónico, direitos, deveres...). Na variável relacionamento com o idoso, pretende-se perceber se este é um relacionamento próximo, conflituante ou outro. No que diz respeito às razões da procura institucional é importante identificar se estas passam pelo âmbito familiar, pessoal ou se é uma forma de evitar a institucionalização ou outras. Na variável iniciativa da procura institucional, pretende-se saber se esta foi tomada pelo idoso, pela família ou se foi uma negociação entre ambos. Pretende-se de igual modo compreender se existiu um conhecimento prévio da instituição, quer através de visitas, contatos com os responsáveis. Na variável que contempla os serviços do SAD, pretende-se identificar os serviços que o idoso usufrui que passam pelas atividades básicas: serviço de distribuição de refeições, acompanhamento/apoio durante a refeição, serviço ou apoio na higiene pessoal, serviço de lavandaria, serviço de limpeza habitacional, mobilizações; cuidados de saúde: serviço de enfermagem, administração/gestão de medicação, fisioterapia/reabilitação, acompanhamento a serviços de saúde; serviços complementares: atividades de animação,

teleassistência, apoio psicossocial, formação para cuidadores informais, cuidados de higiene e conforto pessoal... Uma última variável, que se refere à avaliação do apoio formal é importante compreender questões como os recursos, funcionamento do serviço, tipologia dos serviços...

Uma outra dimensão contemplada nesta investigação é a dimensão institucional, esta subdivide-se em nove variáveis: Elementos de caracterização do entrevistado, nesta dimensão é importante identificar questões como a idade, sexo, habilitações literárias, estado civil.

Ainda nesta dimensão, pretendemos perceber com a variável elementos de caracterização da instituição (entrevista realizada ao Diretor Técnico) questões como a designação da instituição, a sua localização, a sua natureza, a área geográfica de abrangência e as suas valências.

No que diz respeito ao exercício profissional, e relativamente às ajudantes familiares, é importante compreender o tempo a exercer funções na instituição, as funções exercidas, perceber se existe um processo de seleção na entrada para a instituição, se existem programas de formação e se existe uma avaliação das tarefas desempenhadas.

Relativamente aos serviços do SAD, pretende-se identificar os serviços que as ajudantes familiares prestam que passam pelas atividades básicas: serviço de distribuição de refeições, acompanhamento/apoio durante a refeição, serviço ou apoio na higiene pessoal, serviço de lavandaria, serviço de limpeza habitacional, mobilizações; cuidados de saúde: serviço de enfermagem, administração/gestão de medicação, fisioterapia/reabilitação, acompanhamento a serviços de saúde; serviços complementares: atividades de animação, teleassistência, apoio psicossocial, formação para cuidadores informais, cuidados de higiene e conforto pessoal...

No que se refere à regularidade dos serviços prestados, torna-se importante compreender se estes são prestados diariamente, semanalmente...

Por último na avaliação de necessidades e resposta na prestação dos serviços é necessário compreender a que nível se trata: recursos, formação, pessoal, funcionamento, tipologia das necessidades do idoso ou outros aspetos.

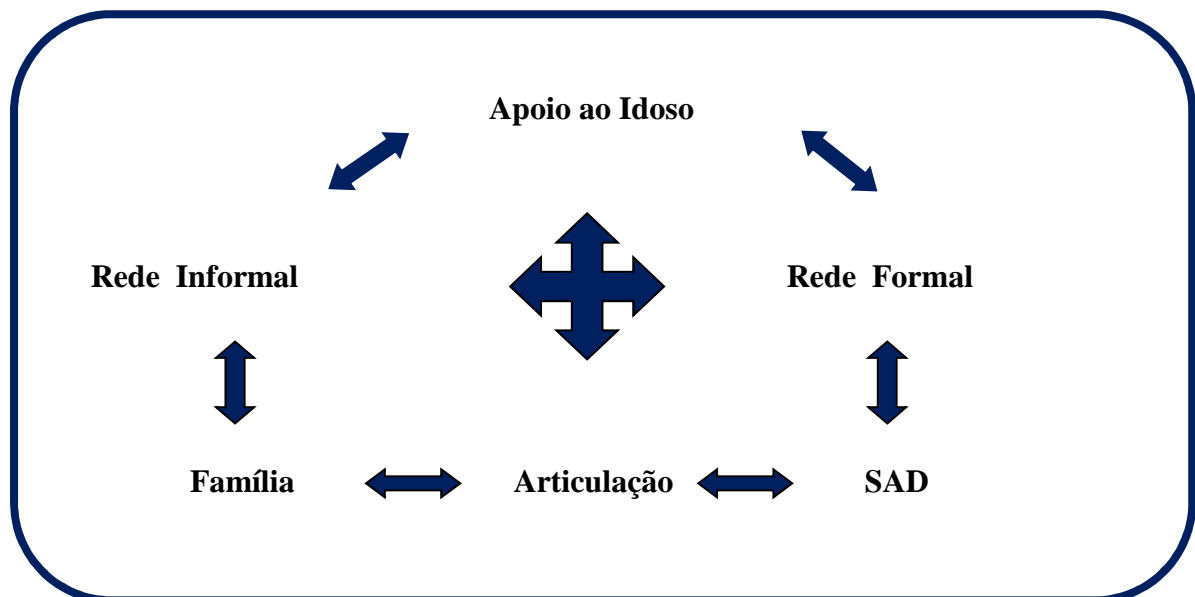
No que concerne às duas dimensões (familiar e institucional) pretende-se compreender como se articula a rede formal e informal, uma primeira variável prende-se com papel da família, perceber se após o início do SAD a família assume um papel de complementaridade, responsabilidade, desresponsabilização...

Na dimensão tipologia do relacionamento das ajudantes familiares do SAD, com o idoso e respetiva família pretende-se compreender se existe continuidade das ajudantes familiares, se há rotatividade entre as mesmas.

Por último, na variável relação rede formal e informal, é importante compreender que tipo de relação se estabelece entre estes dois elementos, se se trata de uma relação de complementaridade, se existe partilha de responsabilidades entre as duas redes, se a rede formal suplementa a rede informal, se a rede formal substitui a rede informal ou se a rede informal assume um papel de independência relativamente à rede formal

Quadro 1

Modelo de Análise



Quadro 2

Conceito, dimensões, variáveis e indicadores

Conceito	Dimensões	Variáveis	Indicadores
Articulação da Rede Formal e Informal no Apoio ao Idoso	Dimensão Familiar	Caraterização sociodemográfica do familiar e do idoso	Sexo, estado civil, habilitações literárias, profissão, grau de parentesco, constituição do agregado familiar, situação de saúde, apoio necessário
		Relação Família /Idoso	Entre ajuda, conflituosa, distante, proximidade...
		Motivações	Dever social e moral, amor e afeto, recompensa material, relações mútuas mantidas ao longo da vida, evitar a institucionalização, coabitação de longa duração
		Tipo de apoio/cuidados	Higiene, alimentação, mobilização, vigilância, companhia...
		Frequência e duração dos cuidados	Diário; 1hora, 2horas...
		Partilha da responsabilidade de cuidar	Filhos, noras, netos...
		Apoio informal	Vizinhos, amigos...
		Necessidades/constrangimentos	Materiais; emocionais; informativas
		Relacionamento com o idoso	Próximo, conflituante...
		Razões da Procura Institucional	Âmbito familiar, âmbito pessoal, evitar a institucionalização
		Iniciativa da Procura Institucional	Idoso, familiar, negociação entre idoso e família...
		Conhecimento prévio da Instituição	Visita, contatos com os responsáveis...

	Serviços SAD	Serviço de distribuição de refeições, serviço ou apoio na higiene pessoal, serviço de lavandaria, serviço de limpeza habitacional, mobilizações...
	Avaliação do apoio formal	Recursos, funcionamento do serviço, tipologia dos serviços prestados...
	Papel da família após o início do apoio formal	Complementaridade, responsabilidade, desresponsabilização...
	Tipologia do relacionamento das ajudantes familiares do SAD, com o idoso e respetiva família	Existe continuidade das Ajudantes Familiares, há rotatividade das Ajudantes Familiares...
	Relação existente entre rede formal e informal	Complementaridade, a rede formal suplementa a rede informal, partilha de responsabilidades, a rede formal substitui a rede informal, independência da rede informal relativamente à rede formal...
Dimensão Institucional	Elementos de caracterização do entrevistado	Idade, sexo, habilitações literárias, estado civil
	Elementos de caracterização da Instituição	Designação da Instituição, localização, natureza, área geográfica de abrangência, valências

Exercício profissional	Tempo a exercer funções na Instituição, funções exercidas na Instituição, processo de seleção na entrada para a Instituição, programas de formação, avaliação das tarefas que desempenha
------------------------	--

Serviços SAD	Serviço de distribuição de refeições, serviço ou apoio na higiene pessoal, serviço de lavandaria, serviço de limpeza habitacional, mobilizações...
--------------	--

Regularidade dos serviços prestados	Diariamente, semanalmente...
-------------------------------------	------------------------------

Avaliação de necessidades/aspetos de melhoria na prestação dos serviços	A nível: recursos, formação, pessoal, funcionamento, tipologia das necessidades do idoso...
---	---

Papel da família após o início do apoio formal	Complementaridade, responsabilidade; desresponsabilização
--	---

Continuidade/periodicidade do relacionamento das ajudantes familiares do SAD, com o idoso e respetiva família	Existe continuidade das ajudantes familiares, há rotatividade das ajudantes familiares...
---	---

Relação existente entre a rede formal e informal	Complementaridade, a rede formal suplementa a rede informal, partilha de responsabilidades, a rede formal substitui a rede informal, independência da rede informal relativamente à rede formal...
--	--

4. Procedimentos Metodológicos

4.1 Caracterização empírica da pesquisa

O presente estudo assume uma natureza qualitativa, situando-se esta no paradigma interpretativo/compreensivo, associado a uma lógica analítica compreensiva, ou seja, a investigação qualitativa preocupa-se com a compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. Uma vez que, numa investigação científica o método qualitativo vai ser utilizado para observar, descrever, interpretar e apreciar o meio e o fenómeno tal como este se apresenta.

No caso deste estudo, a utilização do paradigma interpretativo/compreensivo, terá como objetivo apreender os significados da interpretação dada pelos sujeitos em estudo (família, ajudantes familiares do SAD e Diretor Técnico) às suas ações, para desta forma se compreenderem (e interpretarem) as ações manifestadas por estes. Não interessa aqui determinar se existe uma relação causal e em que medida essa relação acontece.

No paradigma interpretativo é importante compreender as pessoas e as situações, contextualizando-as na sua realidade multidimensional e não de forma distante e impessoal. Assim, sendo esta pesquisa influenciada eminentemente por fatores vários que envolvem os idosos, a rede de apoio formal e a rede de apoio informal, torna-se pertinente compreender de que forma se articula a rede formal e informal no apoio ao idoso.

4.2 Delimitação do campo de pesquisa

No que concerne ao campo geográfico, o estudo empírico incidiu no concelho de Vila Nova de Poiares. Esta é uma vila, localizada no distrito de Coimbra, região centro e sub-região do pinhal interior norte. É sede de um município com 83,82 km² de área e 7 278 habitantes (2011), subdividido em quatro freguesias (Poiares (Sto. André), Arrifana, São Miguel de Poiares e Lavegadas)).

A nível institucional e após consulta da Carta Social⁹, selecionou-se um equipamento de apoio à população idosa com a valência de SAD.

De salientar que a escolha geográfica prendeu-se com diversos aspetos: nomeadamente, a constatação de que estamos perante um concelho com tendência para o envelhecimento da população, uma vez que o índice de envelhecimento a nível nacional em 2001 era 102,2, passando para 127,8 em 2011. Neste concelho e nos mesmos anos de referência, o índice de envelhecimento era de 107 em 2001, passando em 2011 para 117,5. Também a proximidade geográfica do local onde o investigador reside, facilitando desta forma os contatos e estudos a realizar, apresentando grandes vantagens ao nível de custos tornando-os mais reduzidos influenciaram a opção geográfica.

4.3 Delimitação do universo da pesquisa/população alvo

A definição do universo da pesquisa consiste em identificar o conjunto de elementos acerca dos quais se pretende obter determinada informação.

Deste modo, a população alvo da pesquisa integrou, na dimensão familiar, os familiares dos idosos que usufruem do SAD e na dimensão institucional, o Diretor Técnico e as ajudantes familiares do SAD da instituição.

Para que se proceda à recolha de dados, é importante ter em conta alguns critérios na seleção da amostra.

No que diz respeito aos familiares dos idosos que beneficiam do SAD, foi questionado um elemento da família, sendo necessário:

- Que coabite com o idoso ou lhe preste algum tipo de apoio regular e diário, há pelo menos um ano;
- Que tenha uma relação de parentesco direta com o idoso ou que constitua a única rede de suporte.

⁹ www.cartasocial.pt

Em relação à instituição que presta o SAD, é necessário:

- A colaboração do Diretor Técnico, a exercer funções há pelo menos um ano;
- A colaboração das ajudantes familiares, com práticas de apoio continuado há pelo menos um ano.

4.4 Constituição da amostra

O tipo de amostragem selecionado corresponde à não probabilística, neste tipo de amostragem nem todos os elementos da população terão a mesma probabilidade de serem escolhidos para fazer parte da amostra.

Dentro da amostragem não probabilística recorreremos à amostragem por acessibilidade. Como refere Gil (1989, p.97), “neste tipo de amostragem o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo”.

No caso deste estudo foram selecionados familiares de idosos a receber apoio formal (SAD), ajudantes familiares de SAD e o Diretor Técnico da instituição. Desta forma, a amostra é constituída por 10 familiares, 10 ajudantes familiares e o Diretor Técnico.

4.5 Técnica de recolha de dados

A aplicação da técnica da entrevista neste estudo, dirigida ao Diretor Técnico, aos familiares dos idosos e às ajudantes familiares de SAD constitui-se como uma fonte de recolha de diversas informações que possibilita conhecer e até mesmo confrontar dados recolhidos. Com a utilização desta técnica pretende-se a obtenção de uma conversa informal que tenha implícito a recolha de dados, que envolve um guião de temas/assuntos a abordar, designadamente os elementos de caracterização do Diretor Técnico, do familiar e do idoso, a interação família/idoso, a emergência do apoio formal, o apoio institucional prestado, a articulação da rede formal e informal, entre outros.

Salienta-se que o acesso à população decorreu de um pedido formal solicitado à instituição.

No decorrer da entrevista foi utilizado para o registo caneta e papel, e também a utilização de um gravador. A entrevista foi gravada no sentido de maior recolha de informação e acompanhada por um consentimento informado¹⁰.

No que concerne à elaboração dos instrumentos de pesquisa utilizados foi elaborado um guião de entrevista¹¹ dirigida ao Diretor Técnico, às ajudantes familiares do SAD da instituição envolvida na investigação e aos familiares dos idosos.

4.6 Procedimento de tratamento e análise de dados

Os procedimentos de tratamento e análise de dados foram explorados tendo por base a metodologia da análise de conteúdo. Segundo Quivy *et al* (2008:227) a análise de conteúdo “oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentem um certo grau de profundidade e complexidade (...)”, na medida em que é possível ao investigador fazer análise de fatos, opiniões, atributos, tendências ou até evoluções.

Através deste procedimento metodológico, pretendeu-se realizar a reprodução por escrito ou transcrição de todas as entrevistas semi diretivas realizadas pelo investigador junto dos familiares dos idosos, das ajudantes familiares de SAD e do Diretor Técnico, de forma a proceder à análise de toda a informação recolhida e reuni-la pelos diferentes grupos de estudo.

De referir que a análise de conteúdo incidiu nos registos dos familiares e das ajudantes familiares, a entrevista ao Diretor Técnico¹² foi objeto de desenvolvimento de forma a complementar a informação. De referir também, que os dados referentes aos idosos foram recolhidos de forma indireta, ou seja, através dos familiares.

¹⁰ Anexo I

¹¹ Anexo II, III e IV

¹² Anexo V- Elementos de caracterização do Diretor Técnico e da Instituição

Assim, efetuou-se uma análise exaustiva de cada entrevista, de forma a retirar toda a informação importante relativa à pesquisa a realizar, posteriormente proceder-se-á a uma análise comparativa, confrontando-se os dados mais pertinentes de todas as entrevistas.

Neste sentido, o método de análise de conteúdo é intensivo, analisando-se conhecimentos detalhados e complexos.

A técnica da análise de conteúdo obrigou à construção de categorias de análise. Estas são essenciais quer para a identificação das referências de partida, quer para uma análise pormenorizada e comparação dos dados recolhidos.

CAPÍTULO II - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo apresentam-se o resultado das 10 entrevistas realizadas às ajudantes familiares do SAD e das 10 entrevistas efetuadas aos familiares dos idosos que beneficiam do SAD. As entrevistas enquadram-se em duas dimensões: A dimensão familiar e a dimensão institucional, cada dimensão é constituída por categorias e subcategorias, cuja apresentação é feita com base em unidades de registo.

1. Caraterização da amostra

Neste primeiro ponto procedeu-se à caraterização das 10 ajudantes familiares do SAD e dos 10 familiares dos idosos que beneficiam do SAD. Os resultados são apresentados em tabelas, onde constam a ocorrência e os valores percentuais, de modo a facilitar a sua leitura.

1.1 Elementos de caraterização das Ajudantes Familiares do SAD

Ao analisarmos os elementos de caraterização das ajudantes familiares do SAD inquiridas (Tabela 2), verifica-se que a totalidade pertence ao sexo feminino (100%).

Relativamente à variável idade, a maioria das ajudantes familiares situa-se no grupo etário dos 40 aos 49 anos (50%), contrastando com um grupo minoritário com idades inferiores a 30 anos (10%), dos 30 aos 39 anos (10%) e dos 50 aos 59 anos (10%). As restantes ajudantes familiares situam-se no grupo etário com mais de 60 anos de idade (20%).

Os resultados relativos ao estado civil, permitem-nos verificar que as ajudantes familiares inquiridas são na sua maioria casadas (50%), seguindo-se uma distribuição de certo modo equilibrada entre as solteiras (20%), viúvas (20%) e divorciada (10%).

Quanto às habilitações literárias, constata-se que a maior parte das ajudantes familiares possui o 3º Ciclo (60%), seguindo-se as que têm o 1º Ciclo (30%) e o 2º Ciclo (10%).

Tabela 2

Elementos de caracterização das Ajudantes Familiares do SAD (N = 10)

	N	%
Sexo		
Masculino	0	0%
Feminino	10	100%
Idade		
Menos de 30 anos	1	10%
30 - 39	1	10%
40 - 49	5	50%
50 - 59	1	10%
Mais de 60 anos	2	20%
Estado Civil		
Solteira	2	20%
Casada	5	50%
Viúva	2	20%
Divorciada	1	10%
Habilitações Literárias		
1º Ciclo	3	30%
2º Ciclo	1	10%
3º Ciclo	6	60%
Total	10	100%

1.2 Exercício profissional das Ajudantes Familiares do SAD

Relativamente ao tempo a exercer funções na instituição, podemos verificar (Gráfico 10) que a maioria das ajudantes familiares enquadra-se no período do 1 aos 5 anos (50%), seguindo-se 30% correspondente ao período dos 11 aos 15 anos e 10% correspondente ao período dos 6 aos 10 anos e 16 aos 20 anos.

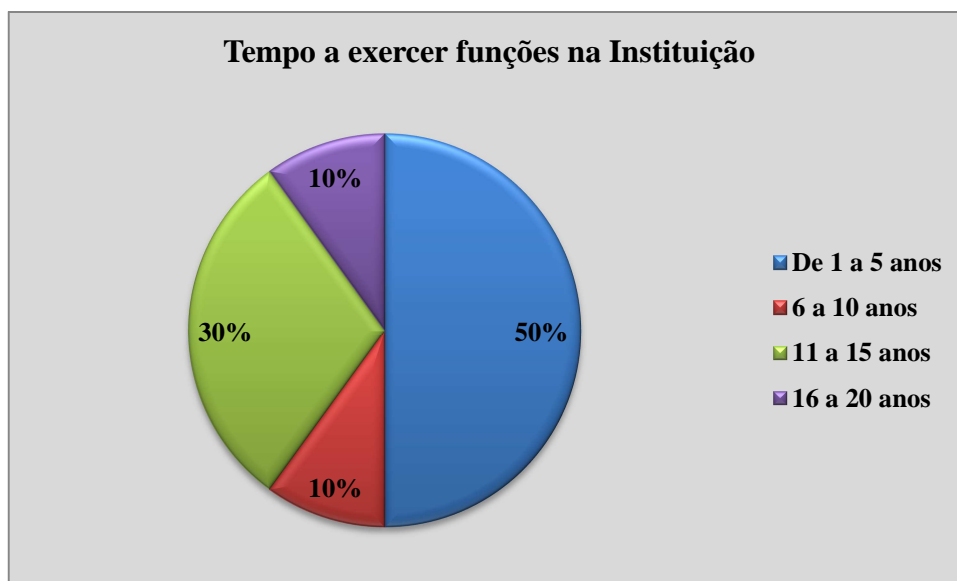


Gráfico 10. Tempo a exercer funções na Instituição

No que diz respeito às funções exercidas pelas ajudantes familiares na instituição, estas passam pelo SAD e Lar (70%), pelo SAD, Lar e Cozinha (20%) e apenas 10% pelo SAD (Gráfico 11).

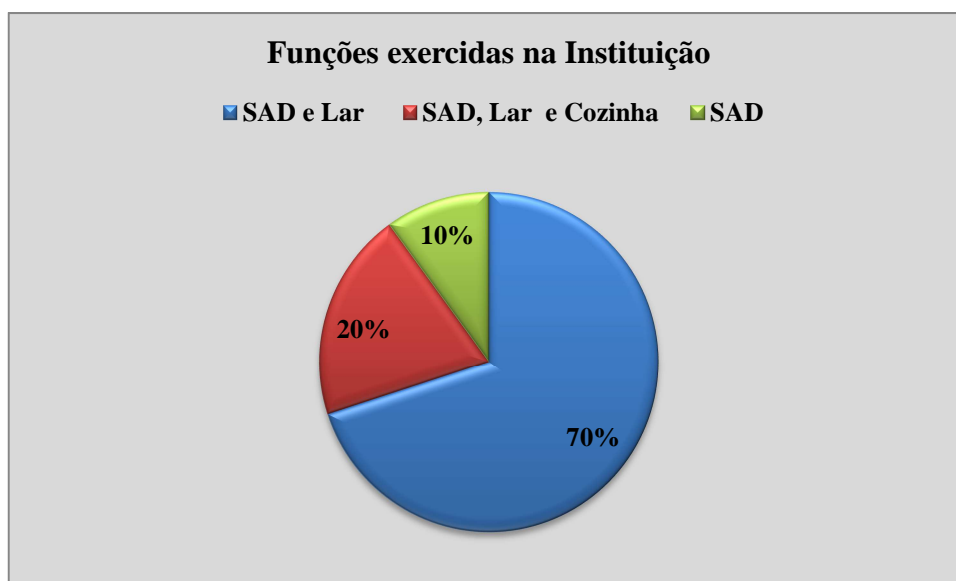


Gráfico 11. Funções Exercidas na Instituição

Constata-se através do Gráfico 12, que o processo de seleção da maior parte das ajudantes familiares (70%) foi a entrevista, 30% das ajudantes familiares foram selecionadas através do desemprego e as restantes (10%) foram selecionadas por outros processos, nomeadamente através de formação.



Gráfico 12. Processo de seleção para a Instituição

No que diz respeito à existência de programas de formação, a totalidade das ajudantes familiares referiu que a instituição promove programas de formação (Gráfico 13).



Gráfico 13. Existência de programas de formação

A totalidade das ajudantes familiares entrevistadas (100%) referiu que as tarefas que desempenham são avaliadas (Gráfico 14).

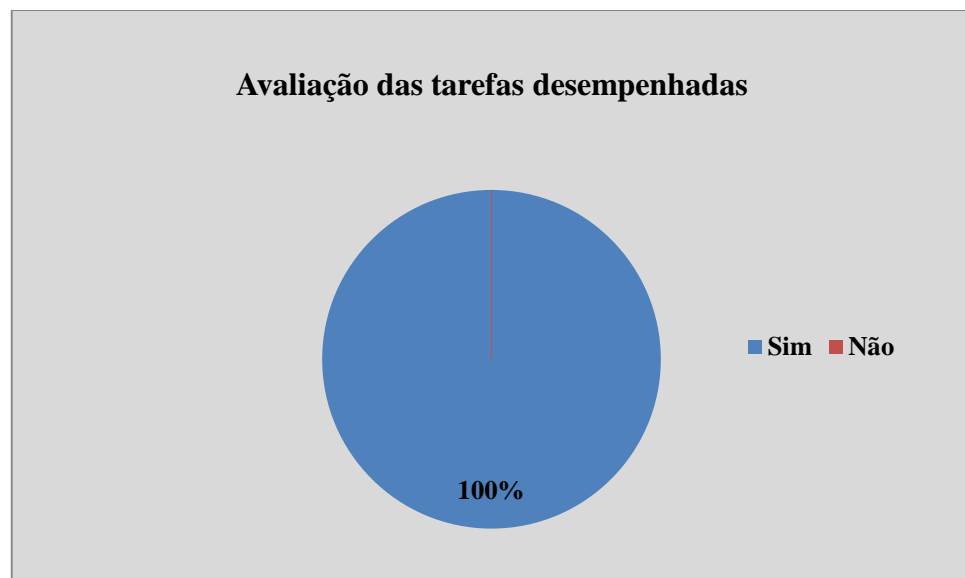


Gráfico 14: Avaliação das tarefas desempenhadas

1.3 Elementos de caracterização do Familiar do Idoso

Ao analisarmos os elementos de caracterização dos familiares dos idosos inquiridos (Tabela 3), verifica-se que a maioria pertence ao sexo masculino (60%), sendo o sexo feminino representado por 40%.

No que respeita à variável idade, a maioria dos familiares situa-se no grupo etário dos 40 aos 59 anos (40%), contrastando com um grupo minoritário com idades inferiores a 40 anos (10%) e dos 70 aos 79 anos (10%). Os restantes familiares situam-se no grupo etário dos 60 aos 69 anos (20%) e mais de 80 anos (20%).

Relativamente ao estado civil, verifica-se que os familiares dos idosos inquiridos são na sua maioria casados (80%), seguindo-se uma distribuição equilibrada entre familiares viúvos (10%) e divorciados (10%).

Constata-se relativamente à profissão, que a maioria dos familiares se encontra reformado (40%), seguindo-se uma variedade de profissões dos entrevistados, nomeadamente comerciantes (20%), auxiliar de lar (10%), serralheiro mecânico (10%), assistente operacional (10%) e contabilista (10%).

Analisando o grau de parentesco verifica-se a existência de diferenças significativas. Deste modo, a maioria dos cuidadores informais é cônjuge (60%) do idoso, seguindo-se a relação filial (20%), seguindo-se outros familiares nomeadamente netos (10%) e noras (10%).

Tabela 3

Elementos de caracterização do Familiar do Idoso (N = 10)

	N	%
Sexo		
Masculino	6	60%
Feminino	4	40%
Idade		
Menos de 40	1	10%
40 - 59	4	40%
60 - 69	2	20%
70 - 79	1	10%
Mais de 80 anos	2	20%
Estado Civil		
Casado	8	80%
Viúvo	1	10%
Divorciado	1	10%
Habilitações Literárias		
1º Ciclo	6	60%
2º Ciclo	0	0%
3º Ciclo	2	20%
Ensino Superior	2	20%
Profissão		
Reformado	4	40%
Comerciante	2	20%
Auxiliar de Lar	1	10%
Serralheiro Mecânico	1	10%
Assistente Operacional	1	10%
Contabilista	1	10%
Grau de parentesco		
Cônjuge	6	60%
Filho	2	10%
Neto	1	10%
Nora	1	10%
Total	10	100%

Ao analisar a caracterização sócio demográfica do idoso (Tabela 4), no que diz respeito à variável idade, verifica-se que grande parte dos idosos se situa nos grupos etários dos 75 aos 80 anos e dos 85 aos 90 anos (40%), um grupo minoritário situa-se nas idades inferiores a 65 anos (10%) e dos 65 aos 75 anos (10%).

Os resultados relativos ao estado civil, permitem verificar que a maioria dos idosos é casado (70%), encontrando-se os restantes viúvos (30%).

Quanto às habilitações literárias, podemos constatar que a maior parte dos idosos possui o 1º Ciclo (70%), seguindo-se os que não têm qualquer tipo de escolaridade (20%) e os que têm o ensino superior (10%).

Relativamente à situação de saúde do idoso, verifica-se que 40% dos idosos, se encontra semiautónomo e 30% numa situação de autonomia e dependência respetivamente.

No que respeita ao apoio que o idoso necessita, averiguamos que 90% requer de um apoio diário e apenas 10% de um apoio semanal.

Tabela 4

Caraterização sócio demográfica do Idoso (N = 10)

	N	%
Idade		
Menos de 65	1	10%
65 - 70	1	10%
75 - 80	4	40%
85 - 90	4	40%
Estado Civil		
Casado	7	70%
Viúvo	3	30%
Habilitações Literárias		
Sem escolaridade	2	20%
1º Ciclo	7	70%
Ensino Superior	1	10%
Situação de saúde		
Autónomo	3	30%

Semiautónomo	4	40%
Dependente	3	30%
Apoio necessário		
Diário	9	90%
Semanal	1	10%
Total	10	100%

2. Análise de conteúdo das entrevistas

Neste segundo ponto, apresentamos a análise de conteúdo efetuada tendo por base as entrevistas realizadas. Para que toda a informação fique organizada e perceptível recorreu-se à construção de categorias de análise. Estas são essenciais quer para a identificação das referências de partida, quer para uma análise pormenorizada e comparação dos dados recolhidos.

2.1 Dimensão Institucional - Ajudantes Familiares do SAD

Esta dimensão é formada por duas categorias: Apoio Institucional e Articulação da Rede Formal e Informal. Da categoria Apoio Institucional emergiram três subcategorias – Tipo de serviços prestados; Regularidade dos serviços prestados e Avaliação das necessidades e prestação dos serviços. Da categoria Articulação da Rede Formal e Informal surgiram três categorias - Papel da Família após o início do apoio formal; Tipologia do Relacionamento das Ajudantes Familiares do SAD, com o Idoso e respetiva Família e Tipo de relação entre Rede Formal e Informal.

2.1.1 Categoria 1 – Apoio Institucional

De seguida apresentam-se as referidas subcategorias, com os respetivos indicadores de resposta, as unidades de registo e as unidades de frequência.

a) Tipo de serviços prestados

Esta subcategoria apresenta os seguintes indicadores de resposta: atividades básicas: serviço de distribuição de refeições, acompanhamento/apoio durante a refeição, serviço ou apoio na higiene pessoal, serviço de lavandaria, serviço de limpeza habitacional, mobilizações; cuidados de saúde: serviço de enfermagem, administração/gestão de medicação, fisioterapia/reabilitação, acompanhamento a serviços de saúde; serviços complementares: atividades de animação, teleassistência, apoio psicossocial, formação para cuidadores informais, cuidados de higiene e conforto pessoal.

No presente estudo e através dos dados recolhidos nas entrevistas, constatou-se que a maioria das ajudantes familiares do SAD (90%) referiu que os serviços que prestam passam pelas atividades básicas, nomeadamente cuidados de higiene e conforto pessoal, higiene habitacional, confeção, transporte e distribuição de refeições e tratamento de roupas. De referir também que 10% das ajudantes familiares mencionou que os serviços prestados passam pela “ *Higiene, refeições e falar um bocado com eles também.*” (AF7).

Tabela 5

Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência - tipo de serviços prestados

Categoria	Subcategoria	UR	UF	%
Apoio Institucional	Tipo de serviços prestados	“ <i>Alimentação, higiene habitacional e pessoal e tratamento de roupas...</i> ” (AF2)	9	90%
		“ <i>Higiene, refeições e falar um bocado com eles também.</i> ” (AF7)	1	10%

b) Regularidade dos serviços prestados

Esta subcategoria apresenta os seguintes indicadores de resposta: diariamente, semanalmente.

Quando questionadas acerca da regularidade dos serviços prestados, 30% das ajudantes familiares referiram que os serviços são prestados “ *Todos os dias, menos ao domingo e feriados.*” (AF1) No entanto, nem sempre são as mesmas a prestar os serviços, uma vez que os serviços são prestados, consoante os mapas e horários afixados semanalmente, deste modo, 70% das ajudantes familiares, referiram que podem prestar os serviços, diariamente ou semanalmente conforme os horários e os mapas. “ *Pronto nesta instituição nunca temos o serviço certo, nem horários certos, mas geralmente é semanal, depende dos horários, na semana que se está cá dentro no próprio Lar, não se vai para fazer os domicílios, mas tirando essa semana que nós estamos à frente dos idosos vamos, podemos ir manhãs ou tardes mas geralmente semana à semana mais ou menos* “. (AF4).

Conclui-se, deste modo, que os serviços são prestados pelas ajudantes familiares diariamente, exceto domingos e feriados em que não se encontra em funcionamento o SAD da instituição. No entanto e dependendo dos horários e mapas que são afixados semanalmente pelo Diretor Técnico, as ajudantes podem prestar os serviços diariamente ou semanalmente.

Tabela 6

Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – regularidade dos serviços prestados

Categoria	Subcategoria	UR	UF	%
Apoio Institucional	Regularidade dos serviços prestados	“ <i>Todos os dias, menos ao domingo e feriados, mas depende porque não somos sempre as mesmas.</i> ”(AF10)	3	30%
		“ <i>É conforme os horários.</i> ”(AF8)	7	70%

c) Avaliação de necessidades e resposta na prestação dos serviços

Esta subcategoria apresenta os seguintes indicadores de resposta: a nível: recursos, formação, pessoal, funcionamento, tipologia das necessidades do idoso.

No que concerne à avaliação de necessidades e resposta na prestação dos serviços, há a ter em conta algumas reclamações das ajudantes familiares.

O horário de trabalho é um dos aspetos que de mais reivindicações é alvo, 50% das ajudantes familiares mencionaram não concordar com os horários.

“ Acho que talvez uma alteração na maneira de fazer os mapas, porque era possível fazer outros horários e facilitar certas colegas que são de mais longe e têm que vir trabalhar em horários que é um bocado complicado, por exemplo as que estão em A têm que vir duas vezes para aqui e é um bocado chato, de resto...” (AF3).

Existem também necessidades associadas aos recursos humanos, 10% das ajudantes familiares referiu a necessidade de pessoal, e a necessidade ao nível dos recursos financeiros. *“ Falta pessoal não é? Quer que eu seja sincera? Não há dinheiro para pagar (...).”* (AF1), 10% das ajudantes familiares referiu também a existência de necessidade de resposta ao domingo. *“ Se calhar mais pessoal ao serviço e eles, os utentes pedem muito para a Instituição fazer ao domingo, gostavam também o apoio ao domingo.”* (AF10).

As restantes ajudantes familiares (30%), referiram estar de acordo/satisfeitas e sem nada a apontar relativamente à questão que lhes foi colocada.

Em síntese, no que se refere à avaliação e resposta na prestação dos serviços, apesar de existirem ajudantes familiares que se encontram satisfeitas e sem nada apontar, existem outras que salientam aspetos como o horário de trabalho, necessidades associadas aos recursos humanos e financeiros e também a necessidade de resposta do SAD ao domingo.

Tabela 7

Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Avaliação de necessidades e resposta na prestação dos serviços

Categoria	Subcategoria	UR	UF	%
Apoio Institucional	Avaliação de necessidades e resposta na prestação dos serviços	<i>“ Há dias em que não estou satisfeita com os horários.” (AF8)</i>	5	50%
		<i>“ Falta pessoal não é? Quer que eu seja sincera? Não há dinheiro para pagar (...) (AF1)</i>	1	10%
		<i>“ Se calhar mais pessoal ao serviço e eles, os utentes pedem muito para a Instituição fazer ao domingo, gostavam também o apoio ao domingo.” (AF10).</i>	1	10%
		<i>“ Eu estou de acordo.” (AF9)</i>	3	30%

2.1.2 Categoria 2 – Articulação da Rede Formal e Informal

a). Papel da família após o início do apoio formal

Esta subcategoria apresenta os seguintes indicadores de resposta: Complementaridade, responsabilidade, desresponsabilização.

Das entrevistas efetuadas, 40 % das ajudantes familiares referiram apenas que as famílias continuam a responsabilizar-se e apoiar os seus idosos. Já a maior parte das

ajudantes (60%) referiu que apesar de existirem famílias que se responsabilizam, existem também outras que se desresponsabilizam dos idosos, após o início do SAD.

Tabela 8

Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Papel da Família após o início do apoio formal

Categoria	Subcategoria	UR	UF	%
Articulação Rede Formal e Informal	Papel da Família após o início do Apoio Formal	“ Acho que se responsabiliza.” (AF9)	4	40%
		“ Eu penso que a família também apoia.” (AF1)		
		“ É como tudo, há famílias que se responsabilizam na mesma por eles e há outras que sem nós fazemos a apoio não se importam, não ligam não é? Nós aqui encontramos de tudo, famílias que têm mais cuidado, que se interessam mais por eles, há outras que ou também por falta de tempo, normalmente as pessoas quase todas trabalham e têm mais dificuldades.”(AF3)	6	60%
“Algumas famílias continuam apoiar o utente, mas há outras que não se importam, nós para eles, muitas de nós, somos família, apoiamos mais que certas famílias que eles têm...”. (AF5)				
		“ Pronto acho que algumas às vezes empurram para cima de nós, acham que temos que ser nós a tomar as rédeas, a sermos nós, afastam-se um bocadinho, não são todos, mas alguns.”(AF)		

b) Tipologia do relacionamento das Ajudantes Familiares do SAD, com o Idoso e respetiva Família

Esta subcategoria apresenta os seguintes indicadores de resposta: existe continuidade das ajudantes familiares; há rotatividade das ajudantes familiares.

A totalidade das ajudantes familiares (100%) referiu que o relacionamento existente entre elas, o idoso e a família é bom, assim como referiram que existe rotatividade entre elas, não sendo sempre as mesmas a efetuar o apoio.

Tabela 9

Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Tipologia do relacionamento das Ajudantes Familiares do SAD com o Idoso e respetiva Família

Categoria	Subcategoria	UR	UF	%
Apoio Institucional	Tipologia do relacionamento de Ajudantes Familiares do SAD, com o Idoso e respetiva Família	<p><i>“ É boa, o idoso às vezes desabafa mais com as empregadas que com a própria família, eles às vezes não conversam muito com a família, conversam mais com as empregadas, veem-se mais à vontade de que com a família, porque nós empregadas também lhes damos mais apoio que certas famílias. Não são sempre as mesmas, de manhã às vezes vão umas, à noite vão outras é conforme os horários.”</i> (AF5)</p>	10	100%
		<p><i>“ Eu acho que é uma relação boa. Um dia vai uma outro vai outra, pode andar lá uma semana inteira, eu por exemplo posso andar uma semana inteira de manhã, mas à tarde já não vou.”</i> (AF2)</p>		

c) Tipo de relação existente entre a rede formal e informal

Esta subcategoria apresenta os seguintes indicadores de resposta: complementaridade, a rede formal suplementa a rede informal, partilha de responsabilidades, a rede formal substitui a rede informal, independência da rede informal relativamente à rede formal.

O tipo de relação existente entre a rede formal e informal, na opinião das ajudantes familiares diversifica-se, a maioria (60%), referiu que o SAD não substitui a família.

“ É assim substituir a família, não substitui, porque nós estamos pouco tempo lá, a família é a família e nós vamos naquele bocadinho, prestamos o apoio, damos, fazemos a higiene, mas é muito pouco tempo, que estamos em casa deles não é? Pronto a instituição e a família eu acho que é como em vários lados, a família se pudesse, daria mais apoio do que nos damos, neste caso a Instituição, mas hoje em dia também tudo trabalha, a família acaba por não dar muito apoio, não ter tempo para atender os familiares e isso é um bocado duvidoso pronto, mas de qualquer das maneiras eu acho que nós o tempo que estamos, que damos apoio às pessoas, mas os familiares era o mais importante.”

Das ajudantes familiares inquiridas, 10% referiu o SAD substitui a família. *“ Algumas famílias ajudam os utentes e a instituição, compartilham bem, mas há outras que não, não se importam muito com eles, certos utentes queixam-se das famílias que não têm muito apoio, mas as famílias também andam a trabalhar também só chegam à noite e eles gostavam de companhia, às vezes até pedem para a gente lá ficar mais um bocadinho ao pé deles, mas nós não podemos porque temos outros utentes para irmos fazer o nosso serviço (...) sim substitui, eles dizem: Ah! Estamos aqui sozinhos só vêm à noite as famílias, vocês são a nossa família, muitos deles dizem”.*

Existe também a opinião que a família não é independente em relação ao SAD, 10% das ajudantes familiares têm essa opinião. Outras referiram que o SAD e a família se complementam (10%) e que existe uma partilha de responsabilidades entre ambos (10%).

Em síntese, apesar da maioria das ajudantes familiares referir que o SAD não substitui a família, existe também a opinião contrária, assim como que a família não é independente em relação ao SAD, que a família e o SAD se complementam e que existe partilha de responsabilidades entre ambos.

Tabela 10

Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Tipo de relação existente entre Rede Formal e Informal

Categoria	Subcategoria	UR	UF	%
Apoio Institucional	Tipo de relação existente entre Rede Formal e Informal	<i>“ Não substitui, nós somos um apoio, em primeiro está a família, depois somos nós não é? (...) (AF9)</i>	6	60%
		<i>“ Algumas famílias ajudam os utentes e a Instituição, compartilham bem, mas há outras que não, não se importam muito com eles, certos utentes queixam-se das famílias que não têm muito apoio, mas as famílias também andam a trabalhar também só chegam à noite e eles gostavam de companhia, às vezes até pedem para a gente lá ficar mais um bocadinho ao pé deles, mas nós não podemos porque temos outros utentes para irmos fazer o nosso serviço (...) sim substitui, eles dizem: Ah! Estamos aqui sozinhos só vêm à noite as famílias, vocês são a nossa família, muitos deles dizem”. (AF5)</i>	1	10%
		<i>“ A família não é independente, porque se não fosse o apoio domiciliário muitas famílias não conseguiam tratar dos idosos, porque andam a trabalhar, só praticamente estão ao domingo em casa e nós fazemos parte da família, enquanto eles estão a trabalhar.” (AF10)</i>	1	10%
		<i>“ Sim acho que se complementam.” (AF6)</i>	1	10%
		<i>“Eu penso que sim que partilham responsabilidades.” (AF7)</i>	1	10%

2.2 Dimensão Familiar – Familiares dos Idosos que beneficiam do SAD

Esta dimensão é formada por três categorias: Interação Família/Idoso; Emergência da Apoio Formal e Articulação da Rede Formal e Informal.

Da categoria Interação Família/Idoso emergiram oito subcategorias – Relação Família/Idoso; Motivações que levaram à prestação de cuidados; Tipo de apoio/cuidados prestados pela Família; Frequência e duração da prestação de cuidados; Partilha da responsabilidade de cuidar com outros familiares; Apoio a nível informal; Necessidades/constrangimentos subjacentes ao cuidado e Relacionamento com o idoso após o início da prestação de cuidados,

Da categoria Emergência do Apoio Formal surgiram cinco categorias - Razões da Procura Institucional; Iniciativa da Procura Institucional; Conhecimento prévio da instituição; Serviços que o idoso usufrui do SAD e avaliação do apoio formal.

Da categoria Articulação da Rede Formal e Informal surgiram três categorias - Papel da Família após o início do apoio formal; Tipologia do relacionamento das Ajudantes Familiares do SAD, com o Idoso e respetiva Família e Tipo de relação entre Rede Formal e Informal.

2.2.1 Categoria 1 – Interação Família/Idoso

De seguida apresentam-se as referidas subcategorias, com os respetivos indicadores de resposta, as unidades de registo e as unidades de frequência.

a) Relação Família/Idoso

Esta subcategoria apresenta os seguintes indicadores de resposta: entre ajuda, conflituosa, distante, proximidade.

No presente estudo e através dos dados recolhidos das entrevistas, constatou-se que a totalidade dos familiares (100%) referiu que têm uma boa relação com o seu familiar idoso. Falamos de uma relação de proximidade, de ajuda, afeto, cumplicidade, respeito.

Tabela 11

Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Relação Família/Idoso

Categoria	Subcategoria	UR	UF	%
Interação Família/Idoso	Relação Família/Idoso	<p>“ É uma relação próxima e de ajuda, tanto mais porque já está desde 2009, já vai fazer cinco anos que está acamada, desde maio de 2009 e desde aí tenho-a ajudado sempre.” (F1)</p>		
		<p>“ É uma relação de afeto, cumplicidade, respeito, foram muitos anos juntos não é? As coisas acontecem mas temos que nos manter sempre unidos.”(F3)</p>		
		<p>“ Entre os dois? De proximidade. Não sei se há um termo que nos aproxime mais que este (...)”(F9)</p>	10	100%
		<p>“Temos uma relação muito próxima foi ela que me criou e vivi muitos anos enquanto andei a estudar em Coimbra e sou o único neto dela daí esta proximidade.”(F10)</p>		
		<p>“ É uma relação boa, é uma relação próxima, damo-nos muito bem”(F5)</p>		

b) Motivações que levaram à prestação de cuidados

Esta subcategoria apresenta os seguintes indicadores de resposta: dever social e moral, amor e afeto, recompensa material, relações mútuas mantidas ao longo da vida, evitar a institucionalização, coabitação de longa duração...

No presente estudo, metade dos familiares inquiridos (50%), referiu que as motivações que levaram à prestação de cuidados ao idoso, passam pela doença do próprio idoso. *“Porque ele em Junho ficou doente, foi para o hospital e o médico do hospital disse-me que ele precisava de alguns cuidados e eu então presto-lhe os cuidados que posso.”* (F5).

Constatou-se também que 40% dos familiares referiram que o dever foi o que os motivou a prestar cuidados ao idoso *“ A minha mulher teve uma trombose há dois anos e desde então tem dificuldades em andar e pronto acho que é meu dever ajudá-la naquilo que eu conseguir.”* (F3).

Também a preocupação em evitar a institucionalização é um dos motivos apontados por 10% dos familiares.

Tornar-se cuidador é um processo complexo, que implica a consideração de uma variedade de razões ou motivos. Do nosso estudo, podemos concluir, que os motivos apontados pelos familiares passam pela doença do próprio idoso, pelo dever e o evitar da institucionalização.

Tabela 12

Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Motivações que levaram à prestação de cuidados

Categoria	Subcategoria	UR	UF	%
Interação Família/Idoso	Motivações que levaram à prestação de cuidados	<i>“ Foi a doença..” (F2)</i>	5	50%
		<i>“Eu? Então é o meu dever, a minha consciência diz-me que tem que ser, não é? Tenho impressão que se fosse o inverso, ela também cuidava conta de mim, tenho impressão que sim, não tenho impressão, tenho a certeza.”(F1)</i>	4	40%
		<i>“ Mais que uma motivação, primeiro sem querer estar a dizer mal, porque isto em todas as situações, seja na saúde, seja num lar para idosos, há sempre bom, médio, mau e péssimo(...) E eu tive, embora fosse aconselhado quando a minha esposa foi contida por um AVC (...), então embora algumas próprias colegas delas tentassem influenciar para eu a por num lar (...) eu sem contrariar as outras pessoas, dizia que ia pensar, ia pensar, ia pensar, mas pensei que não devia por a minha esposa num lar (...) portanto entendi que a minha esposa não era uma fralda descartável para deitar fora (...) está bem, é isto.”(F9)</i>	1	10%

c) Tipo de apoio/cuidados prestados pela Família

Devido à diversidade de respostas dos familiares inquiridos, nesta subcategoria optou-se por descrever na íntegra as entrevistas efetuadas. Desta forma, o tipo de apoio/cuidados prestados pela família, conforme o depoimento dos entrevistados, passam pela higiene pessoal e habitacional, alimentação, mobilização, vigilância, companhia, tratamento de roupas, acompanhamento ao médico e compras.

De seguida apresentam-se as unidades de registo que demonstram o tipo de apoio/cuidados prestados pela família.

“ Tudo, tudo o que é necessário, higiene, alimentação, tudo.” (F1)

“ Higiene não, alimentação, deito-a na cama para ela se deitar, levanto-a (...)” (F2)

“ Vou com ela às consultas, dou-lhe o pequeno almoço, o lanche, vou com ela à casa de banho e passo o dia todo perto dela, naquilo que ela precisar tento lá estar”. (F3)

“ Efetuo-lhe a higiene (...), dou-lhe o comer, vestir, calçar, tirá-lo da cama, pôr na cama, levá-lo para a cozinha, tudo”. (F4)

“ Dou-lhe o jantar, faço-lhe o tratamento da roupa, faço-lhe a higiene da casa.” (F5)

“ Cuidados básicos, às vezes na lida da casa, umas pequenas limpezas porque vem cá a Instituição A fazer a limpeza, levo-a ao médico, às consultas e compro os medicamentos etc.” (F6)

“ Higiene só ao fim de semana, portanto ao domingo e qualquer coisa como levantar dinheiro, compras, fraldas, iogurtes, medicamentos.” (F7)

“ Faço-lhe o comer, dou-lhe o comer e faço-lhe o que eu posso, vou levá-lo ao urinol e à arrastadeira, quando não posso chamo a filha ou o genro que eles ajudam-me (...).” (F8)

“ Os cuidados que lhe presto é desde a higiene pessoal, ajudá-la portanto até à casa de banho, ajudá-la a sentar-se na sanita, ajudar a lavá-la no bidé (...) de noite temos ao pé da cama uma cadeira própria, para as noites frias inclusivamente para não ter o deslocamento da cama para a casa de banho (...) e é assim.” (F9)

“Compro-lhe os medicamentos, desde que fechou a mercearia vou-lhe fazer as compras, levo-a ao médico é mais ou menos estas coisas.” (F10)

d) Frequência e duração da prestação de cuidados

Esta subcategoria apresenta os seguintes indicadores de resposta: diário, semanal, quanto tempo dura.

No que diz respeito à frequência da prestação de cuidados, todos os familiares inquiridos (100%) referiram que prestam cuidados/apoio ao idoso diariamente, já a sua duração varia dos 15 minutos às 24 horas por dia.

Tabela 13

Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Frequência na prestação dos cuidados

Categoria	Subcategoria	UR	UF	%
Interação Família/Idoso	Frequência na prestação de cuidados	<p><i>“Todos os dias (...) uma hora, uma hora e meia conforme.” (F2)</i></p> <p><i>“ É diariamente. Depende se eles estiverem mais ou menos, um quarto de hora, se não estiverem, ainda na quarta feira foi das seis às dez e meia quando eu cheguei a casa, depende da forma como eles se encontrarem.” (F7)</i></p> <p><i>“ É todos os dias, o dia todo 24 horas.” (F3)</i></p>	1	100%

e) Partilha da responsabilidade de cuidar com outros familiares

Esta subcategoria apresenta os seguintes indicadores de resposta: filhos, nora, netos ou outros.

Em relação à existência de partilha de responsabilidades na prestação de cuidados, apenas 20% dos familiares afirmam não ter apoio, os restantes familiares (80%) afirmaram ter apoio na prestação dos cuidados.

Tabela 14

Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Partilha da responsabilidade de cuidar com outros familiares

Categoria	Subcategoria	UR	UF	%
Interação Família/Idoso	Partilha da responsabilidade de cuidar com outros familiares	“Não”. (F2)	2	20%
		“ Há. Os meus genros e as minhas filhas.” (F8)	8	80%
		“Sim, os meus cunhados, ao domingo.” (F7)		

f) Apoio a nível informal (amigos, vizinhos...)

Esta subcategoria apresenta os seguintes indicadores de resposta: amigos e/ou vizinhos.

No presente estudo, os familiares entrevistados têm na rede informal uma das suas principais bases de apoio. 60 % dos familiares inquiridos referiram que possui apoio a nível informal “ *Sim tenho uma vizinha que costuma vir para aqui à tarde ao pé dele, de manhã quando eu não estou também aqui vem, também ajuda.*” (F4).

Dos familiares inquiridos 40% referiram não ter qualquer tipo de apoio por parte da rede informal.

Tabela 15

Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Apoio a nível informal

Categoria	Subcategoria	UR	UF	%
		“Não.” (F5)	4	40%
Interação Família/Idoso	Apoio a nível informal	<i>Tem das vizinhas, elas vêm para aqui e a minha avó também vai a casa delas, passam assim os dias.</i> (F10)	6	60%

g) Necessidades/constrangimentos subjacentes ao cuidado

Esta subcategoria apresenta os seguintes indicadores de resposta: materiais, emocionais, físicas, informativas...

Quando questionados acerca das necessidades/constrangimentos relacionados com o cuidar do idoso, 50% dos familiares inquiridos apontaram dificuldades físicas “ *Felizmente não tenho dificuldades financeiras (...) mas ela está dependente completamente e é forte, portanto quando estou sozinho é mais difícil, quando tenho a ajuda dos filhos de manhã, ao domingo é mais fácil, ao domingo na parte da tarde é que é mais difícil porque estou sozinho, mas pronto tenho conseguido até hoje tomar conta dela...* ” (F1). Também a adaptação à nova condição do idoso foi referida por 20% dos familiares como um constrangimento “ *Agora já estou mais habituada, mas no princípio custou-me um bocadinho fazer-lhe a higiene e essas coisas não estava habituada, tive que ver como é que eles faziam primeiro (ajudantes familiares) nunca tinha tratado de um idoso acamado por exemplo.* ” (F7).

Dos familiares inquiridos, 30% referiram que não sentiam necessidades/constrangimentos ao cuidar do idoso.

Podemos concluir desta subcategoria, que as necessidades/constrangimentos subjacentes ao cuidado passam principalmente por dificuldades físicas, mas também a adaptação por parte dos familiares à nova condição do idoso foi um dos aspetos salientados. De referir ainda, a existência de familiares que mencionaram não sentir qualquer tipo de necessidade/constrangimento.

Tabela 16

Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Necessidades/constrangimentos subjacentes ao cuidado

Categoria	Subcategoria	UR	UF	%
Interação Família/Idoso	Necessidades/ constrangimentos subjacentes ao cuidado	<i>“ Não, não tenho dificuldade nenhuma” (F2)</i>	3	30%
		<i>“ Pronto, ela é um bocadinho pesada e custa pronto a movê-la e é muito difícil para mim.”. (F3)</i>	5	50%
		<i>“Algumas dificuldades, principalmente quando foi na adaptação porque o homem é um bocadinho diferente da mulher em muitas coisas não é?” (F9)</i>	2	20%

h) Relacionamento com o idoso após o início da prestação de cuidados

Esta subcategoria apresenta os seguintes indicadores de resposta: manteve-se o mesmo, relacionamento próximo, relacionamento conflituante.

Todos os familiares inquiridos no nosso estudo (100%) afirmaram não ter havido alteração na relação com o idoso após o início da prestação de cuidados, alguns deles garantem que a relação está ainda mais forte *“É boa, sempre foi boa, mas agora ainda mais (...)”*. (F5). Outros revelam que têm agora um papel diferente *“É igual, agora tenho um papel mais vigilante é só isso.”* (F10).

Tabela 17

Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Relacionamento com o idoso após o início da prestação de cuidados

Categoria	Subcategoria	UR	UF	%
Família/Idoso	Relacionamento com o idoso após o início da prestação de cuidados	“ <i>É a mesma pois, não mudou então pois</i> ”. (F4)	10	100%

2.1.3 Categoria 2 - Emergência do apoio formal

A categoria em análise é constituída por cinco subcategorias: Razões da Procura Institucional; Iniciativa da Procura Institucional; Conhecimento prévio da Instituição; Serviços que o idoso usufrui do SAD e Avaliação do Apoio Formal.

De seguida apresentam-se as referidas subcategorias, com os respetivos indicadores de resposta, as unidades de registo e as unidades de frequência.

a) Razões da Procura Institucional

Esta subcategoria apresenta os seguintes indicadores de resposta: âmbito familiar (impossibilidade/indisponibilidade; falta de recurso); âmbito pessoal (incapacidade ou doença ...); evitar a institucionalização.

Dos familiares inquiridos, 70% referiram que as razões da procura institucional passaram pelo âmbito familiar, nomeadamente impossibilidade/indisponibilidade por parte da Família “ *Ah, porque eu não conseguia, não conseguia sozinho tanto esforço, de manhã até à noite é impossível não é? E agora também está muito complicado, ela está mais frágil, está mais deficiente, desde dia 15 de novembro que esteve no hospital e agora precisa de mais cuidados e eu já não consigo...*”(F1).

Foram também mencionadas por 20% dos familiares razões de âmbito pessoal, nomeadamente incapacidade e doença “ *As razões foi que a minha mãe teve um acidente aqui alguns anos numa perna e ficou com alguma dificuldade em certos movimentos e então pronto e devido à idade também, tem certa dificuldade em fazer algumas limpezas e alguns movimentos do corpo como baixar-se e para tomar banho e tudo, então resolvi procurar a Instituição A.*”(F6).

Saliente-se que 10% dos familiares mencionou que a razão da procura passou por “ *Facilitar-me a vida.*”(F9).

Em síntese podemos referir que as razões que levaram a família a procurar a instituição, para efetivação do SAD, passaram pela impossibilidade/indisponibilidade familiar, incapacidade e doença e facilitação da vida.

Tabela 18

Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Razões da Procura Institucional

Categoria	Subcategoria	UR	UF	%
Emergência do Apoio Formal	Razões da Procura Institucional	<i>“ Tratava dela de manhã à noite e tinha que trabalhar e não podia com tanto serviço (...) eu fazia tudo, limpeza, higiene e tudo e na parte da manhã ainda vou trabalhar todos os dias com esta idade (...) se eu não trabalhar a reforma não dá, só para farmácia é um dinheirão”.</i> (F2)	7	70%
		<i>“ Ah, foi desde que ela ficou doente, vimos que ela precisava de ajuda.”</i> (F3)	2	20%
		<i>“ Facilitar-me a vida.”</i> (F9).	1	10%

b) Iniciativa da Procura Institucional

Esta subcategoria apresenta os seguintes indicadores de resposta: idoso; familiar; negociação entre idoso e família.

Todos os familiares inquiridos (100%) referiram que a iniciativa de procurar o SAD da instituição, partiu deles ou de outros familiares. “ *Fui eu, então tinha que ser, tinha que tomar medidas, não podia ficar de braços cruzados.*” (F1). “ *Até foi dos meus filhos, os meus filhos é que disseram para eu procurar e pronto eu procurei, o meu filho foi mais eu à Instituição A e a Dra. B veio cá.*” (F8).

Tabela 19

Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Iniciativa da Procura Institucional

Categoria	Subcategoria	UR	UF	%
Emergência do Apoio Formal	Iniciativa da Procura Institucional	“ <i>Foi minha, eu é que pedi aos meus cunhados, reunimo-nos e depois decidimos o que é que iríamos fazer.</i> ” (F7)	10	100%

c) Conhecimento prévio da Instituição

Esta subcategoria apresenta os seguintes indicadores de resposta: visita, contatos com os responsáveis.

Dos familiares inquiridos, metade conhecia a instituição, os familiares que não conheciam visitaram a instituição e/ou fizeram contatos com os responsáveis antes da efetivação do SAD.

Tabela 20

Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Conhecimento prévio da Instituição

Categoria	Subcategoria	UR	UF	%
Emergência do Apoio Formal	Conhecimento prévio da Instituição	<i>“Conheço, conheço sim senhora, conheço as pessoas que lá trabalham, conheço a Dona, a Dra. os empregados.” (F2)</i>	5	50%
		<i>“Tinha ouvido falar na instituição que ajudava as pessoas, então eu e a minha filha fomos lá ver como é que isto era, quanto é que custava e pronto o que é que eles faziam e pronto essas coisas todas.” (F3)</i>	5	50%

d) Serviços que o Idoso usufrui do SAD

Esta subcategoria apresenta os seguintes indicadores de resposta: atividades básicas: serviço de distribuição de refeições, acompanhamento/apoio durante a refeição, serviço ou apoio na higiene pessoal, serviço de lavandaria, serviço de limpeza habitacional, mobilizações; cuidados de saúde: serviço de enfermagem, administração/gestão de medicação, fisioterapia/reabilitação, acompanhamento a serviços de saúde; serviços complementares: atividades de animação, teleassistência, apoio psicossocial, formação para cuidadores informais, cuidados de higiene e conforto pessoal...

Os serviços do SAD prestados pela instituição, passam pelas atividades básicas, nomeadamente cuidados de higiene e conforto pessoal; higiene habitacional, fornecimento e apoio nas refeições e tratamento da roupa.

No presente estudo, o serviço mais requisitado é a higiene pessoal, 30% dos familiares inquiridos referiram que o serviço que o idoso usufrui do SAD é a higiene pessoal. Também dos familiares inquiridos 20% mencionaram a alimentação como o serviço que o idoso usufrui. 20% dos familiares referiram que o idoso tem o serviço de alimentação + tratamento de roupas. Uma percentagem igual de familiares (20%) referiram que é a alimentação + a higiene pessoal os serviços que o idoso usufrui. Assim como 20% dos familiares mencionaram que os serviços que o idoso usufrui eram a higiene pessoal + o tratamento de roupas. Uma percentagem mais diminuta dos familiares inquiridos (10%) referiu que o idoso usufrui-a os serviços de higiene pessoal + a higiene habitacional.

Tabela 21

Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Serviços que o Idoso usufrui do SAD

Categoria	Subcategoria	UR	UF	%
Emergência do Apoio Formal	Serviços que o Idoso usufrui do SAD	<i>“ É só a higiene, o resto eu faço, a alimentação eu faço, as roupas eu trato das roupas, eu trato de tudo, menos da higiene que vem cá a Instituição A.” (F1)</i>	3	30%
		<i>“Vão-lhe levar o almoço todos os dias, menos ao fim de semana”(F5)</i>	2	20%
		<i>“ O almoço ao sábado e roupa lavada, porque durante a semana está no Centro de Dia” (F2)</i>	2	20%
		<i>“ As senhoras vem cá trazer o almoço e trazem o jantar e dão-lhe banho também, o resto sou eu e a minha filha que fazemos.” (F3)</i>	1	10%
		<i>“ Higiene pessoal e as limpezas da casa.” (F6)</i>	2	20%

e) Avaliação do apoio formal

Esta subcategoria apresenta os seguintes indicadores de resposta: serviços prestados, recursos, funcionamento do serviço, tipologia dos serviços prestados...

A avaliação feita pelos familiares inquiridos relativamente ao apoio formal é na maior parte positiva. 80% dos familiares afirmaram encontrar-se satisfeitos com o apoio. “*Têm sido uma grande ajuda, porque a minha filha trabalha e nós os dois nunca conseguíamos fazer tudo, é uma grande ajuda.*” (F2).

No entanto, 20% dos familiares encontram-se insatisfeitos com determinados aspetos, referindo a existência de algumas falhas, assim como há familiares que referiram que deveria existir uma relação de maior proximidade entre Assistente Social e idoso.

Tabela 22

Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Avaliação do Apoio Formal

Categoria	Subcategoria	UR	UF	%
Emergência do Apoio Formal	Avaliação do Apoio Formal	<i>“Uma avaliação boa, gosto delas e gosto da maneira que o tratam, a alimentação é boa e ele gosta e está satisfeito”.</i> (F5)	8	80%
		<i>“ É assim, a gente nunca está satisfeito mas pronto, o que eu acho é devia haver uma relação de maior proximidade é sobre as Assistentes Sociais, porque as pessoas em si que vêm fazer a higiene e as limpezas já sabemos que nem todas as pessoas são iguais, umas são melhor outras são menos melhor, mas somos pessoas, somos humanos, nem todos nós trabalhamos, nem exigimos da mesma</i>	2	20%

maneira, agora eu acho que as Assistentes Sociais que estão nestas Instituições deviam ter uma relação de maior proximidade com os idosos, eu posso dizer se calhar que há dois anos, não sei bem, não vem aqui uma Assistente Social ver como é que a minha mãe está (...). Eu acho que essa relação de proximidade com os idosos é que está a falhar um bocadinho. Em relação às funcionárias está tudo bom.”(F6)

“ Não digo por exemplo que é um hotel de 5 estrelas, porque não posso dizer, nem eles levam dinheiro para tal, mas considero normal mais (...) não digo que não haja às vezes umas falhazitas e tal mas na nossa casa também acontece (..). F9)

2.1.4 Categoria 3 - Articulação da Rede Formal e Informal

A categoria em análise é constituída por três subcategorias: Papel da família após o início do apoio formal; Tipologia do relacionamento das Ajudantes Familiares do SAD, com o Idoso e respetiva Família e Tipo de relação existente entre a rede formal e informal. Os indicadores de resposta, as unidades de registo e as unidades de frequência são apresentadas seguidamente.

a) Papel da Família após o início do apoio formal

Esta subcategoria apresenta os seguintes indicadores de resposta: Complementaridade, responsabilidade, desresponsabilização.

A maioria dos familiares entrevistados (90%) assumiu ter um papel de responsabilidade após o início do apoio formal “ *Continuei a responsabilizar-me por ela*” (F2).

Constatou-se também que 10% dos familiares referiu que assume um papel de complementaridade “*É um papel de complementaridade, visto que a Instituição apoia de uma forma e eu apoio de outra não é?*” (F10).

Tabela 23

Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Papel da Família após o início do Apoio Formal

Categoria	Subcategoria	UR	UF	%
Articulação da Rede Formal e Informal	Papel da Família após o início do Apoio Formal	<i>“Responsabilizei-me por ela na mesma.”</i> (F9)	9	90%
		<i>“É um papel de complementaridade, visto que a Instituição apoia de uma forma e eu apoio de outra não é?”</i> (F10)	1	10%

b) Tipologia do Relacionamento das Ajudantes Familiares do SAD com o Idoso e respetiva Família

Esta subcategoria apresenta os seguintes indicadores de resposta: existe continuidade das ajudantes familiares, há rotatividade das ajudantes familiares...

Todos os familiares inquiridos (100%) referiram que existe uma boa relação entre eles, as ajudantes familiares e o idoso, mencionaram igualmente que existe rotatividade das ajudantes familiares. “ *É boa, é boa, não são sempre as mesmas que vêm cá, mas são muito simpáticas, atenciosas e tudo, fazem a obrigação delas não é?*” (F2)

Tabela 24

Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Tipologia do relacionamento das Ajudantes Familiares do SAD com o Idoso e respetiva Família

Categoria	Subcategoria	UR	UF	%
Articulação da Rede Formal e Informal	Tipologia do relacionamento das Ajudantes Familiares do SAD com o Idoso e respetiva Família	“ <i>É boa, ele gosta muito delas e eu também gosto muito da maneira que elas o tratam, vão levar-lhe o almoço e pronto são assim reinadias, brincam com ele e ele também gosta. Não são sempre as mesmas.</i> ” (F5)	10	100%

c). Tipo de relação existente entre a rede formal e informal

Esta subcategoria apresenta os seguintes indicadores de resposta: complementaridade, a rede formal suplementa a rede informal, partilha de responsabilidades, a rede formal substitui a rede informal, independência da rede informal relativamente à rede formal...

O tipo de relacionamento existente entre SAD e Família, varia na opinião dos familiares, 20% dos familiares inquiridos referiram que o SAD não substitui a Família. “ *O apoio domiciliário não substitui a família, a família penso que deve estar sempre presente não é? Se bem que neste momento, a nossa família tem um irmão mais velho que não está*

cá, não está tão presente, não conhece as funcionárias, tem um ligeiro conhecimento mas não profundo, vem cá de vez em quando. Nós é que estamos aqui mais próximos e apercebemo-nos destas coisas e lidamos com elas (...) enquanto podermos estamos aqui.” (F6).

Há também o parecer de 10% dos familiares que o SAD substitui a Família. “ *Família praticamente sou eu (...) em parte e em muitos casos têm que substituir a família não é? Por exemplo a alimentação diária que me estão a prestar, substitui a família, evitam que eu esteja aqui a cozer peixe com batatas ou pronto coisas do género.” (F9).*

Dos familiares inquiridos 20% referenciaram não existir partilha de responsabilidades, “ *Elas fazem o trabalho delas e eu faço o meu”(F4).*

Os restantes familiares (30%) mencionaram que existe partilha de responsabilidades entre SAD e Família. “ *(...) elas desempenham o papel delas e eu também colaboro no que for preciso”.* (F1).

Desta subcategoria, podemos concluir que os familiares divergem relativamente à relação existente entre as duas redes, uns referem que o SAD não substitui a família e que não existe partilha de responsabilidades entre ambas, existindo também a opinião contrária (o SAD substitui a família e existe partilha de responsabilidades).

Tabela 25

Categoria, subcategoria, unidades de registo e unidades de frequência – Tipo de Relação existente entre Rede Formal e Informal

Categoria	Subcategoria	UR	UF	%
Articulação da Rede Formal e Informal	Tipo de Relação existente entre Rede Formal e Informal	<i>“ A instituição não substitui a família, mas apoio muito, se não fosse a Instituição a fazer o apoio domiciliário eles já tinham que estar num lar porque nós sozinhos não conseguíamos.” (F7)</i>	2	20%

<i>“ Família praticamente sou eu (...) em parte e em muitos casos têm que substituir a família não é? Por exemplo a alimentação diária que me estão a prestar, substitui a família, evitam que eu esteja aqui a cozer peixe com batatas ou pronto coisas do género.” (F9)</i>	1	10%
<i>(...) eles é que são responsáveis quando estão a tratar dela, quando sou eu, eu é que sou responsável, quando são eles eu não tenho responsabilidade nenhuma”. (F2)</i>	2	20%
<i>“ É boa, a relação é boa, há partilha de responsabilidades deles e da família, que neste caso sou eu”. (F5)</i>	3	30%

3. Discussão dos Resultados da Investigação

Da dimensão institucional, podemos concluir que a equipa de ajudantes familiares desempenha um papel absolutamente central na operacionalização do SAD, uma vez que são elas quem estão maioritariamente presente no domicílio dos idosos.

A figura de ajudante familiar foi criada em 1989, de acordo com o decreto lei nº141/89 de 28 de Abril. Trata-se da pessoa que, em articulação com instituições, presta serviços domiciliários imprescindíveis à normalidade da vida da família, nos casos em que os mesmos serviços não podem ser prestados pelos seus membros.

Aos ajudantes familiares no exercício da sua atividade compete: prestar ajuda na confeção das refeições, no tratamento de roupas e nos cuidados de higiene e conforto pessoal dos utentes; realizar no exterior serviços necessários aos utentes e acompanhá-los nas suas deslocações, sempre que necessário; ministrar aos utentes, a medicação prescrita que não seja da exclusiva competência dos técnicos de saúde; acompanhar as alterações

que se verifiquem na situação global dos utentes que afetem o seu bem estar e, de um modo geral, atuar por forma a ultrapassar possíveis situações de isolamento e solidão.

O grupo das ajudantes familiares constitui a base do trabalho do SAD, estas devem possuir a formação adequada às funções que desempenham, devem dispor de capacidade de comunicação e fácil relacionamento que lhes permita adotar uma atitude de escuta e observação quanto às necessidades dos utentes, devem ter capacidade de prestar as informações necessárias à avaliação da adequação do programa de cuidados e serviços, devem ter formação que permita uma intervenção adequada em situações de dependência decorrentes de envelhecimento e ou de deficiência.

Ao Diretor Técnico compete dirigir o SAD assumindo a responsabilidade pela sua organização e funcionamento, coordenação e supervisão dos profissionais, atendendo à necessidade de estabelecer o modelo de gestão técnica adequada, tendo em conta, designadamente, a melhoria da prestação de cuidados e serviços.

Perante os resultados das entrevistas efetuadas podemos verificar que o papel de cuidador formal é predominantemente representado por mulheres, todos os cuidadores inquiridos são do sexo feminino, situando-se a maioria no grupo etário dos 40 aos 49 anos, a maioria é casada e possui o 1º ciclo de ensino, exercendo funções, a sua maioria, na instituição no período de 1 aos 5 anos. Podemos concluir com estes dados, que estamos perante uma amostra relativamente jovem e com baixa escolaridade.

Um aspeto que nos parece absolutamente central e que concorre para a qualidade do SAD é o fato de todas as ajudantes familiares possuírem formação específica para o desenvolvimento do seu trabalho, como também existir uma avaliação das tarefas desempenhadas. Neste sentido acresce o relato da direção técnica “...todas as funcionárias que desempenham funções são devidamente preparadas para esse trabalho, habitualmente nas primeiras duas, três semanas vão sempre duas pessoas mais antigas. A enfermeira faz sempre uma pequena formação com elas, a dar-lhes alguma indicação. Penso que o trabalho corre dentro do esperado” (Diretor Técnico).

O acumular de atividades parece-nos uma realidade presente nesta instituição, é de realçar que apenas 10% das ajudantes familiares referiu que desempenha funções no SAD, estando as restantes 90% afetas a outros serviços, nomeadamente ao Lar e à Cozinha. No entanto, esta situação pode levar a situações negativas de desgaste físico e mental, pois tal como é referido por Colomé et al. (2011) os trabalhadores em Instituições de Acolhimento de Idosos referem constantemente a falta de tempo para desempenhar as atividades de que

estão encarregues, o que se vai repercutir no atendimento ao idoso, prejudicando esse atendimento assim como a sua própria qualidade de vida.

No que diz respeito ao tipo de serviços prestados, constatamos que as atividades básicas, nomeadamente cuidados de higiene, higiene habitacional, confeção, transporte e distribuição de refeições e tratamento de roupas, são os serviços prestados pelas ajudantes familiares inquiridas. Acresce referir que “...*serviços de enfermagem, algumas reparações quando é necessário, atividades de animação para os idosos mais autónomos e medicação*” (Diretor Técnico) são também serviços prestados pela instituição.

De acordo com o regulamento interno da instituição em estudo, o SAD funciona todos os dias, exceto domingos e feriados, mas derivado ao fato das ajudantes familiares estarem afetas a outras funções (Lar e Cozinha), a regularidade com que prestam o SAD pode variar, sendo diário ou semanal.

No que concerne à avaliação de necessidades e resposta na prestação dos serviços, o horário de trabalho é um dos aspetos que de mais reivindicações é alvo por parte das ajudantes familiares. A maioria das ajudantes familiares discorda do horário.

Quando se efetua o apoio formal, neste caso o Serviço de Apoio Domiciliário é essencial compreender o papel que a família assume. Quando questionadas acerca do papel da família após o início do apoio formal, grande parte das ajudantes familiares referiu que apesar de existirem famílias que se responsabilizam, existem também outras que se desresponsabilizam dos idosos, após o início do SAD. Na opinião do Diretor Técnico “...*a família nunca deixa de ter o papel de família e é isso que devemos prevalecer. No entanto, neste momento as famílias estão um pouco afastadas, devido a toda a situação profissional que atravessam a maior parte delas, mas tentamos sempre e nunca fazemos nada sem que a família tenha conhecimento ou que esteja de acordo com o que pretendemos fazer. Nunca é feito nada sem que a família tenha conhecimento e tentamos que estejam em interação com o idoso e com as colaboradoras. Nunca há uma substituição, até porque os idosos permanecem nas suas casas, nunca pode ser visto como uma substituição, mas sim como um complemento...*”

O relacionamento com o idoso assume-se como um elemento chave para a prestação de cuidados, sendo que é importante também referir que o modo como o cuidador vê o idoso e os preconceitos e estereótipos que possuem influenciam inevitavelmente a forma de relacionamento com o mesmo. Assim, tendo isto em consideração, as ajudantes familiares foram questionadas sobre como descreviam a sua

relação com o idoso e respetiva família. Um aspeto interessante é que todas elas mencionaram tratar-se de uma relação boa, referiram também que existe rotatividade entre elas. Também o Diretor Técnico partilha a mesma opinião “ *Depende. Há idosos em si que são pessoas difíceis em termos de temperamento e que por vezes não aceitam todas as mudanças do Serviço de Apoio Domiciliário. No entanto, eu penso que a relação deles é boa, ao início pode haver alguns entraves, mas que depois com o decorrer e o conhecer das colaboradoras são ultrapassados. Eles todos conhecem todas as colaboradoras, há rotatividade entre elas.*”

Através dos dados recolhidos, podemos verificar que a maior parte das ajudantes familiares referiu que a rede formal (SAD) não substitui a rede informal (Família). Estes resultados vão de encontro ao que nos é dito por Li (2005), que os cuidadores informais cuidam dos seus familiares e que o cuidado formal lhes permite algum alívio, mas não os substitui.

O relato do Diretor Técnico a este respeito diz-nos “ *Depende de caso para caso. Cada caso é um caso. Nós tentamos que haja uma partilha de responsabilidades, nem sempre é fácil mas tentamos, porque nada substitui a família, tem que ser visto como um complemento, tentamos que seja assim... tentamos sempre levar essa avante.*”

Os serviços de apoio social disponíveis na comunidade para apoiar as pessoas idosas, têm um papel fundamental no alívio da sobrecarga do cuidador, devendo atuar através duma equipa devidamente preparada para prestar cuidados com vista a colmatar as necessidades/dificuldades encontradas pelo cuidador familiar na sua tarefa de cuidar. Esta equipa, por sua vez, deverá considerar o cuidador/família como fazendo parte da equipa.

Podemos concluir na dimensão familiar, através dos dados obtidos nas entrevistas realizadas, que a maioria dos familiares inquiridos pertence ao sexo masculino e se situa no grupo etário dos 40 aos 59 anos, com profissões diversas. Verifica-se também que são, na sua maioria, casados e cônjuge do próprio idoso. Estes resultados vão de encontro ao que nos é dito por Sousa *et al.* (2004) em que os casados constituem a maior proporção daqueles que prestam cuidados e que o cuidador mais frequente é o cônjuge, seja homem ou mulher. Na maioria das vezes, os cônjuges são a principal e única fonte de assistência ao idoso dependente. A descendência constitui a segunda fonte de prestação de cuidados. Normalmente na ausência de cônjuge é a filha quem assume a responsabilidade de prestação de cuidados. No caso da inexistência de uma filha, será o filho quem assume tal

responsabilidade mas, quase sempre, acaba por transferi-la para a esposa (Figueiredo, 2007).

De forma a tornar o nosso estudo mais completo, considerámos pertinente realizar uma breve caracterização sócio demográfica dos idosos a cargo dos familiares inquiridos. Dos dados obtidos através dos familiares, podemos referir que estamos perante uma amostra de idosos com idade avançada, de acordo com o INE (2002) a chamada “quarta idade”, ou seja, idosos com 75 e mais anos. Na sua maioria casados, com baixa escolaridade, com uma situação de saúde frágil e a necessitar de bastante apoio.

No que diz respeito à relação existente entre a família e o idoso, verificou-se que todos os familiares mantêm uma relação boa, próxima, de ajuda, de afeto, de cumplicidade e respeito com o idoso. Estes resultados vão de encontro à perspetiva de (Paúl, 1997), que nos diz que o cuidar de um idoso, por vezes, conduz a uma aproximação familiar. Situação que integra aspetos positivos gerados pela solidariedade, proximidade e intimidade.

Na presente investigação, metade dos familiares inquiridos referiu que as motivações que os levaram à prestação de cuidados ao idoso passaram pela doença do mesmo. Estes resultados vão de encontro ao que é referido por Figueiredo (2007) que existem duas vias para se entrar numa situação de prestação informal de cuidados, nomeadamente através de um processo sub-reptício ou na sequência de um incidente inesperado, como é o caso de uma doença.

Sobre a tomada de decisão e iniciativa de assumir o papel de cuidador, as principais razões que estão na adoção deste papel, segundo um estudo de Sequeira realizado a 184 cuidadores informais são: 61% iniciativa própria, 18% decisão familiar, 12% por ser a única pessoa que podia cuidar, 6% por solicitação da pessoa dependente e 3% não souberam especificar (Sequeira, 2010).

Motivações como o dever e o evitamento da institucionalização foram também referidos pelos familiares, estes dados parecem ir ao encontro dos dados referidos por Figueiredo (2007) cujas motivações inerentes à assunção do papel de cuidador formal passam pelo dever (moral e/ou social), solidariedade conjugal, filial ou familiar, cristianismo, sentimentos de amor ou piedade, recompensa material, evitamento da institucionalização, coabitação de longa data, proximidade geográfica, inexistência de estruturas de apoio e custo dos lares demasiado elevado.

De acordo com o estudo de Pimentel (2008), acerca dos cuidados familiares a idosos dependentes nos concelhos de Coimbra e de Soure, concluiu-se que as pessoas

dizem cuidar tendo por base os princípios do dever (sentido de obrigação enquadrado socialmente), da reciprocidade (retribuição da dedicação dos progenitores), da afetividade (valorização da proximidade afetiva) ou da piedade (pena de ver um ser humano desprezado).

Ainda de acordo com o mesmo estudo, também a transmissão de valores de solidariedade e de entreaajuda aos filhos e aos netos, através do exemplo pessoal, é uma importante justificação para cuidar.

Embora sejam estes os principais fatores que determinam a adoção do papel de cuidador informal, quando alguém toma essa iniciativa, fá-lo com base em motivações, que constituem um domínio complexo, pois envolvem um grande número de razões marcadas pelas tradições, padrões e normas vigentes em cada sociedade, pela própria conceção de vida e pela história de cada individuo. (Sousa *et al* 2004).

No que se refere ao tipo de apoio/cuidados prestados pela família e de acordo com os dados das entrevistas, podemos referir que são variados, passando pela higiene pessoal e habitacional, alimentação, mobilização, vigilância, companhia, tratamento de roupas, acompanhamento ao médico e compras. Estes resultados evidenciam a tendência da investigação acerca da prestação informal de cuidados ao idoso que podem ser instrumentais (higiene, alimentação, mobilização, vestuário, vigilância, acompanhamento a consultas...) e expressivos (companheirismo, carinho, conforto, convívio...).

No entanto é importante referir que o tipo de cuidados prestados ao idoso varia com uma série de fatores que, como afirma Paúl (1997, citado em Figueiredo, 2007) não são estáticos e desenvolvem-se ao longo do tempo introduzindo novos aspetos, tarefas e sentimentos. Tais fatores incluem, por exemplo, o grau (baixa, moderada ou severa) e tipo de dependência (física, mental ou ambas), proximidade geográfica, situação socioeconómica, apoio intra e extra familiar, sexo do cuidador entre outros.

Quanto à frequência da prestação de cuidados, todos os familiares inquiridos referiram prestar apoio diariamente, o tempo de duração da prestação de cuidados varia entre os 15 minutos e as 24 horas.

Os resultados obtidos nas entrevistas realizadas aos familiares dos idosos, permitem-nos confirmar também, que as redes informais de apoio (amigos e relações de vizinhança) constituem um elemento importante na prestação de cuidados aos idosos, a maioria dos familiares inquiridos referiu ter apoio a nível informal, por parte de amigos e

vizinhos na prestação de cuidados. Assim como a maioria referiu igualmente que partilha a responsabilidade de cuidar com outros familiares.

Isto evidencia o que nos é dito por Paúl (1997), que apesar da família ser a maior fonte de apoio físico e emocional dos mais velhos, também os amigos têm um forte efeito no bem estar, estes são uma importante parte das redes de apoio social que permitem a partilha de intimidades, apoio emotivo, oportunidades de socialização e apoio instrumental.

Relativamente à relação entre vizinhos, baseia-se nomeadamente na proximidade, refletindo independência, simpatia. Os idosos que vivem sós têm normalmente mais atitudes positivas para com os vizinhos. A relação existente é predominantemente instrumental como por exemplo, compras, olhar pela casa, situações de emergência.

Relativamente às necessidades/constrangimentos verificou-se que o maior constrangimento que a maior parte dos familiares apontou, prende-se com as dificuldades físicas. Estes resultados parecem ir ao encontro do estudo realizado por Palma (cit. in Andrade, 2009) em que os cuidadores consideravam os cuidados de alimentação, de higiene e de vestir a pessoa idosa como atividades difíceis devido ao tempo gasto, ao esforço despendido e à frequência com que as realizavam.

Neste sentido, também Sousa *et al* (2004) referem que proporcionar cuidados durante um longo período de tempo pode ser física e psicologicamente esgotante, podendo interferir mesmo na saúde e bem estar do cuidador

De referir que as necessidades dos cuidadores dependem de vários fatores: o tipo e o grau de dependência do idoso; o estado de saúde do cuidador; a existência ou não de pessoas que prestem ajuda complementar; se utiliza ou se tem acesso a serviços de apoio ou não; se coabita com o idoso ou não; o poder económico; o isolamento social; a participação ou não no mercado de trabalho.

De salientar também que todos os familiares referiram que o papel/relacionamento com o idoso não sofreu alteração após o início do SAD. Segundo Sousa *et al* (2004), a relação entre idoso e a pessoa que cuida é alimentada tanto pela vivência comum das duas pessoas (infância ou vida conjugal), como pela história individual de cada uma. No entanto, os cuidados pessoais prestados ao idoso vão exigir profundas reconstruções no relacionamento, já que a relação de dependência implica uma nova perceção de si e do outro para todos os elementos do grupo familiar, atingindo, em particular, o cuidador e o idoso.

A maior parte dos familiares, referiu que a razão da procura institucional foi de âmbito familiar, devido à impossibilidade/indisponibilidade por parte da família, também a incapacidade e doença do idoso foram razões que levaram à procura de apoio formal.

A investigação diz-nos que o recurso aos serviços institucionais, especificamente, ao apoio domiciliário deve-se a fatores que se relacionam e articulam, como a perda temporária ou definitiva de autonomia, a indisponibilidade familiar, evitar a institucionalização, entre outros. O lugar da pessoa idosa na família fica comprometido quando esta deixa de ter um papel ativo e passa a necessitar de um apoio efetivo. O que começa por ser um desejo dos próprios familiares de manterem os idosos ao seu cuidado, com o tempo e com a perda de autonomia por parte dos mesmos leva a que as famílias se sintam incapazes de darem resposta e recorram ao apoio formal.

Desta forma, apercebemo-nos que são os familiares que assumem, primeiramente, o cuidado dos idosos, solicitando à instituição os seus cuidados a partir do momento em que não conseguem dar resposta às necessidades dos idosos. Percebemos também, que a iniciativa da procura da instituição foi da própria família.

Na nossa amostra metade dos familiares conhecia a instituição e os restantes não, tendo havido a preocupação por parte dos mesmos de realizar visita/contactos antes da efetivação do SAD.

Relativamente aos serviços que o idoso usufrui do SAD, estes passam pelas atividades básicas, nomeadamente alimentação, higiene pessoal, tratamento de roupas, e serviço de limpeza habitacional.

No que se refere à avaliação do apoio formal, a maioria dos familiares fazem uma avaliação positiva, afirmando encontrarem-se satisfeitos com o apoio.

De referir também, na categoria – Articulação da Rede Formal e Informal que a maioria dos familiares entrevistados assumiu ter um papel de responsabilidade após o início do apoio formal, constatou-se igualmente que há familiares que referiram assumir um papel de complementaridade.

Constatou-se também que todos os familiares inquiridos referiram que existe uma boa relação entre eles, as ajudantes familiares e o idoso, mencionaram igualmente que existe rotatividade das ajudantes familiares.

No que se refere ao tipo de relacionamento existente entre SAD e família, este varia na opinião dos familiares, existindo a opinião de existir partilha de responsabilidades entre

ambos, outros referiram que o SAD não substitui a família. Uma grande minoria referiu que o SAD substitui a família e que não existe partilha de responsabilidades entre ambos.

Relativamente a esta terceira categoria, podemos concluir depois de tudo o que foi referido, que os cuidados formais e informais não são substitutos um do outro. O surgimento de estruturas formais que respondam a necessidades antes supridas pela família não anulam obrigatoriamente os cuidados familiares. A rede formal tem como objetivo garantir a satisfação de tarefas de natureza técnica, enquanto a rede informal supre as necessidades a nível emocional. Os serviços prestados formalmente são essenciais para a família, mesmo quando existe uma forte rede familiar.

CONCLUSÃO

Quando nos propusemos realizar esta investigação fomos diversas vezes invadidos por incertezas e interrogações. Foi seguramente um percurso longo mas muito compensador e felizmente a determinação prevaleceu e conseguimos alcançar o nosso tão desejado objetivo.

Esta experiência por nós vivenciada foi bastante enriquecedora e aliciante, constituindo um importante momento de aprendizagem. Permitiu-nos desenvolver conhecimentos necessários para a elaboração de um trabalho desta natureza e aprofundar conhecimentos a vários níveis, para além de ficarmos sensibilizados para continuar a investir na produção de conhecimento nesta área.

A pesquisa teve como propósito compreender a articulação das redes (formal e informal) no apoio ao idoso.

O momento atual traduz em termos demográficos, o que os especialistas denominam de uma “involução demográfica”, ou seja, o envelhecimento da população não se faz apenas com o aumento dos mais velhos mas também com a redução dos mais novos, este fato tem vindo a merecer especial atenção por parte da sociedade.

O envelhecimento é um processo natural, complexo, contínuo, heterogéneo, inevitável. Dá-se a nível físico, psicológico e social. Surge muitas vezes associado à ideia de perda de papéis sociais, perda de autonomia, perda de capacidades intelectuais, entre outras, sendo um fenómeno profundamente influenciado pelos valores sociais e culturais.

Falar hoje de envelhecimento não é sinónimo de terceira idade, existe um grupo etário que está a crescer, com idades superiores a 65 anos, a chamada quarta idade e devido ao aumento da longevidade, tem-se verificado um significativo aumento de pessoas em situações de dependência.

Deste modo, existe a necessidade de repensar as políticas de velhice de modo a garantir melhores condições de vida às gerações de idosos.

Também a família, se vê atualmente perante alguns constrangimentos que a impossibilitam de prestar um apoio total ao seu familiar idoso, sendo obrigada a recorrer à ajuda e colaboração de instituições estatais ou particulares.

Cuidar de uma pessoa idosa no domicílio acarreta grandes exigências físicas e psicoafetivas, grande disponibilidade de tempo, energia, gastos económicos e algum comprometimento da vida pessoal e social. Pelo que pode ser necessário recorrer a ajudas,

como é o caso do Serviço de Apoio Domiciliário, no sentido de aliviar a sobrecarga familiar e tornar esta tarefa num ato gratificante e de reconhecimento por parte do idoso e da sociedade.

Muitas vezes a solicitação deste apoio é interpretado como uma rutura com as redes informais como familiares, amigos e vizinhos. No entanto, estes serviços são cada vez mais necessários na medida em que na nossa sociedade a disponibilidade das famílias é, por diversos motivos, cada vez mais escassa.

Na realidade, o SAD representa uma estrutura altamente vantajosa na atenção às pessoas idosas e ajuda a retardar ou evitar a institucionalização, dando suporte às famílias. Contudo, parece quase inquestionável que, para que o SAD se possa efetivar, é necessário haver uma rede de suporte, que seja responsável no processo de intervenção, para a manutenção ou melhoria do estado da pessoa e da sua qualidade de vida.

Com base no estudo empírico conclui-se que os cuidadores formais estão distribuídos por diferentes faixas etárias, menos de 30 aos mais de 60 anos, já os cuidadores informais situam-se na faixa etária dos menos de 40 aos mais de 80 anos. Tanto os cuidadores formais como os informais são na sua maioria casados e ao contrário do que prevalece nos cuidadores formais, cuja totalidade corresponde ao sexo feminino, os cuidadores informais são na sua maioria do sexo masculino, o que contraria a ideia de hoje em dia, de que cuidar de alguém é tarefa do sexo feminino.

Da análise de conteúdo das entrevistas emergiram duas dimensões: dimensão institucional e familiar, cada uma com categorias, subcategorias, tendo-se concluído que relativamente às ajudantes familiares o tipo de serviços prestados passam pelos cuidados de higiene e conforto pessoal, higiene habitacional, confeção, transporte e distribuição de refeições e tratamento de roupas.

Quando questionadas acerca da regularidade dos serviços prestados, as ajudantes familiares referiram que os serviços são prestados diariamente, exceto domingos e feriados, no entanto nem sempre são as mesmas a prestar o serviço, uma vez que este é prestado consoante os mapas e horários afixados semanalmente.

Verificou-se que o horário de trabalho é um dos aspetos que de mais reivindicações é alvo, metade das ajudantes familiares mencionou que não concorda com os horários. Foram referidas também necessidades associadas aos recursos humanos, necessidades ao nível dos recursos financeiros e necessidade de resposta do serviço ao domingo.

Uma outra conclusão a que se chegou está relacionada com o papel da família após o início do SAD, Das entrevistas efetuadas a maior parte das ajudantes referiu que apesar de existirem famílias que se responsabilizam, existem também outras que se desresponsabilizam dos idosos, após o início do SAD.

No que se refere à tipologia do relacionamento existente entre as ajudantes familiares, o idoso e a família, verificou-se que a totalidade das ajudantes familiares referiu que o relacionamento existente é bom, assim como referiram que existe rotatividade entre elas, não sendo sempre as mesmas a efetuar o apoio.

Já no que se refere ao tipo de relação existente entre a rede formal e informal, a maioria das ajudantes familiares referiu que o SAD não substitui a família.

Relativamente à dimensão familiar, constatou-se que a totalidade dos familiares referiu que têm uma boa relação com o seu familiar idoso, tratando-se de uma relação de proximidade, de ajuda, afeto, cumplicidade, respeito.

No que se refere às motivações que levaram à prestação de cuidados ao idoso, a maioria dos familiares referiu que estas passam pela doença do próprio idoso, constatou-se também que os familiares referiram que o dever e a preocupação em evitar a institucionalização foram as motivações que os levaram à prestação de cuidados.

Uma outra conclusão chegada foi que o tipo de apoio/cuidados prestados pela família, conforme o depoimento dos entrevistados, passam pela higiene pessoal e habitacional, alimentação, mobilização, vigilância, companhia, tratamento de roupas, acompanhamento ao médico e compras.

No que diz respeito à frequência da prestação de cuidados, todos os familiares inquiridos referiram que prestam cuidados/apoio ao idoso diariamente, já a sua duração varia dos 15 minutos às 24 horas por dia.

Em relação à existência de partilha de responsabilidades na prestação de cuidados, a maior parte dos familiares afirmou ter apoio na prestação dos cuidados, assim como usufruir de apoio a nível informal.

Quando questionados acerca das necessidades/constrangimentos relacionados com o cuidar do idoso, metade dos familiares inquiridos apontou dificuldades físicas, também a adaptação à nova condição do idoso foi referida como um constrangimento.

Constatou-se que todos os familiares inquiridos no nosso estudo afirmaram não ter havido alteração na relação com o idoso após o início da prestação de cuidados, alguns deles garantem que a relação está ainda mais forte.

Dos familiares inquiridos, a maior parte referiu que as razões da procura institucional passaram pelo âmbito familiar, nomeadamente impossibilidade/indisponibilidade por parte da família.

Verificou-se que todos os familiares referiram que a iniciativa de procurar o SAD da instituição, partiu deles ou de outros familiares.

Dos familiares inquiridos, metade não conhecia a instituição, tendo havido a preocupação de realizar contatos com os responsáveis e/ou visita à instituição antes da efetivação do SAD.

Os serviços do SAD prestados pela instituição que os idosos usufruem, passam pelas atividades básicas, nomeadamente cuidados de higiene e conforto pessoal; higiene habitacional, fornecimento e apoio nas refeições e tratamento da roupa.

A avaliação feita pelos familiares inquiridos relativamente ao apoio formal é na maior parte positiva. Verificou-se também que os familiares entrevistados assumiram que têm um papel de responsabilidade e complementaridade após o início do apoio formal.

Todos os familiares inquiridos referiram que existe uma boa relação entre eles, as ajudantes familiares e o idoso, mencionaram igualmente que existe rotatividade das ajudantes familiares.

Constatou-se também, que o tipo de relacionamento existente entre SAD e Família varia na opinião dos familiares, no entanto grande parte deles mencionou que existe partilha de responsabilidades entre SAD e Família.

Numa análise global pode concluir-se que do ponto de vista quer da instituição quer da família, os cuidados formais e informais não são substitutos um do outro. Apesar dos primeiros conseguirem realizar tarefas executadas pelos cuidados informais, o sentimento por parte dos idosos não é semelhante. A principal diferença no apoio prestado pelas duas redes consiste na tipologia do mesmo. De um lado, temos famílias que se responsabilizam por tarefas como as lides domésticas ou que centram o seu apoio numa componente mais emocional e, de outro lado, outras há, que têm de monitorizar um conjunto de tarefas que asseguram a higiene e a alimentação dos idosos.

Face às dificuldades sentidas pelas famílias em cuidar dos seus membros mais velhos surge a importância crescente da articulação, numa lógica de complemento, entre as redes sociais de apoio.

Por tudo quanto foi dito, consideramos que a realização deste estudo constitui um contributo que reforça a importância da investigação na área da terceira idade.

O fato da amostra ser pouco abrangente e posteriormente ao darmos continuidade ao estudo, abrangeríamos a nossa amostra a outras instituições.

Em jeito de conclusão, gostaríamos de referir tendo em conta os resultados do estudo, que seria importante a promoção de políticas sociais que visem a solidariedade e o apoio dentro da família, com a inclusão de todos os seus elementos, incluindo o cuidador informal.

É, pois, urgente a necessidade de recriar a intervenção, de equacionar novas possibilidades e estratégias de intervenção na área da gerontologia em geral e do SAD em particular.

Para finalizar, gostaríamos de deixar algumas sugestões que esperamos que possam ser um contributo para a continuidade do trabalho do SAD, nomeadamente: Trabalhar com os idosos e a família e não para os idosos e para a família; analisar/refletir em conjunto com o idoso e a família para identificar os problemas e possíveis soluções; maior aposta na informação, formação e apoio aos cuidadores (formais e informais); maior flexibilidade às necessidades concretas das pessoas (como apoio à noite, aos fins-de-semana e feriados) e estimular as relações familiares, uma vez que a família continua a ser a referência social mais importante do idoso.

BIBLIOGRAFIA

ALARCÃO, Madalena (2002). (Des) Equilíbrios Familiares, 2ª edição. Coimbra. Editora Quarteto

ALVARENGA, A. (2000). Os Envelhecimentos da População e as suas Consequências na Zona Euro 11. Lisboa: Departamento de Prospetiva, Ministério da Educação.

ANDRADE, Fernanda M.M (2009). O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia

BRUTO DA COSTA, Alfredo (1998). Exclusões Sociais, 1ª edição. Edição Gravida

CARVALHO, Maria Irene (2009). Modelos de Política de Cuidados na Velhice em Portugal e em alguns países europeus. Revista Kairós Gerontologia. São Paulo. Pp. 119-125

CARVALHO, Maria Irene (2006). Uma Abordagem do Serviço Social à Política de Cuidados na Velhice em Portugal. Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social

CIRNE, José Augusto (1995). Resposta Familiar e Políticas Sociais para Idosos, in interações n.º2

DUARTE, Y.; DIOGO, M. (2000). Atendimento Domiciliário: Um Enfoque Gerontológico. São Paulo. Atheneu

FERNANDES, Ana Alexandre (1997). Velhice e Sociedade. Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal. Oeiras: Celta Editora.

FERNANDES, Ana Alexandre (2001). “Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social” in Sociologia, Problemas e Práticas, n.º 36. Lisboa: CIES e Oeiras: Celta Editora

FERNANDES, Purificação (2002). A depressão no idoso. Coimbra: Quarteto Editora

FIGUEIREDO, Daniela (2007). Cuidados familiares ao idoso dependente. Cadernos Climepsi de Saúde 4. Climepsi editores, 1ª edição

FONSECA, A. M. (2006). O envelhecimento: uma abordagem psicológica. Lisboa: Universidade Católica Editora.

FONSECA, António Manuel (2011). Reforma e Reformados. Almedina

FORTINSKY, R. & MADIGAN, E. (2000). Issues in Understanding Resource Consumption in Publicly Funded Home Care. In R. Binstock e L. Cluff (Eds). Home Care Advances (pp. 137- 162). New Cork: Springer Publishing Company.

GIDDENS, Anthony (1997). Sociologia. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkia

GIL, Ana Paula Martins. (2010). Heróis do quotidiano - Dinâmicas familiares na dependência. Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a ciência e tecnologia, ministério da ciência, tecnologia e ensino superior

GIL, António Carlos (1989). Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Editora Atlas S.A

GIL, António Carlos (1993). Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Editora Atlas S.A

JUSTO, Cipriano coord. (2005). Eu gostava de ir ver gente: Potenciais de entreaajuda de idosos com incapacidade. Lisboa. Campo de comunicação

JOSÉ, J. S., Wall, K., & Correia, S. V. (2002). Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: Problemas e soluções. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

KOLMER, D.B.G., Tellings, A., Gelissen, J., Garretsen, H. e Bongers, I. (2008). Ranked motives of long-term care providing family caregivers. Journal compilation. Nordic College of caring science: 29-39

LEVINE C, (1999). Home Sweet Hospital. *Jornal of Aging and Health*, 11(3)

LI, L. (2005). Longitudinal Changes in the Amount of Informal Care Among Publicly Paid Home Care Recipients. *The Gerontologist*, 45(4), 465-473.

MARTIN, I; GONÇALVES, D.; PAÚL, C.; PINTO, F. (2006). Políticas Sociais para a Terceira Idade em Portugal. In R. Osório (Ed.) *Pessoas Idosas: Contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Edições Piaget.

MARTINS, Rosa Maria Lopes - Envelhecimento e políticas sociais, in “Educação, ciência e tecnologia”, Revista do ISPV, n.º 32, 2006, pp. 126-140.

MARTINS, Rosa Maria Lopes (2002). Envelhecimento demográfico. *Millenium*, 26.

MAURITTI, Rosário (2004). Padrões de vida na velhice. *Análise Social*. Volume XXXIX

MOREIRA, Carlos Diogo (1994). *Planeamento e Estratégias da Investigação Social*. Lisboa. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas

OSÓRIO, Agustín; PINTO, Fernando (2007). *As pessoas idosas. Contexto Social e Intervenção Educativa*. Horizontes Pedagógicos. Instituto Piaget

PAÚL, M^a Constança (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.

PAÚL, Constança (2005). *Os Idosos no Futuro*. In *Pretextos – Demografia e Desenvolvimento*. Instituto da Segurança Social

PASCHOAL, S. M. P. (2007). *Autonomia e Independência*. In M. P. Netto (ed.), *Tratado de gerontologia*. 2^a ed.. São Paulo: Atheneu, pp. 609-621.

PIMENTEL, L. (1998). *Articulação entre solidariedades formais e informais no apoio ao idoso*, in “Atribuição e intervenção das autarquias na área social”, I Seminário Internacional. Coimbra: Centro de Estudos e Formação, Fundação Bissaya Barreto.

PIMENTEL, Luísa (2002). *A Proteção Social às Pessoas Idosas: da Proclamação à Efetivação dos Direitos*. Centro de Estudos e Formação: Fundação Bissaya Barreto.

PIMENTEL, Luísa (2002). *Serviços e Equipamentos de Apoio Social a Idosos: Um campo de atuação do Serviço Social*. Departamento de Ciências Sociais e Humanas: Fundação Bissaya Barreto.

PIMENTEL, Luísa (2005). *O Lugar do Idoso na Família*. 2^a Edição. Coimbra: Quarteto Editora.

PIMENTEL, Luísa; ALBULQUERQUE, Cristina (2010). *Solidariedades Familiares e o Apoio a Idosos. Limites e Implicações*. *Textos & Contextos* (Porto Alegre)

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 5^a Edição. Lisboa: Gravidia

REIS, José. (1998). Medicina Geriátrica: prevenção, tratamento, reabilitação. 2ª edição. Lisboa, Citécnica. Vol. XI, nº107

SARAIVA, Dulce (2011). O olhar dos e pelos cuidadores: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador. Tese de Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo. Universidade de Coimbra

SOUSA, Liliana; FIGUEIREDO, Daniela; CERQUEIRA, Margarida (2004). Envelhecer em Família. Os cuidados familiares na velhice. 2ª Edição. Porto: Ambar.

VELOSO, Esmeraldina (2008). A análise da Política da Terceira Idade em Portugal, de 1976 a 2002. VI congresso português de sociologia

VICENTE, A. (2002). Os poderes das mulheres. Os poderes dos homens. Lisboa: Gótica

VICENTE, Paula (1996). O plano de Amostragem, in Sondagens – a amostragem como fator decisivo da qualidade. Lisboa: Edições Silabo

YEE, J.L., e Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers. A review and analysis. *The Gerontologist*, 40:147-164.

Outros:

Carta Social (2009). A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS)

Carta Social (2011). Rede de Serviços e Equipamentos 2011. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS)

Carta Social (2012). Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2012. Ministério da Solidariedade, emprego e Segurança Social

Censos 2011. Resultados Definitivos – Portugal. Instituto Nacional de Estatística, I.P.
Estatísticas Demográficas 2011. Instituto Nacional de Estatística, I.P.

Demography, active ageing and pensions (2012). Social Europe guide. Volume 3. European Commission

EU research on social sciences and humanities (2003). New kinds of families, new kinds of social care. SOCCARE Project. Final Report

European social statistics – Eurostat. 2013 edition. European commission

Envelhecimento no século XXI: Celebração e desafio. Resumo Executivo (2012). Fundo de População das Nações Unidas

INE - Instituto Nacional de Estatística (2002). O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. Lisboa

INE – Instituto Nacional de Estatística (2013). Estatísticas Demográficas 2011. Destaque

PORDATA - Retrato de Portugal na Europa (2013). Indicadores 2011. 1ª Edição. Fundação Francisco Manuel dos Santos

www.pordata.pt

www.ine.pt

<http://pt.wikipedia.org>

epp.eurostat.ec.europa.eu

Decreto lei nº141/89 de 28 de Abril

Despacho n.º 6, de 21/1/97

ANEXOS

ANEXO I

Termo de Consentimento Livre e Informado



Instituto Superior Bissaya Barreto

Termo de Consentimento Livre e Informado

Eu, _____ aceito participar de livre vontade no estudo que é desenvolvido no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Superior Bissaya Barreto, que visa, compreender como se Articula a Rede Formal e a Rede Informal no Apoio ao Idoso. Esta Investigação está a ser desenvolvida sob coordenação científica da Prof. Doutora Helena Reis Amaro da Luz.

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.

Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação no domínio da Gerontologia Social, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício direto ou indireto pela minha colaboração.

Fui ainda informado (a) que os dados recolhidos serão confidenciais e utilizados somente para estudos científicos e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, a menos que eu o autorize por escrito, pelo que concordo em participar no estudo e autorizo a que os meus dados sejam utilizados na realização do mesmo.

Assinatura _____

Data ____/____/____

ANEXO II

Guião de Entrevista ao Diretor Técnico

Guião de Entrevista ao Diretor Técnico

A– Elementos de Caraterização

1. Idade
2. Sexo
3. Habilitações Literárias

B– Caraterização Institucional

1. Designação da Instituição
2. Localização
3. Natureza (pública; privada...)
4. Área geográfica de abrangência
5. Valências/ áreas de atuação

C– Apoio Institucional

1. Serviços e atividades prestados (atividades básicas: serviço de distribuição de refeições, acompanhamento/apoio durante a refeição, serviço ou apoio na higiene pessoal, serviço de lavandaria, serviço de limpeza habitacional, mobilizações; cuidados de saúde: serviço de enfermagem, administração/gestão de medicação, fisioterapia/reabilitação, acompanhamento a serviços de saúde; serviços complementares: atividades de animação, teleassistência, apoio psicossocial, formação para cuidadores informais)
2. Avaliação de necessidades e resposta na prestação dos serviços (a nível: recursos, formação, pessoal, funcionamento, tipologia das necessidades do idoso...)

C– Articulação rede formal e informal

1. Papel da família após o início do apoio formal (complementaridade, responsabilidade, desresponsabilização, relação mais distante...)
2. Avaliação do relacionamento das ajudantes familiares com o utente e respetiva família (existência de continuidade ou rotatividade das ajudantes familiares de SAD)
3. Avaliação da relação existente entre a rede formal e informal (complementaridade, a rede formal suplementa a rede informal, partilha de responsabilidades, a rede formal substitui a rede informal, independência da rede informal relativamente à rede formal, dinâmicas de envolvimento familiar...)

ANEXO III

Guião de Entrevista às Ajudantes Familiares

Guião de Entrevista às Ajudantes Familiares do SAD

A – Elementos de Caracterização do entrevistado

1. Idade
2. Sexo
3. Habilitações Literárias
4. Estado Civil

B– Exercício Profissional

1. Tempo a exercer funções na Instituição
2. Funções exercidas na Instituição
3. Processo de seleção na entrada para a Instituição
4. Programas de formação
5. Avaliação das tarefas desempenhadas

C– Apoio Institucional

1. Tipo de serviços prestados (atividades básicas: serviço de distribuição de refeições, acompanhamento/apoio durante a refeição, serviço ou apoio na higiene pessoal, serviço de lavandaria, serviço de limpeza habitacional, mobilizações; cuidados de saúde: serviço de enfermagem, administração/gestão de medicação, fisioterapia/reabilitação, acompanhamento a serviços de saúde; serviços complementares: atividades de animação, teleassistência, apoio psicossocial, formação para cuidadores informais, cuidados de higiene e conforto pessoal...)
2. Regularidade dos serviços prestados (diariamente, semanalmente...)

3. Avaliação de necessidades e resposta na prestação dos serviços (a nível: recursos, formação, pessoal, funcionamento, tipologia das necessidades do idoso...)

D – Articulação rede formal e informal

1. Papel da família após o início do apoio formal (Complementaridade; Responsabilidade; Desresponsabilização...)
2. Tipologia do relacionamento das Ajudantes Familiares do SAD, com o Idoso e respetiva Família (existe continuidade das ajudantes familiares; há rotatividade das ajudantes familiares)
3. Tipo de relação existente entre rede formal e informal (complementaridade, a rede formal suplementa a rede informal, partilha de responsabilidades, a rede formal substitui a rede informal, independência da rede informal relativamente à rede formal...)

ANEXO IV

Guião de Entrevista aos Familiares

Guião de Entrevista ao Familiar do Idoso

A – Caracterização sócio demográfica do familiar

1. Idade
2. Sexo
3. Estado Civil
4. Habilitações Literárias
5. Profissão
6. Grau de Parentesco

B- Caracterização sócio demográfica do idoso

1. Idade
2. Estado civil
3. Habilitações Literárias
4. Caracterização da situação de saúde (autónomo, semiautónomo, dependente)
5. Apoio que necessita (diariamente; semanalmente...)

C– Interação Família / Idoso

1. Relação Família/Idoso (entre ajuda, conflituosa, distante, proximidade...)
2. Motivações que levaram à prestação de cuidados (dever social e moral, amor e afeto, recompensa material, relações mútuas mantidas ao longo da vida, evitar a institucionalização, coabitação de longa duração...)
3. Tipo de apoio/cuidados prestados pela família (higiene, alimentação, mobilização, vigilância, companhia...)
4. Frequência e duração da prestação de cuidados (diário, quanto tempo dura...)

5. Partilha da responsabilidade de cuidar com outros familiares (filhos, noras, netos...)
6. Apoio a nível informal (amigos, vizinhos...)
7. Necessidades/constrangimentos subjacentes ao cuidado (materiais; emocionais; informativas)
8. Relacionamento com o idoso após o início da prestação de cuidados (próximo, conflituante...)

D– Emergência do apoio formal

1. Razões da Procura Institucional (âmbito familiar (impossibilidade/indisponibilidade; falta de recursos...); âmbito pessoal (incapacidade ou doença ...); evitar a Institucionalização
2. Iniciativa da Procura Institucional (idoso; familiar; negociação entre idoso e família...)
3. Conhecimento prévio da instituição (visita, contatos com os responsáveis...)
4. Serviços que o idoso usufrui do SAD (atividades básicas: serviço de distribuição de refeições, acompanhamento/apoio durante a refeição, serviço ou apoio na higiene pessoal, serviço de lavandaria, serviço de limpeza habitacional, mobilizações; cuidados de saúde: serviço de enfermagem, administração/gestão de medicação, fisioterapia/reabilitação, acompanhamento a serviços de saúde; serviços complementares: atividades de animação, teleassistência, apoio psicossocial, formação para cuidadores informais, cuidados de higiene e conforto pessoal...)
5. Avaliação do apoio formal (serviços prestados, recursos, funcionamento do serviço, tipologia dos serviços prestados...)

E – Articulação rede formal e informal

1. Papel da família após o início do apoio formal (Complementaridade; Responsabilidade; Desresponsabilização...)
2. Tipologia do relacionamento de ajudantes familiares do SAD, com o Idoso e respetiva Família (existe continuidade das ajudantes familiares; há rotatividade das ajudantes familiares; partilha...)
3. Tipo de relação existente entre a rede formal e informal (complementaridade, a rede formal suplementa a rede informal, partilha de responsabilidades, a rede formal substitui a rede informal, independência da rede informal relativamente à rede formal...)

ANEXO V

Elementos de Caracterização do Diretor Técnico e da Instituição

Elementos de Caraterização do Diretor Técnico	
Idade	40 anos
Sexo	Feminino
Habilitações Literárias	Licenciatura

Caraterização Institucional
<p>Localização</p> <p>Vila Nova de Poiares</p>
<p>Natureza</p> <p>IPSS</p>
<p>Área Geográfica de Abrangência</p> <p>Concelho Vila Nova de Poiares e zonas limítrofes</p>
<p>Valências</p> <p>Creche, Jardim de Infância, Lar de Idosos, Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Dia e Universidade Sénior</p>