

Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família

LÍDIA MARIA PEREIRA LOPES

O envelhecimento da população tem sido um assunto amplamente debatido sob várias perspectivas. Constatase que é nos grupos etários mais elevados que se encontra um maior número de indivíduos em situação de dependência. A avaliação da dependência tem como finalidade determinar as necessidades de cuidados para, a partir daí, os serviços de cuidados domiciliários, com a pessoa e a família, definirem um modelo de intervenção adequado, nomeadamente quanto aos cuidados de saúde e de apoio social, à sua periodicidade e duração. Este estudo procurou conhecer as vivências da família enquanto cuidadora dos seus idosos em situação de dependência; questionar se a organização dos serviços de saúde e de apoio social estão em sintonia com as suas necessidades; e, por fim, entender quais as suas expectativas, face à melhor solução para as dificuldades com que se deparam. Foi utilizada uma metodologia qualitativa.

Palavras-chave: envelhecimento; saúde dos idosos; suporte social; família; cuidados domiciliários; cuidados continuados; dependência; apoio social; serviços de saúde.

1. Introdução

A pirâmide etária da população portuguesa tem vindo a sofrer alterações devido a uma inversão demográ-



Lídia Maria Pereira Lopes é licenciada em enfermagem e mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Submetido à apreciação: 28 de Junho de 2006.

Aceite para publicação: 3 de Julho de 2006.

fica. A mortalidade e a natalidade diminuíram, a esperança de vida aumentou, o que se traduziu num envelhecimento da população. Pela primeira vez na história de Portugal, os Censos de 2001 indicam que a população idosa actual ultrapassa a jovem, 16,4% e 16% respectivamente (Portugal. INE, 2002). As doenças crónicas afectam cerca de dois terços dos indivíduos com mais de 65 anos. Em muitos casos, elas geram situações de total dependência de uma terceira pessoa, geralmente uma mulher de família, cujo esforço e empenho são essenciais para manter o idoso doente com o máximo de bem-estar que se pode esperar. É considerada dependente uma pessoa que depende de uma terceira para actos elementares da vida quotidiana (vestir-se, lavar-se) e que está impedida de realizar as tarefas domésticas que lhe permitem viver sozinha (Dherbey, Pitaud e Vercauteren, 1996).

Sabe-se que as instituições hospitalares surgem tendencialmente como centros especializados de tratamento. Muitos utentes têm alta hospitalar mais fragilizados e dependentes do que quando foram internados, havendo ainda pouca planificação para a sua reintegração na família, habitação ou actividade (Augusto *et al.*, 2002). É precisamente neste contexto que surge a necessidade de uma reorganização social e familiar que de alguma forma permita dar resposta a estas situações, garantindo deste modo a continuidade de cuidados. A responsabilidade de proporcionar ajuda à pessoa idosa dependente tem sido identificada como um dos factores que pode precipitar crises familiares e afectar especialmente o cuidador principal, que é o membro da família que suporta a

maior carga física e emocional dos cuidados (Veríssimo, 2004).

A questão central que orienta esta pesquisa diz, assim, respeito às necessidades da família cuidadora, ao contexto em que decorre a situação de apoio ao idoso dependente no domicílio, e ainda às vivências experimentadas pelo cuidador principal e pela família, enquanto prestadora de cuidados informais. Só assim se poderá organizar os serviços de saúde e sociais, nomeadamente os Cuidados Continuados, para que estes possam dar resposta efectiva às necessidades da família cuidadora do idoso em situação de dependência.

Para este estudo considerou-se a seguinte questão de partida: Quais as necessidades da família cuidadora do idoso em situação de dependência, no período após a alta hospitalar?

E delinearam-se os seguintes objectivos:

- Conhecer as experiências vividas pelos familiares cuidadores da pessoa idosa no domicílio, no período após o internamento hospitalar.
- Identificar os recursos necessários, na perspectiva da família cuidadora, para proporcionar bem-estar ao idoso no seu domicílio.
- Caracterizar o tipo de informação dada à família, em contexto hospitalar, a fim de a preparar para as suas novas competências de cuidar no domicílio.
- Caracterizar a organização dos serviços de saúde e sociais vocacionados para prestar cuidados no domicílio ao indivíduo em situação de dependência.

Tendo como horizonte estes objectivos, procurámos conhecer, compreender e analisar esta realidade no próprio ambiente natural, sendo esta a fonte directa dos dados, através das vivências narradas pelos participantes, relativamente ao fenómeno a pesquisar, e da observação participante efectuada pelo investigador.

2. Envelhecimento e saúde

Nos últimos anos tem-se assistido a um crescimento da esperança de vida na Europa e noutros países em desenvolvimento. O que no passado era apenas privilégio de alguns, constata-se agora ser uma experiência que envolve cada vez mais pessoas no mundo. Todavia, este aumento de idosos numa população traduz-se num maior número de problemas de saúde, que com frequência dependem de intervenções dispendiosas, podendo envolver grandes quantidades de recursos humanos e materiais, durante um longo período de tempo. Mas é importante salientar que envelhecer é uma aspiração natural de qualquer

sociedade; assim, é fundamental pretender uma melhoria da qualidade de vida daqueles que já envelheceram ou que estão no processo de envelhecer (Kalache, Veras e Ramos, 1987). O envelhecimento fisiológico é um processo caracterizado por um declínio da reserva homeostática dos órgãos e sistemas do organismo humano, sendo influenciado não só pela dieta, ambiente e hábitos individuais, mas também por factores genéticos. Podendo observar-se que o envelhecimento fisiológico ocorre numa forma gradual e progressiva, mas quando o declínio funcional é abrupto, este é sempre devido à doença, «envelhecimento patológico», e não ao «envelhecimento normal». Este declínio progressivo das funções do organismo pode tornar os idosos mais susceptíveis à doença e à incapacidade. O envelhecimento das populações traduz-se, assim, numa maior pressão económica e assistencial que decorre não só da inactividade profissional mas também do maior consumo de cuidados de saúde. De acordo com a OMS, apesar de o grupo dos idosos representar, em todo o mundo, apenas 5% da população, este é responsável por 30% dos gastos em saúde (Almeida, 2004).

Para Veríssimo (2004), a noção de dependência varia entre países, tal como variam as normas para avaliar a dependência e a cobertura de cuidados. O sentido de dependência alarga-se para a pessoa que presta ajuda, valorizando a necessidade de recorrer a outro para o acompanhamento das suas actividades de vida diária. As respostas à dependência baseadas nestes conceitos residem na assistência às actividades da vida diária; no entanto, estas respostas não contemplam a dependência económica ou afectiva. Segundo a OMS, no nosso país, a proporção de indivíduos com 65 ou mais anos, em situação de dependência, era de 7,3% em relação à população idosa (WHO, 1999). Estes valores levam-nos a reflectir sobre a necessidade de encontrar novas respostas por parte do Estado e da sociedade civil, para se poder manter a qualidade de vida dos idosos em situação de dependência. Estas soluções só farão sentido se forem mobilizados os recursos existentes na comunidade, nomeadamente os cuidados de saúde primários e os cuidados de longa duração.

3. Dos «domicílios» aos «cuidados continuados»

A organização dos centros de saúde foi evoluindo nos últimos anos de forma a dar respostas, cada vez mais efectivas e eficazes, aos problemas apresentados pelas suas populações. Esta evolução foi fortemente marcada pela Conferência de Alma-Ata em 1978. Com esta evolução, os cuidados no domicílio

passaram também de uma prestação quase exclusiva de cuidados curativos para uma abordagem aos três níveis de prevenção. De acordo com esta filosofia de cuidados, o indivíduo passa de uma posição de receptor passivo de cuidados para uma posição de participante activo, a consultar nas tomadas de decisão sobre cuidados de saúde (Saragoila, 1994).

Perante este movimento de mudança que ocorre no seio dos cuidados de saúde primários em Portugal, e face ao evoluir das necessidades de saúde que estão entrelaçadas com as necessidades sociais da população sobretudo idosa surge, em 1998, o despacho conjunto, delibera as Orientações Reguladoras da Intervenção Articulada do Apoio Social e dos Cuidados de Saúde Continuados Dirigidos às Pessoas em Situação de Dependência (Despacho conjunto n.º 407/98). Inicia-se uma nova cultura das organizações, predispondo-as a procurar respostas integradas e articuladas face aos problemas das pessoas em situação de dependência (Despacho conjunto n.º 407/98). Para operacionalizar o Programa de Cuidados Continuados, desenvolvidos a nível dos centros de saúde da Sub-região de Saúde de Lisboa, foi elaborado um documento de trabalho de forma a monitorizar o trabalho desenvolvido a nível local. Este documento pretende constituir um instrumento orientador da prestação dos cuidados continuados para os serviços de saúde, apresentando as linhas gerais que devem presidir ao desenvolvimento das diferentes iniciativas locais e ao mesmo tempo estar enquadrado na legislação vigente. Salienta-se, no entanto, que este documento é ainda hoje a base do trabalho desenvolvido pelas equipas locais prestadoras de cuidados de saúde. É através dele que anualmente se elabora a avaliação do trabalho desenvolvido, a nível dos centros de saúde. Assim, este documento define Cuidados Continuados como «*os cuidados prestados no domicílio, aos indivíduos com dependência, independentemente do tipo da mesma e do critério idade*» (Portugal. Sub-região de Saúde de Lisboa, 1999) e assegurando basicamente as seguintes dimensões:

- Continuidade temporal, tendo em atenção os doentes que passam pelos diferentes níveis de cuidados, nomeadamente os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários;
- Garantia da máxima qualidade de vida possível, através de uma abordagem global das necessidades, centrada no doente, que será sempre que possível envolvida na tomada de decisões e na definição do plano terapêutico;
- Envolvimento da família na tomada de decisões, sendo esta englobada no plano de cuidados a adoptar;
- Enquadramento das necessidades/respostas em intervenção interdisciplinar.

Clarifica também alguns conceitos, baseados no enquadramento legal em vigor, como:

Cuidados continuados de saúde — referem-se a todos os cuidados prestados pela saúde na área da dependência, de forma articulada, independentemente do número de dias de prestação.

Cuidados continuados articulados — visam atingir o trabalho integrado, no planeamento, execução e avaliação, entre instituições/serviços de saúde e do apoio social. O plano de cuidados é elaborado por cada serviço/instituição e abrange apenas cinco dias por semana.

Cuidados continuados integrados — em sentido lato, dizem respeito aos cuidados prestados de forma coordenada e articulada, com base numa avaliação das múltiplas necessidades do indivíduo e sua família. Feita essa avaliação, a resposta envolve recursos da saúde e apoio social, no âmbito das parcerias desenvolvidas. Esta resposta deverá estar disponível, sete dias por semana.

Visita domiciliária — é a consulta efectuada por qualquer membro da equipa da saúde ou apoio no domicílio do doente, por impossibilidade de este se deslocar ao centro de saúde ou outro estabelecimento de saúde. A avaliação das necessidades deverá ser sempre efectuada de forma global e sistémica, a fim de encontrar respostas planeadas pelos vários grupos profissionais envolvidos.

Este modelo de prestação pressupõe uma intervenção interdisciplinar, a existir em todos os centros de saúde da Sub-região de Saúde de Lisboa, de forma a maximizar as respostas no apoio domiciliário, bem como a sua qualidade. Anualmente é feita a avaliação do Programa de Cuidados Continuados da Sub-região de Saúde de Lisboa, em 45 centros de saúde. De acordo com a avaliação de 2003, a população abrangida pelos 45 centros de saúde é aproximadamente de 2 366 552 indivíduos, dos quais 419 287 têm mais de 65 anos de idade; isto é, representam 17,7% da população geral. O valor médio de cobertura deste grupo etário, abrangido pelas equipas de Cuidados Continuados, é de 4,31%, os quais se distribuem segundo a tipologia de resposta:

- Cuidados continuados de saúde — 78,06%
- Cuidados continuados articulados — 20,19%
- Cuidados continuados integrados — 1,71%

Como se pode verificar, a maior parte da população dependente atendida beneficia apenas de cuidados de saúde. Realça-se, ainda, que a média de visitas domiciliárias médicas é de 1,31 por utente, e de enfermagem é de 17,84 por utente, durante esse ano. Quanto

a problemas/patologias identificados e mais frequentes nesta população, por ordem decrescente, são os acidentes vasculares cerebrais, as doenças osteo-articulares, as neoplasias, as úlceras varicosas e, por fim, a diabetes. Da análise efectuada verifica-se que, em termos de cuidados de enfermagem, 32 centros de saúde têm resposta programada ao sábado e 18 têm respostas não programadas. Ao domingo, 25 centros de saúde asseguram os cuidados de enfermagem de forma programada e 14 centros de saúde asseguram respostas não programadas. Relativamente aos cuidados médicos, apenas um centro de saúde refere assegurar de forma programada atendimentos ao sábado e ao domingo, subindo para dois relativamente às respostas não programadas. Relativamente aos cuidados prestados em fim-de-vida, verifica-se que a média dos utentes falecidos durante este ano foi de 11,79%, dos quais 52% faleceram no domicílio. (Reis, Matos e Santos, 2004)

4. A família em confronto com a situação de dependência

Tradicionalmente, quando se fala da família, a tendência é representá-la de forma idealizada, composta por crianças, com um ou dois filhos, e pelos pais. Na realidade, hoje em dia, cada vez mais se constata que na sociedade actual coabitam diferentes tipos de famílias, compostas assim, por pais e filhos; por um só cônjuge, sem filhos; por idosos; e por outras formas de ligação. A definição da família com base na estrutura nuclear, ainda que predominante na sociedade actual, já não responde aos tipos de família emergentes; assim Moreira (2001, p. 21) repostando-se a More define a família como «*uma unidade de pessoas interactivas ligadas por laços de matrimónio, nascimento, adopção ou outros laços sociais fortes cujo propósito principal é promover o desenvolvimento social, mental, físico e emocional dos seus membros*». Pimentel (2001), citado por Imaginário (2004), afirma que apesar de as relações intergeracionais se terem alterado em função de factores como o acentuado envelhecimento demográfico, a mobilidade geográfica e social dos núcleos mais jovens, a alteração da condição feminina e a crescente integração da mulher no mundo laboral, a precarização das condições de vida ou o crescimento dos serviços formais ao idoso, a família continua a ser a principal fonte de apoio nos cuidados directos, no apoio psicológico e nos recursos sociais. Assim, pode-se afirmar que o funcionamento da família, perante uma situação de dependência de um dos seus membros, está muito dependente da forma como esta desenvolve a capacidade de mobilizar os seus recursos, sejam internos, sejam externos, de forma a ultrapassar ou minimizar a situação de crise. A adap-

tação, a coesão e a comunicação entre os diferentes elementos da família e outros intervenientes são recursos fundamentais que permitem procurar da melhor forma as soluções para um bem-estar familiar, com qualidade de vida para o idoso (Imaginário, 2004). É precisamente, no contexto de situação de dependência, que é necessário uma reorganização social e familiar, de forma a permitir encontrar respostas, garantindo deste modo a continuidade dos cuidados. Fala-se assim na criação de redes de apoio, que se poderão dividir de acordo com a natureza da sua estrutura, em redes de apoio formal e informal (Paúl, 1997). Para São José, Wall e Correia (2002), o processo de escolha e de organização dos apoios depende de vários factores, tais como o grau de dependência da pessoa idosa, o grau de disponibilidade de apoios informais e formais, e o rendimento familiar. Para estes mesmos autores, os cuidados sociais são também entendidos como todo o tipo de apoio que é prestado com o objectivo de ajudar os indivíduos dependentes nas suas actividades quotidianas, apoio esse que pode ser prestado numa base informal, ou numa base formal, ou seja, por serviços públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos. Mas Augusto *et al.* (2002) reconhecem que uma família envolvida no processo de cuidados é essencialmente esclarecida e cooperante, uma família unida, e certamente mais tranquila ou menos ansiosa, uma família protegida e valorizada. Contudo, esta envolvimento requer uma experiência e sensibilidade bastante profunda por parte dos profissionais de saúde, partindo sempre do princípio de que todas as pessoas têm não só forças e capacidade, como também potencialidades para crescer e se tornarem mais competentes, o que pressupõe delegações de poderes. Tal facto conduz a um novo paradigma das relações família-profissionais de saúde, no qual se considera que a família é o centro dos cuidados e as interacções com os profissionais de saúde são de colaboração, contrariamente à abordagem tradicional, na qual se esperava que a família se comportasse e cuidasse do membro afectado, tal como ditado pelos profissionais de saúde.

5. Metodologia do estudo

Adoptámos uma metodologia de estudo de caso de natureza qualitativa, com a utilização da entrevista semiestruturada e observação participante como método de recolha de dados. Considerámos a população do estudo, os familiares cuidadores de idosos em situação de dependência, depois de um internamento hospitalar, e que procuraram apoio num centro de saúde ou num serviço de apoio social. Procurámos uma amostra de conveniência de 11 famílias residentes

na cidade de Lisboa. Como procedimentos do tratamento de dados, utilizámos a análise de conteúdo, tendo emergido duas categorias.

6. Necessidades e estratégias vividas pela família face à situação de dependência

Seguidamente são descritos os significados atribuídos pela família às suas necessidades no cuidar de um idoso dependente em casa. Procurámos retratar as vivências sentidas pelos participantes neste estudo, no intuito de compreender o significado da experiência de cuidar no quotidiano dos cuidadores. Neste contexto e face aos dados colhidos, organizámos a análise dos mesmos na seguinte forma: numa primeira abordagem, efectuou-se uma análise descritiva das principais características da situação dos idosos e do tipo de cuidadores presentes. A partir da leitura exaustiva das entrevistas e de acordo com os objectivos deste estudo, construímos a análise dos resultados, definindo duas grandes categorias: a primeira tem em atenção as necessidades e dificuldades concretas vividas pelos cuidadores, sendo esta uma categoria mais objectiva; a segunda categoria pretende expor as respostas procuradas e encontradas para satisfazer essas mesmas necessidades, mas abordando também uma visão de expectativa face aos serviços prestadores de cuidados.

6.1. Caracterização das famílias estudadas

Foram efectuadas 11 entrevistas, das quais uma foi dirigida a uma pessoa idosa que vive sozinha em

situação de semidependência, sem a presença do cuidador principal, e as restantes foram realizadas aos cuidadores de idosos dependentes, sendo de referir que, em todas estas situações, o cuidador coabita com o idoso.

A análise do *Quadro I* permite observar que existe uma predominância de idosos dependentes do sexo feminino nas faixas etárias mais elevadas, reforçando este resultado a maior longevidade das mulheres idosas. Pode-se ainda constatar que são sempre mulheres idosas que cuidam dos idosos dependentes do sexo masculino, e que, pelo contrário, quem cuida das idosas em situação de dependência são mulheres com idade bastante inferior. Tal facto permite reflectir que as mulheres, ao sobreviverem mais tempo, acabam por cuidar dos seus companheiros no final de vida, apoiando-os vinte e quatro horas, mesmo quando têm uma saúde frágil. Enquanto que as idosas, quando entram numa situação de dependência, ficam ou sozinhas ou dependentes de outros familiares mais jovens. Estes por sua vez alteram a sua própria vida para poderem cuidar, deixando por vezes a sua residência ou até mesmo reduzindo o seu horário de trabalho, como referiram os entrevistados. O tempo médio de dependência nestes idosos estudados é de 3,4 anos e os extremos encontrados vão de 2 meses até 7 anos. Em quase todas as situações foi referida a presença de outros familiares, como se pode constatar no *Quadro I*, implicados na prestação de cuidados ao idoso em situação de dependência. É também de referir a forte presença do enfermeiro junto da família, sendo mencionada a presença deste em sete casos, seguido pelo médico em cinco situações. Os vizinhos e os ajudantes familiares estão presentes em quatro famílias, respectivamente, e por fim observou-se

Quadro I
Distribuição das idades dos cuidadores, da idade e sexo dos idosos, e tipo de outros cuidadores presentes

Entrevista	Idade dos cuidadores	Idade dos idosos	Sexo dos idosos	Outros familiares	Vizinhos	Ajudante familiar	Enfermeiros	Médico	Empregada	Fisioterapeuta
E1	55	84	Fem.		+	+				
E2	73	74	Masc.	+	+		+	+		
E3	75	79	Masc.	+	+	+	+			
E4	57	88	Fem.	+		+		+		
E5	42	82	Fem.	+					+	+
E6	37	81	Fem.	+		+	+	+		
E7	78	82	Masc.	+	+					+
E8	58	83	Fem.	+			+			
E9	73	80	Masc.	+			+			
E10	—	83	Fem.	+			+	+		
E11	49	86	Fem.	+			+	+		
Total	59,7 (média)	82 (média)	—	10	4	4	7	5	1	2

a presença de um fisioterapeuta em dois casos e uma empregada apenas no seio de uma família. Sete dos onze entrevistados responderam que o idoso necessitava de cuidados em todos os momentos, ou seja, necessitam de alguém presente vinte e quatro horas por dia. Estes resultados podem estar relacionados com o facto de a população em estudo ter procurado respostas nas instituições de saúde e social.

6.2. Necessidades e dificuldades do cuidar na dependência

Considerámos vários tipos de necessidades e dificuldades vividas pelos cuidadores: as necessidades instrumentais, as necessidades de orientações dadas pelos técnicos de saúde e os sentimentos vividos perante a situação de dependência do seu familiar. As necessidades instrumentais foram mencionadas por nove cuidadores durante as entrevistas. É de facto uma das maiores preocupações, de quem cuida, poder mobilizar a pessoa dependente sem grande sobrecarga física e sem prejudicar a saúde, tanto do cuidador como do idoso em situação de dependência.

E2 (6-7) — «Para se levantar, para o sentar na cama ou na cadeira, e para fazer a cama tinha de o virar para um lado para o outro. Isso foi a maior dificuldade.»

No decurso das entrevistas, os cuidadores também referiram a necessidade de possuírem algumas ajudas técnicas que facilitassem a mobilização do familiar dependente. Salientaram a importância de ter cadeira de rodas e cama articulada, e um familiar cuidador, que evidenciou a necessidade de haver ajuda na escolha de certos equipamentos. As necessidades, segundo os entrevistados, também poderão ser financeiras, para se poder custear tudo o que o idoso necessita. A falta de recursos monetários é uma forte causa de angústia por parte da família.

Tendo por base o depoimento dos cuidadores entrevistados, podemos salientar vários sentimentos vividos perante a situação do seu familiar. Primeiro exprimem sentimentos de choque e de surpresa, quando são confrontados com a situação abrupta que se instalou. Foi também manifestado que com o tempo houve uma adaptação gradual à situação de dependência.

E4 (69-71) — «Estava bem e de repente precisou de ajuda para tudo. Antes tinha a sua vida, conseguia viver aqui sozinha, e depois do AVC ficou quase assim como a vê agora, completamente acamada.»

E5 (42-45) — «Porque quem a apanhou no início fui só eu. E fui-me adaptando, conforme foram surgindo as dificuldades. No início nunca pensei que a pouco e pouco se tornasse assim, e nem quero pensar como será no futuro, cada coisa a seu tempo. Por enquanto consigo dar resposta, a melhor que sei e sou capaz.»

Outros cuidadores relataram o sentimento de impotência que viveram quando se depararam com a dependência do seu familiar. Impotência manifestada por não saberem o que poderiam fazer perante tal situação. Também o sentimento de preocupação constante foi manifestado, ter de estar sempre presente, porque o seu familiar pode necessitar de algo, causa inquietação, sente-se limitado nas suas actividades. Porque todos os momentos são vividos em função das necessidades e solicitações do seu familiar. Mas não se encontrou apenas sentimentos de angústia, o sentido de dever, por parte da família, ajudou-a a encontrar sentido para esta fase da vida. E também um sentimento de confiança, quando se constata que o seu familiar ainda vive, apesar de não lhe terem dado grandes esperanças de sobrevivência.

6.2.1. Dificuldades sentidas com os serviços de saúde e sociais

Várias foram as dificuldades identificadas pelos cuidadores entrevistados, perante os serviços de saúde e sociais. Estas dificuldades podem-se agrupar em: desconhecimento dos serviços existentes que dão resposta às diferentes necessidades e problemas apresentados pelos idosos em situação de dependência; dificuldade na acessibilidade aos serviços existentes; altas hospitalares sem apoio que permita uma continuidade de cuidados; e apoio domiciliário não adaptado às necessidades da pessoa dependente.

E4 (51-53) — «Quando lhe deram alta, ela veio para casa e eu fiquei sem saber o que havia de fazer. Não sabia absolutamente nada!»

E5 (54-57) — «As informações eram dadas especificamente em relação à doença, à dependência nada. Ela trazia uma úlcera de pressão, que nem sequer foi dito que lá estava. Só quando cheguei a casa e vejo que tinha o pé com uma ligadura enorme é que me apercebi do que se passava.»

6.3. Cuidar em casa: expectativas e respostas

Ao longo das entrevistas efectuadas foram encontrados vários tipos de respostas, face aos problemas e

necessidades que enfrentavam. Quando a família se depara com uma situação de dependência não esperada, a escolha imediata recai nas instituições privadas que apresentam uma resposta imediata. Se houve articulação entre o hospital e o centro de saúde, ou se a família já conhecia os serviços oferecidos por parte das instituições públicas, então as respostas solicitadas baseiam-se nessas mesmas instituições públicas.

E3 (26-27) — «Antes, sempre que ele precisava de alguma coisa, eu chamava um enfermeiro e pagava tudo.» (...) (70-73) «Sempre que me disseram, eu comprava tudo o que era preciso, tem agora a cama articulada, o oxigénio, tem tudo o que me foram dizendo para comprar, fiz sempre o sacrifício para ter tudo, para não lhe faltar nada, mas é tudo tão caro!»

E7 (109-111) — «Eu não me podia descuidar com a saúde do meu marido, nós não pensamos, pagamos e acabou-se.»

A dimensão relacionada com as boas práticas de cuidar tem sido preocupação constante por parte dos profissionais que intervieram na prestação de cuidados, como é referido por vários cuidadores entrevistados. Salientamos, dentro desta dimensão, o acesso directo aos profissionais como forma de melhorar o controlo ou diminuição das necessidades de saúde, e o apoio sentido por parte desses mesmos profissionais. O acesso directo aos profissionais de saúde é efectuado através do acesso directo a uma linha telefónica, entre os cuidadores e os enfermeiros que prestam cuidados domiciliários. Este facto é entendido, por alguns familiares entrevistados, como uma resposta importante e imediata da parte dos serviços de saúde. Foi também referido, por vários cuidadores, o envolvimento do seu médico na saúde do seu familiar, tendo este efectuado visitas domiciliárias, quando solicitadas.

E11 (72-74) — «Quando eu telefono, os enfermeiros vêm logo, assim como a médica dela veio duas vezes e quando estive de férias veio outro médico. Por isso, para mim, tem corrido tudo bem.»

O encaminhamento para outras estruturas de apoio é entendido pelos cuidadores entrevistados como uma forma importante de aumentar o apoio ao idoso dependente. Porque possibilita um conhecimento de outras respostas, um acesso mais directo a essas mesmas respostas e sobretudo uma interligação forte entre os cuidados de saúde e o apoio social, fundamentais para se conseguir um apoio global às pessoas em situação de dependência e às suas famílias.

6.3.1. Expectativas para cuidar com qualidade

A perspectiva dos familiares entrevistados, em relação às expectativas que têm para poderem cuidar com qualidade, está relacionada com a organização dos serviços de saúde domiciliários, com a maior abrangência do apoio domiciliário, nomeadamente aos fins-de-tarde e fins-de-semana, e por fim haver um «banco de materiais» onde se pudesse disponibilizar alguns equipamentos para facilitar a prestação de cuidados em casa, como as camas articuladas e cadeiras de rodas. Cada vez mais se deve organizar os serviços de saúde, sobretudo os serviços domiciliários, de acordo com as necessidades e expectativas dos utentes. A resposta imediata, por parte dos médicos, foi a mais mencionada pelos cuidadores entrevistados. O acesso à fisioterapia em casa foi também mencionado como forma de melhorar os cuidados de saúde domiciliários. Outro aspecto referenciado, como uma melhoria significativa na organização dos serviços de saúde, foi poder haver menos burocracia para se conseguir tudo aquilo que se consegue quando se paga imediatamente. Foi mesmo sugerido que se poderia alugar ou emprestar estes materiais, porque custariam muito menos do que comprá-los novos. Um dos entrevistados refere a necessidade de existir instituições para internamento temporário, de forma a possibilitar o descanso das famílias. Mas coloca a preocupação que, perante uma situação de dependência, os bons cuidados são fundamentais para manter a qualidade de vida e prevenir o agravar da situação de dependência.

7. Conclusão e sugestões

Envelhecer é, cada vez mais, um desafio, para quem envelhece e para quem apoia o envelhecimento. A nível organizacional, é fundamental que surjam novas formas de entreajuda, de apoio e de prestação de cuidados, particularmente nos casos em que, por isolamento social ou doença, os recursos estabelecidos não são suficientes nem eficazes para prevenir a dependência, o abandono e a solidão. Depois de ter aprofundado o tema, e de ter reflectido sobre a realidade que se encontra no dia-a-dia, sobretudo na visão das famílias de idosos, podemos afirmar que um dos principais problemas encontrados é o acesso aos cuidados domiciliários, sejam de saúde ou de apoio social. Parece-nos que os serviços, muitas vezes, não divulgam a forma de como se chegar a eles, devendo ter-se um grande conhecimento de toda a «burocracia» para se poder ter respostas eficazes e adaptadas às necessidades. Poderemos mesmo afirmar que as instituições, historicamente, estão muito fechadas sobre si mesmas, faltando uma cultura de partilha, discussão,

articulação entre si. O único ponto de contacto entre as diferentes instituições é, ainda muitas vezes, através dos próprios idosos ou suas famílias. É também fundamental que se comece a apoiar as famílias de forma mais eficaz, estando mais perto delas através da formação e de incentivos monetários. A formação de quem cuida de idosos é outro passo importante a dar, de modo mais organizado e consciente, sendo uma das formas de garantir uma prestação de cuidados com qualidade. Perante as conclusões apresentadas neste estudo, ousamos mencionar algumas sugestões. Assim, a nível organizacional, deixamos as seguintes ideias operativas:

- Efectuar uma ampla divulgação dos serviços existentes, tanto de saúde como sociais, para que a família, quando se depara com alguma necessidade face a situações de dependência, saiba imediatamente onde solicitar ajuda e apoio.
- Organizar um «banco de equipamentos» específicos para serem emprestados ou alugados a baixo custo, a idosos em situação de dependência.
- Todos os serviços deveriam ter um sistema de comunicação, de forma a, sempre que uma situação de dependência fosse identificada, ser automaticamente transmitida a todos os serviços de apoio domiciliário de uma determinada zona geográfica. Esta comunicação deveria também incluir os hospitais, onde muitas vezes são os primeiros a identificar situações de dependência.
- Promover a criação de serviços com respostas integradas, isto é, com cuidados de saúde, incluindo a reabilitação, e os de índole social.
- Todos os serviços de âmbito domiciliário deveriam actuar num horário alargado, com acesso directo aos profissionais, todos os dias da semana.

□ Referências bibliográficas

- ALMEIDA, L. M. — Envelhecimento e saúde pública : a promoção do «Envelhecer activo». *Anamnesis*. 13 : 126 (2004) 34-38.
- AUGUSTO, B. M. J. *et al.* — Cuidados continuados : família, centro de saúde e hospital como parceiros de cuidar. Coimbra : Edições Formasau, 2002.
- DESPACHO CONJUNTO n.º 407/98. D.R. II Série. 138 (18-06-1998) 8328-8332 — Intervenção articulada do apoio e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência.
- DHERBEY, B.; PITAUD, P.; VERCAUTEREN, R. — La dépendance des personnes âgées : des services personnes âgées aux gisements d'emploi. Ramonville Saint-Agne : Éditions Érès, 1996.
- IMAGINÁRIO, C. — O idoso dependente em contexto familiar : uma análise da visão da família e do cuidador dependente. Coimbra : Edições Formasau, 2004. (Formação e saúde).

KALACHE, A.; VERAS, R.; RAMOS, L. R. — O envelhecimento da população mundial : um desafio novo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 21 : 3 (1987) 200-10.

MOREIRA, I. M. P. B. — O doente terminal em contexto familiar. Coimbra : Edições Sinais Vitais, 2001.

PAÚL, M. C. — Lá para o fim da vida : idosos, família e meio ambiente. Coimbra : Almedina, 1997.

PORTUGAL. INE — O envelhecimento em Portugal : situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas [em linha]. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, 2002 [acedido em 8-2-2005]. Acessível em http://infoline.ine.pt/prodserv/estudos/ficha.asp?x_estudoid=243#.

PORTUGAL. SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE LISBOA — Cuidados continuados. Lisboa : Sub-região de Saúde de Lisboa, 1999 (documento de trabalho da Coordenadora da Sub-região de Saúde de Lisboa de 21-7-1999).

REIS, N.; MATOS, T. P.; SANTOS, M. B. — Programa de cuidados continuados : avaliação de 2003. Lisboa : Sub-região de Saúde de Lisboa, 2004.

SÃO JOSÉ, J.; WALL, K.; CORREIA, S. V. — Trabalhar e cuidar de um idoso dependente : problemas e soluções [em linha]. Lisboa : Instituto de Ciências Sociais : Universidade de Lisboa, 2002 [acedido em 8-2-2005]. Acessível em www.ics.ul.pt. (7-7-2004).

SARAGOILA, M. F. — Reflectindo os cuidados de enfermagem no domicílio. *Cadernos*. 8 : 30/31 (1994) 35-40.

VERÍSSIMO, C. — Importância dos conceitos para a produção multidisciplinar de cuidados. *Nursing*. 5 : 187 (2004) 20-24.

WHO — Home care issues at the approach of 21st century from a World Health Organization perspective : a literature review [em linha]. Geneva : World Health Organization, 1999 [acedido em 29-12-2003]. Acessível em http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_LTH_99.1.pdf.

□ Abstract

NEEDS AND STRATEGIES ON DEPENDENCE: A FAMILY VISION

The ageing of the population has been a widely debated topic from different perspectives. It is said that as far as the oldest among the elderly are concerned, there is a large number of dependant people. The evaluation of this dependence aims to determine the care needs and consequently to define the home-care service required for the person in question and his family. A standard for adequate intervention, namely on behalf of health and social care, as well as their frequency and duration, has thus to be determined. This study concentrates on the findings about the experience of the family while taking care of its elderly members in a situation of dependence. It also questions whether or not the health services and social support correspond to the needs of the elderly. Finally, the study aims to understand what can be expected in terms of best solutions, in order to solve the difficulties which are involved in this process. A qualitative method was used in this research.

Keywords: aging; health of the elderly; social support; family; home care; continuity of care; dependence; social care; health services.