

MARIA JOÃO PIRES RODRIGUES

**DOENÇAS CRÓNICAS DEGENERATIVAS / ONCOLÓGICAS
DO IDOSO NA COMUNIDADE**

**ESTUDO SOBRE A OCUPAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS SOCIAIS NO
CONCELHO DE PORTALEGRE**

ORIENTADOR – PROF. DOUTOR JOSÉ JERÓNIMO DE AMARAL - MENDES

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ECOLOGIA HUMANA

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESTA DISSERTAÇÃO NÃO INCLUI AS CRÍTICAS E SUJESTÕES EFECTUADAS PELO JÚRI

**DOENÇAS CRÓNICAS DEGENERATIVAS / ONCOLÓGICAS
DO IDOSO NA COMUNIDADE**

**ESTUDO SOBRE A OCUPAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS SOCIAIS NO
CONCELHO DE PORTALEGRE**



155052

ORIENTADOR – PROF. DOUTOR JOSÉ JERÓNIMO DE AMARAL - MENDES

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ECOLOGIA HUMANA

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESTA DISSERTAÇÃO NÃO INCLUI AS CRÍTICAS E SUJESTÕES EFECTUADAS PELO JÚRI

Ao meu marido, José Carlos, pela paciência que demonstrou. Ao meu filho Diogo, pela minha ausência, foi sem dúvida o mais lesado durante este percurso.

Obrigado !

AGRADECIMENTOS

Todo o trabalho tem o seu percurso, algumas vezes difícil, solitário, outras vezes mais fácil, mas para que este trabalho chegasse ao fim, o esforço da autora seria provavelmente, mais árduo, se não contasse com o esforço de outras pessoas na sua realização, a todas elas, que me acompanharam ao longo deste percurso, incentivando, acreditando, oferecendo o seu contributo....., o meu sincero agradecimento.

Um agradecimento especial, á Sr^a Provedora da Santa Casa da Misericórdia de Portalegre, Dr^a Piedade Murta, ao Sr^o Provedor da Santa casa de Alegrete, Dr^o Carlos Bilé, à Directora do Centro de Saúde de Portalegre, D^a Maria Rosário Pires, à Directora da Casa de Repouso da Senhora da Penha, Enf^a Lurdes Cruz.

Quero agradecer a todos os responsáveis das Instituições onde foram realizadas a pesquisa, que ao não exigirem pedido de autorização formal, acreditaram na seriedade e isenção deste trabalho.

Aos meus amigos, Maria José (Zézinha) e Artur, pelo apoio, incentivo e disponibilidade que demonstraram e que foram determinantes na finalização deste trabalho.

Ao Sr^o Prof. Doutor Amaral-Mendes, o meu especial agradecimento pelo interesse, acompanhamento e disponibilidade que demonstrou na realização deste trabalho.

*“A vida do homem é um dom
precioso que se deve amar e
defender em todas as suas fases.”*

Papa João Paulo II

In: Notícias de Beja 3 Fev. 2005

RESUMO

Doenças Crónicas Degenerativas / Oncológicas do Idoso na Comunidade

Estudo sobre Ocupação dos Equipamentos Sociais

A doença que sobrevem a qualquer indivíduo é quase sempre um obstáculo ou limitação na satisfação das suas necessidades. A consequência mais visível sentida ou não pelo doente, é a dependência dos outros, tanto a nível físico, psicológico ou social.

O presente estudo, descritivo e exploratório, pretende estudar os Idosos com Doenças Crónicas Degenerativas e Oncológicas, e observar a Ocupação dos Equipamentos Sociais disponíveis no Concelho de Portalegre.

Através de pesquisa bibliográfica, foi construído um suporte teórico que abordou, todos os aspectos relacionados com a problemática em estudo.

Foi construído e aplicado um Instrumento de colheita de dados, a todos os idosos nas Instituições seleccionadas, tendo sido constituída uma população de 505 idosos.

Analisados os dados obtidos, concluiu-se que a população estudada se repartia preferencialmente pelos Lares 211 casos, e 199 usufruíam dos serviços de Apoio Domiciliário, e apenas 95 dos casos, recorria aos Centros de Dia, o sexo feminino é o principal utilizador dos serviços prestados pela Comunidade, e a média de idades é de 73 anos.

Concluimos ainda que as doenças Oncológicas têm um peso expressivo, na ocupação dos Equipamentos Sociais, seguidas de perto pelas Demências, e que sempre que possível os idosos preferem permanecer no seu meio familiar, utilizando os serviços sociais oferecidos pelas diversas Instituições de Solidariedade Social.

ABSTRACT

Chronical Degenerative and Oncological Diseases of Aged People in the Community.

Study about Occupation of the Social Equipments.

The disease that occurs to any person is nearly always an obstacle or limitation in the satisfaction of one's needs. The most visible consequence felt or not by the patient, is depending upon the other people, at physical, psychological and social level.

This descriptive and exploratory study, pretends to study the aged people with cronhical – degenerative and oncological diseases and to observe the occupation of social equipments in Portalegre municipality.

Through bibliographical research, it was arranged theoretical support which conglobated all the aspects related to this issue.

It was built and put a data research instrument to all the aged people in the selected Institutions, constituting a population of 505 old people.

As analyzing the obtained data, it was concluded that the studied population would be divided preferencely by the homes 211 cases and 199 would enjoy the usufruet of the Domiciliary support services and only 95 of the cases, would have recourse to the daily center. The females are the main user of the services of the community and the average age is 73 years old.

We conclude that the oncological diseases have big importance in the occupation of the social equipments, followed by the follies and always as possible the old people prefer to stay in their familiar middle, using the social services offered by the different social solidarity institutions.

SUMÁRIO	FL
INTRODUÇÃO.....	16
1 - ECOLOGIA.....	19
1.1 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ECOLOGIA.....	19
2 - ECOLOGIA HUMANA.....	21
2.1 - ECOLOGIA HUMANA E ENVELHECIMENTO.....	22
3 - ENVELHECIMENTO HUMANO.....	25
3.1 - O IDOSO AO LONGO DO TEMPO.....	28
3.2 - ENTIDADES PATOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NO IDOSO.....	31
3.3 - ENVELHECER COM DOENÇA CRÓNICA.....	32
3.4 - CICLO DE VIDA DA DOENÇA CRÓNICA.....	37
3.5 - ADAPTAÇÃO FAMILIAR FACE À DOENÇA CRÓNICA.....	40
3.6 - STRESS FAMILIAR.....	42
4 - ESPECIFICIDADE DA DOENÇA ONCOLÓGICA.....	44
5 - IMPACTO DA DOENÇA ONCOLÓGICA NO DOENTE E FAMÍLIA.....	45
6 - DOENÇAS CRONICAS DEGENERATIVAS NO IDOSO.....	51
6.1 - DEMÊNCIAS.....	52
6.1.1 - Doença Cerebrovascular – “Demência vascular”.....	53

6.2	- DOENÇA DE PARKINSON.....	54
6.3	- DOENÇA DE ALZHEIMER.....	55
6.3.1	- A Doença de Alzheimer – Quadro de Demência.....	56
6.4	- A FAMÍLIA E O DOENTE COM ALZHEIMER.....	60
6.4.1	- Questões Emocionais.....	65
6.4.2	- Questões Económicas.....	66
6.4.3	-Questões do Quotidiano.....	67
7	- IMPACTO SOBRE O CUIDADOR.....	69
8	- SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS SOCIAIS PARA IDOSOS.....	72
9	- METODOLOGIA DO ESTUDO.....	76
9.1	- TIPO DE ESTUDO.....	77
9.2	- POPULAÇÃO.....	78
9.3	- DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS.....	79
9.4	- COLHEITA DE DADOS.....	82
9.5	- PROCESSAMENTO DOS DADOS	83
9.6	- LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	84
10	- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	86
10.1	- TIPO DE EQUIPAMENTO SOCIAL.....	86
10.2	- SEXO.....	88
10.3	- PATOLOGIA.....	90
10.4	- IDADE.....	91
10.5	- PROFISSÃO.....	94
10.6	- ACAMADO.....	95
11	- ANÁLISE POR EQUIPAMENTO SOCIAL.....	97
11.1	- LAR.....	97

11.1.1	- Idade.....	97
11.1.2	- Sexo.....	98
11.1.3	- Patologia.....	99
11.1.4	- Acamado.....	99
11.1.5	- Profissão.....	100
11.2	- CENTRO DE DIA.....	101
11.2.1	- Idade.....	101
11.2.2	- Sexo.....	102
11.2.3	- Patologia.....	102
11.3	- APOIO DOMICILIÁRIO.....	104
11.3.1	- Idade.....	104
11.3.2	- Profissão.....	104
11.3.3	- Patologia.....	105
11.3.4	- Acamado.....	106
12	- CONCLUSÕES FINAIS.....	108
13	- SUJESTÕES.....	111
14	- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	113
	ANEXOS.....	119
	ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	120
	ANEXO 2 - PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA DE FICHEIROS NAS VÁRIAS INSTITUIÇÕES DE APOIO SOCIAL.....	123

SEQUÊNCIA DE FIGURAS

fl

**Figura nº 1 – Representa imagens justapostas de um corte do
cérebro..... 59**

SEQUÊNCIA DE GRÁFICOS

FL

Gráfico nº 1	- Distribuição da variável “Patologia” no Concelho de Portalegre.....	91
Gráfico nº 2	- Frequência da população pelo equipamento social – Lar.....	97
Gráfico nº 3	- Distribuição do sexo pelo equipamento social – Lar..	98
Gráfico nº 4	- Distribuição do sexo pela variável Acamado com Apoio Domiciliário.....	106

SEQUÊNCIA DE QUADROS	FL
Quadro nº 1 - Conceitos de idade.....	27
Quadro nº 2 - O idoso através dos tempos.....	29
Quadro nº 3 - Fases de Adaptação à Doença Crónica.....	36
Quadro nº 4 - Distribuição dos utentes por equipamentos sociais...	87
Quadro nº 5 - Distribuição das modalidades da variável “Patologia” por Equipamento Social.....	87
Quadro nº 6 - Distribuição da população do estudo segundo o sexo.	88
Quadro nº 7 - Frequências e percentagens das modalidades da Patologia por Sexo.....	89
Quadro nº 8 - Distribuição das patologias no Concelho de Portalegre.....	90
Quadro nº 9 - Frequências e percentagens das modalidades da Patologia por Grupo Etário.....	92
Quadro nº 10 - Estatísticas da variável “Idade”.....	92
Quadro nº 11 - Frequências e percentagens das modalidades da Patologia por Grupo Etário.....	93
Quadro nº 12 - Distribuição da população segundo o Sector profissional.....	95
Quadro nº 13 - Distribuição da população pela variável Acamado...	95
Quadro nº 14 - Distribuição das patologias pela variável Acamado.	96

Quadro nº 15	- Estatística do número de idosos em Lares.....	98
Quadro nº 16	- Frequência das patologias em Lar.....	99
Quadro nº 17	- Frequência da população em Lares para a variável Acamado.....	100
Quadro nº 18	- Distribuição da população segundo o Sector profissional na variável Lar.....	100
Quadro nº 19	- Frequências e percentagens da variável Idade em Centros de Dia.....	101
Quadro nº 20	- Estatística do Grupo Etário em Centro de Dia.....	102
Quadro nº 21	- Distribuição da Variável Sexo em Centros de Dia.....	102
Quadro nº 22	- Distribuição das modalidades “ Patologia” em Centros de Dia.....	103
Quadro nº23	- Distribuição da população nas modalidades da Patologia de acordo com o Sexo em Centros de Dia	103
Quadro nº24	- Estatística do Grupo Etário com Apoio Domiciliário	104
Quadro nº25	- Estatística da Variável Profissão com Apoio Domiciliário.....	104
Quadro nº26	- Distribuição da população nas modalidades da Patologia de acordo com o Sexo com Apoio Domiciliário.....	105
Quadro nº27	Distribuição da População pelas Modalidades da Patologia * Acamado.....	107

SEQUÊNCIA DE TABELAS

FL

**Tabela nº 1 – Critérios para o diagnóstico de Demência, segundo o
DSM – III – R..... 57**

INTRODUÇÃO

A problemática do envelhecimento populacional no mundo expressa-se de forma mais intensa no Continente Europeu, afectando todos os países que o integram. Embora esta tendência demográfica seja idêntica em todos os países, a sua intensidade é variada.

As alterações demográficas do último século, que se traduziram na modificação e por vezes inversão das pirâmides etárias, reflectindo o envelhecimento da população, vieram colocar às famílias e á sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados. O envelhecimento da população portuguesa, acrescido da esperança média de vida, tem conduzido a um aumento do grupo etário dos 65 e mais anos.

As implicações deste fenómeno, fazem-se a nível social, ético, económico, e institucional, exigem políticas coordenadas e orientadas, no sentido de manter ou melhor a qualidade de vida dos idosos.

Assim, no decorrer do Curso de Mestrado em Ecologia Humana, foi surgindo a necessidade de aprofundar esta problemática, utilizando os métodos de investigação que também são muito importantes para uma assistência clínica eficaz, no contexto da Saúde do Idoso na Comunidade, e que se insere na área científica específica do Mestrado”.

Nesta perspectiva, entendemos abordar um problema com uma inquietude crescente por parte da comunidade científica europeia e internacional. Este problema social, relaciona-se com a necessidade de adaptação e transformação do meio, para promover condições favoráveis à integração sócio-económica e cultural dos idosos com dependência.

Com o estudo que a seguir apresentamos, pretendemos abordar o problema, chamar a atenção para a sua pertinência e englobar no estudo quantitativo, uma população residente numa área essencialmente agrícola, mas com expressas necessidades em termos de equipamentos e serviços de apoio á terceira idade, o que por isso se justifica a necessidade de se realizar um estudo, com o propósito de, **verificar o número de idosos com Doenças Crónico-degenerativas e Oncológicas no Concelho de Portalegre e verificar a forma como utilizam os Equipamentos Sociais disponíveis.**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, utilizando o método quantitativo.

A população sobre a qual recai o estudo, são todos os indivíduos residentes no concelho de Portalegre com mais de 65 anos, utilizadores de equipamentos sociais ou outros serviços de apoio prestados pela comunidade, que estejam em situação de dependência por doença Crónico-Degenerativa e Oncológica. Nas doenças crónico-degenerativas foram seleccionadas as seguintes: - Doença de Alzheimer;

- Doença de Parkinson;

- Demências.

Iniciamos o desenvolvimento desta dissertação, com uma fundamentação teórica que pretende ser a base conceptual do trabalho exposto e cujo conteúdo teórico aborda sucessivamente vários aspectos relacionados com a Ecologia , Envelhecimento Humano e Equipamentos Sociais de apoio ao idoso.

A colheita dos dados foi efectuada nos ficheiros dos equipamentos sociais do concelho de Portalegre, após a qual se tratou e analisou os dados obtidos, tendo em conta o propósito deste estudo.

Na segunda parte do trabalho definimos a metodologia utilizada, que permitirá ao investigador orientar-se no processo de pesquisa, apresentando-se a descrição da variável dependente e das variáveis independentes.

A metodologia utilizada para a elaboração deste trabalho de pesquisa recorreu a consulta de bibliografia seleccionada, à construção e acesso a bases de dados informáticas assim como ao tratamento estatístico informático.

Na terceira parte deste estudo, apresentamos o tratamento e discussão dos dados obtidos, entrando então na análise descritiva e analítica, recorrendo a gráficos e quadros para melhor compreensão dos dados apresentados.

Finalizamos este estudo com o capítulo de conclusões finais, onde verificamos a consecução do propósito deste estudo e terminamos com algumas sugestões que mereçam alguma reflexão, para futuras intervenções sociais.

1 – ECOLOGIA

1.1 – EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ECOLOGIA

Tal como todos os aspectos do conhecimento, a ecologia teve desde a pré-história, um desenvolvimento lento. Para melhor compreendermos a ecologia enquanto ciência importa referir alguns aspectos da sua evolução.

A dimensão e os conceitos de ecologia acompanha a evolução do homem em todos os seus aspectos. Desde o início dos tempos que a natureza é respeitada pelo homem mas simultaneamente o homem sentia a necessidade de a dominar. A relação do homem com a natureza foi tão intensa, que este aprendeu a servir-se dos recursos de que dispunha para modificar o seu próprio ambiente. Podemos até dizer que toda a evolução do Homem se tem feito à custa da utilização e modificação do seu meio ambiente.

Foi o biólogo alemão Haeckel em 1869, na obra *Generelle Morphologie der Organismen*, o primeiro a utilizar a palavra Ecologia. No entanto a ecologia continuou ignorada até meados do século XX, altura em que se tornou uma ciência autónoma, tendo depois uma grande divulgação a partir de 1960, através de publicações científicas.

Anton Leeuwenhoek, foi, para Odum (2001), uma pessoa importante para o desenvolvimento da ecologia. Foi pioneiro em estudos acerca das cadeias alimentares e da regulação da população, áreas que ainda hoje são destacadas na ecologia moderna.

Etimologicamente a palavra ecologia deriva de duas palavras gregas *Oixós*, que significa casa ou lugar onde se vive, e *lóyos*, que significa ciência, podendo assim ser

entendida como “ a ciência que estuda as relações dos organismos e o seu habitat”. Refinando esta definição, chegamos á definição habitual de ecologia: “ ***o estudo das relações dos organismos ou grupos de organismos com o seu ambiente***”.

Ecologia como área específica aceite pela Biologia surge em 1900, hoje é vista com vertentes disciplinares variadas, sendo uma área de importância reconhecida na vida de todos os seres relacionais.

O termo ecologia, ao longo da sua evolução conheceu várias definições, as quais diferiam de acordo com os autores e com a dimensão que cada um lhe atribuía, importa referir que só passou a fazer parte do vocabulário geral no início da década de oitenta (Odum, 2001).

Ainda segundo o mesmo autor, a definição mais acertada tendo em conta a dimensão do termo e a época, é que a “ecologia é a totalidade ou o padrão das relações entre os organismos e o seu ambiente”.

2 – ECOLOGIA HUMANA

Na concepção inicial da ecologia humana, a organização do sistema social humano foi um conhecimento necessário. Os clássicos da sociologia tinham a percepção dos fenómenos que diziam respeito ao ambiente e aos recursos naturais na sua ligação com a organização social.

A Ecologia Humana nasceu com Park e Burgess em 1920, dedicando-se ao espaço urbano das sociedades. Park considerava a *comunidade* como conceito central

Várias são as abordagens da Ecologia Humana, e todas elas interessantes, embora diferentes. Barrows em 1921,(cit. in Nazareth 1), identifica a ecologia humana como uma componente da geografia. Este ponto de vista abordava a diversidade dos comportamentos humanos no espaço e a diversidade de respostas sociais e culturais ao meio.

Hawley e Quinn (cit. in Odum 2001) resumem o desenvolvimento da ecologia humana no aspecto sociológico. Outros com uma visão mais antropológica fazem uma abordagem cultural.

Hoje a ecologia humana estuda cada vez mais numa perspectiva global os diferentes climas que actuam no homem, - físico, químico, biológico, sociológico, económico, técnico, cultural espiritual... (Nazareth, 1993).

De acordo com tudo isto podemos dizer que o significado da ecologia humana, estabelecido como paradigma é composto por três asserções:

-Adaptativa: a adaptação ao meio deriva de um sistema de interdependências entre os membros de uma população.

- **A de crescimento:** o desenvolvimento do ecossistema continua até ao máximo tamanho e complexidade permitido pela comunicação entre as unidades.

- **A Evolutiva:** propõe que a evolução se inicie com a introdução de nova informação até à ocorrência de novos elementos estruturais e portanto maximização da sua utilização.

Pela dimensão do estudo a ecologia humana tem importância porque permite:

➤ Conhecer a história e o estado actual da relação sociedade-ambiente e os seus efeitos sobre o ambiente e as populações.

➤ Identificar, desenvolver e experimentar modelos de gestão e conservação dos recursos de forma a tornar possível a sustentabilidade a longo prazo.

➤ Identificar, desenvolver e experimentar alternativas para melhorar as condições de vida das populações humanas.

Odum (2001), diz que as populações humanas constituem uma parte de comunidades bióticas e de ecossistemas, a ecologia humana pode ser considerada a ecologia de uma espécie muito especial, a do Homem.

Assim a ecologia humana é a “ciência que numa atitude transdisciplinar poderá estudar os diversos pontos de vista numa população inserida num determinado ambiente”.

2.1 – ECOLOGIA HUMANA E ENVELHECIMENTO

Uma situação de cronicidade pode ocorrer em qualquer etapa da vida, contudo são os idosos que mais se debatem com estes problemas. Múltiplos são os factores que interagem para o aparecimento de uma doença crónica entre os quais se destaca o

processo de envelhecimento que provoca uma diminuição da capacidade de adaptação e reserva funcional.

O envelhecimento constitui um problema na maioria das sociedades ocidentais, sendo esta também uma realidade demográfica portuguesa.

Apesar de não existir, segundo Nazareth (1994), "...nenhuma doença chamada envelhecimento...", a pessoa à medida que envelhece vai perdendo algumas das suas capacidades e da sua autonomia, e conseqüentemente, a sua independência, sendo os idosos os grandes determinantes dos cuidados de saúde. Neste contexto torna-se pertinente abordar uma curta reflexão sobre o Envelhecimento Humano.

Para a demografia, o envelhecimento é a alteração demográfica evidenciada pelo aumento da população idosa.

A demografia social implicam nesta alteração mudanças em vários sistemas que induzindo modificações nas variáveis microdemográficas irão alterar a estrutura etária. Nazareth (1988), diz que esta alteração sendo um processo social influenciará toda a organização social.

Para a Ecologia interessa-lhe perceber as relações entre as unidades da organização social, numa ordem espacial e temporal.

A Ecologia humana prende-se com a noção de ecossistema como arranjo de múltiplas dependências entre unidades funcionais promovendo organização. Nesta organização o que conta é a relação que mantém com os indivíduos, numa malha interrelacional operando como uma unidade na consecução de uma relação ambiental viável.

A Ecologia Humana apresenta também uma interligação entre ambiente, população e organização. Ao equacionarmos o envelhecimento estamos a fazer:

Em primeiro lugar um estudo sobre o estado da população num determinado ambiente.

Em segundo lugar estamos a perspectivar os princípios que regulam as relações entre as unidades (simples ou complexas) da organização.

Em terceiro lugar, estamos a considerar uma possível alteração das funções em número, tipo ou um rearranjo, isto é, estamos a admitir uma mudança ao longo do tempo.

Em quarto lugar estamos a considerar o indivíduo, postulado da ecologia Humana, detentor de cinco características (os axiomas de Hawley):

- Imprescindibilidade da interdependência com outros seres humanos;
- Necessidade de ter acesso ao meio (directo ou transitivo);
- Tendência inerente para preservar e expandir a vida ao máximo;
- Capacidade interna adaptativa indeterminada;
- Submissão ao aspecto temporal e conseqüentemente ao espaço, implicando afectação do tempo às diferentes actividades.

À luz da ecologia humana, o envelhecimento será entendido tendo em consideração estes cinco itens.

Neste caso considera-se unidades simples aquelas que, para além de pertencerem a um determinado grupo etário, sofreram um processo de envelhecimento e apresentam determinadas características passíveis de serem identificáveis e categorizáveis.

3 – ENVELHECIMENTO HUMANO

Todos temos uma imagem do envelhecimento formada a partir da observação, da vivência ou daquilo que é passado pela família e pela sociedade.

Ao longo dos anos, vários autores têm-se debruçado sobre o envelhecimento, não existindo contudo uniformidade em relação ao seu conceito e forma de como se envelhece, pelo que a definição do que é uma pessoa idosa é difícil e geralmente muito imprecisa. Considera-se interessante a forma como Philibert (1984) o fez. Para este autor, uma pessoa idosa é sempre uma pessoa com mais idade que a maioria daqueles que a rodeiam. Baseando-se nas condições de vida, de trabalho, de longevidade média de referência e nos seus costumes, ela pode ter trinta, quarenta ou oitenta anos. Ela tem por isso uma longa experiência de vida e uma memória mais ou menos longa, resultante de acções de sofrimento, de projectos e acidentes, de alegrias e de tristezas das quais a vida humana está repleta. Complementando este conceito, Zimmerman (2000) diz que *“... envelhecer pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo. Tais alterações são naturais e gradativas...”*. De salientar, que essas transformações são gerais, podendo verificar-se em idade precoce ou mais avançada, em maior ou menor grau, relacionadas com as características genéticas de cada indivíduo, assim como com o seu modo de vida. Outro autor, outra perspectiva, Fontaine (2000), refere que *“... o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial. Ele afecta todos os seres vivos e o seu termo natural é a morte do organismo...”*

É impossível datar o começo da velhice, porque, de acordo com o nível no qual ele se situa (biológico, psicológico ou sociológico) a sua velocidade e a sua gravidade são extremamente variáveis de indivíduo para indivíduo.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995) são consideradas idosas as pessoas com mais de sessenta e cinco anos. Esta referência não é contudo válida a nível mundial, uma vez que nos países menos desenvolvidos, a terceira idade começa mais cedo, (sessenta anos). Apesar de todos os esforços desenvolvidos para definir envelhecimento e pessoa idosa, ainda não existe consenso e estes, continuarão a evoluir com o conhecimento e a sua utilização implicará sempre relações com o tempo.

O processo de envelhecimento é irreversível, mesmo que ele seja diferente de uma pessoa para outra, e que o seu padrão esteja geneticamente codificado.

Para Schroots e Birren (cit. in Paul, 1997), o envelhecimento tem três componentes:

- 1 - o processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência,
- 2 - um envelhecimento social, relativo a papeis sociais apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário,
- 3 - o envelhecimento psicológico definido pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento.

Ao falar-se de envelhecimento não se pode deixar de falar no conceito de idade, que pode ser utilizado em vários sentidos, como se pode ver no quadro nº 1.

Quadro nº 1 – Conceitos de idade

- ◆ **A idade cronológica** que decorre entre o nascimento e o momento presente;
- ◆ **A idade jurídica** que corresponde à necessidade social de estabelecer normas de conduta e determinar qual a idade em que se assume certos direitos e deveres;
- ◆ **A idade física e biológica** é medida pelas capacidades biológicas ou vitais e pelo limite da vida dos sistemas orgânicos;
- ◆ **A idade psicoafectiva** reflecte a personalidade e as capacidades

Fonte: BIRREN e CUNNINGHAM (cit. In PAÛL, 1997); LEVEL-GAUTRAT (cit. in PIMENTEL, 2001

Segundo os mesmos autores, a forma como se envelhece e a maior ou menor valorização dada a esse processo depende mais das sociedades humanas do que da natureza, conforme as épocas, as culturas, modos de vida, meios científicos, meios médicos e tecnológicos.

Pimentel (2001), diz que nesta sociedade não é particularmente fácil estabelecer os limites em que começa e acaba a terceira idade, pois se a idade da reforma (sessenta e cinco anos) era um marco artificial, mas seguro de início de, hoje as pessoas reforma-se cada vez mais cedo, por razões que não se prendem com a idade (incapacidade, reforma antecipada), tornando difícil definir quem é ou não idoso. O processo da velhice é cada vez mais prolongado, o que põe em causa o papel passivo que a sociedade tem dado a estas pessoas.

Referindo-se ao envelhecimento social, Zimmerman (2000) verificou existir uma modificação no relacionamento do idoso com os outros que o rodeiam, que se podem traduzir por : uma crise de identidade, reforma, perdas diversas que podem ir das

condições económicas ao poder de decisão, á perda de parentes e amigos, da independência, da autonomia e diminuição dos contactos sociais.

O ser humano envelhece não só no plano biológico, como também a nível social. A influência exercida pelos factores bio-psico-sociais ainda é motivo de discussão, mas não há dúvida que cada idoso é dotado de uma identidade própria que se deve respeitar.

3.1 – O IDOSO AO LONGO DO TEMPO

O homem como qualquer outro ser vivo, teve de enfrentar diferentes problemas de ordem existencial. Para os poder ultrapassar, desenvolveu uma série de cuidados que aplicou a si próprio e aos seus semelhantes, permitindo-lhes sobreviver, evoluir e envelhecer. Cada sociedade no seu contexto e momento histórico, tem dado um papel ao idoso, positivo ou negativo, o qual depende do modelo de Homem ideal que impera no momento, de modo que os idosos umas vezes são rejeitados e outras vezes valorizados (Agreda, 1999).

Do ponto de vista histórico as modificações e alterações da imagem do idoso, implica elaborar uma sequência que tem as suas raízes num passado anterior á escrita. O quadro nº2 contempla os aspectos mais genéricos da velhice e do desenvolvimento através dos tempos, onde se podem constatar as diversas formas como a velhice tem sido encarada ao longo dos anos.

Quadro nº2 – O idoso através dos tempos

Pré-história: As doenças, as lutas, a carência de alimentos, impediam o Homem de chegar a velho. A valorização pessoal estava directamente ligada á capacidade física; atingir a velhice tinha um valor especial, era considerado um fenómeno sobrenatural e obtido por protecção divina. Os velhos eram objecto de veneração.

Egipto (3000 anos antes de Cristo): A velhice está relacionada com o mundo sagrado e com a magia. O idoso tem um papel de dirigente para a comunidade (o conselho de idosos). Ressalta a obrigação dos filhos cuidarem dos seus pais idosos e manter os seus túmulos após a morte.

Israel (por volta de 2000 anos antes de Cristo): Os idosos desfrutavam de enorme poder religioso e jurídico; eram consultores da cidade, da nação e do Rei. Do ponto de vista legal e político, o idoso também era valorizado. Maltratar os pais era um crime que podia chegar a ser punido com a morte. O cuidado com os mais velhos, era um dever da comunidade.

Grécia (por volta de 1000 anos antes de Cristo): Os idosos tinham uma função e ocupavam um posto de destaque na sociedade, mas, ao mesmo tempo, a velhice constituía um drama individual com a inevitável perda de vitalidade e dos atributos físicos que a juventude outorgava. Platão reclama o poder para o idoso e defende-o incondicionalmente. Aristóteles trata duramente a velhice, apresentando-a como negativa, responsabilizando-a por todos os males de que sofrem os Homens.

Roma (por volta de 700 anos antes de Cristo): Os idosos parecem ter recebido o respeito, pelo menos nominal. O seu sábio conselho desfruta de grande prestígio legal, a mais respeitada das instituições públicas. No senado, os idosos orientavam a política seguindo a máxima de Cícero, em que os jovens eram destacados para a acção, enquanto que os velhos iam para o conselho. Este famoso orador aconselha um estilo de vida com boa alimentação, exercícios, moderação dos sentidos e vida mental activa de reflexão para se atingir o dito estado digno de louvor.

Primeiros séculos do Cristianismo: As comunidades cristãs mantêm esta visão positiva e de consideração pelo idoso. A partir do século V, o idoso perde pouco a pouco o poder que tinha. Os autores cristãos utilizam a velhice como imagem representativa do pecado, sendo esta um mal que vem do castigo divino. Os cristãos têm em conta os cuidados aos doentes e aos velhos, como uma obrigação sagrada para obter a sua salvação.

Idade Média (500 a 1500 anos depois de Cristo): O homem sente medo do envelhecimento e procura todos os meios para evitar que este chegue. Enquanto o idoso possa cumprir com o seu trabalho, não é visto como tal. Os nobres e a Igreja cuidavam dos seus idosos. As idosos pertencentes à plebe, passavam a formar as fileiras dos mendigos, sendo os mais desgraçados dentro do grupo dos pobres.

Renascimento (1500 a 1800 anos depois de Cristo): Há um progressivo aumento na expectativa de vida. Concomitantemente, surge maior interesse pelos problemas do envelhecimento, verificando-se um optimismo em relação à velhice, talvez nunca visto em séculos anteriores; o idoso era então considerado património e não encargo.

Da era moderna até aos nossos dias: A revolução industrial e os avanços tecnológicos dela decorrentes, relegaram a sabedoria dos idosos para segundo plano. Passa-se a julgar o homem pela sua capacidade de produzir. Nesta lógica, os idosos por serem reduzida a sua capacidade fisiológica de trabalho à qual se associam por vezes doenças crónicas, não têm como enfrentar uma competição na qual as condições são desiguais. Hoje, face à transição do século, o que se nota é uma inversão de valores, o idoso é marginalizado, perde a sua condição social ao que se associa o baixo rendimento fruto de uma reforma irrisória.

Fonte: REIS, 1978; NETTO, 1996; LEME, 1994; AGREDA, 1999.

A sociedade encontra-se hoje diante de uma situação contraditória: de um lado, defronta-se com o crescimento da população idosa, fruto do aumento da esperança média de vida humana, do outro, adopta atitudes preconceituosas em relação ao idoso e ao envelhecimento, retardando a implementação de medidas que visem minorar o

pesado fardo dos que ingressam na terceira idade.

3.2 – ENTIDADES PATOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NO IDOSO

As alterações de estrutura e as perdas funcionais ocorrem em todos os órgãos e sistemas do corpo humana. No entanto, para Berger (1995), os principais problemas de saúde dão-se a nível do sistema nervoso central, aparelho locomotor, sistema cardiovascular e sistema respiratório.

Num relatório publicado recentemente pelo Ministério da Saúde sobre “Principais problemas de saúde dos idosos”, dizia-se: “... há inevitavelmente entidades patológicas que são mais frequentes nos idosos, no entanto, e entre elas, destacam-se as demências, até pelas suas consequências e dependências”.

A sua prevalência embora baixa (5%) vai aumentando com a idade (20% acima dos 80 anos), salientando-se duas formas:

- a degenerativa ou doença de Alzheimer (de evolução mais dramática);
- a de multi-enfartes ou arteriopática.

Esta última durante muitos anos foi relacionada com arteriosclerose, quando de facto, a única ligação estabelecida é com história de hipertensão arterial.

Para Hoeman (2000), viver mais tempo aumenta as probabilidades em 80% de contrair uma ou mais doenças crónicas, bem como limitações físicas e incapacitantes. Acrescenta que em muitos casos é difícil de distinguir se se trata de alterações decorrentes do processo de envelhecimento ou se são manifestações patológicas.

3.3 – ENVELHECER COM DOENÇA CRÓNICA

A velhice parece instalar-se sem que se dê por isso, conseqüentemente compreender-se a problemática do idoso na sociedade e nos serviços de saúde, é urgente e fundamental.

O estilo de vida, a actividade e ambiente, factores internos como a carga genética e o estado de saúde, condicionam as alterações decorrentes do envelhecimento e o seu ritmo que se verifica ser diferente em cada pessoa, modificando também os comportamentos individuais.

A qualidade de vida das pessoas idosas, depende sobretudo de três factores, que são: a segurança socio-económica, o bem – estar psicossocial e o estado de saúde subjectivo.

A denominada terceira idade deveria constituir uma sociedade sã, um grupo com suficiente, ou mesmo óptimo poder económico, que lhe permitisse entre outras coisas e sobretudo, gozar o usufruto da saúde, mas também poder adoecer com dignidade que lhe é devida.

Se foi possível aumentar a longevidade da população, a tarefa de fomentar actividades para esta faixa etária ainda não foi conseguida. Uma das conseqüências desta evolução demográfica, é a crescente importância do grupo constituído pelas **doenças crónicas**, oncológicas e degenerativas. A doença assume sempre no idoso, aspectos complexos e de grandes dimensões, seja qual for o sistema ou aparelho em que ocorre. Devemos salientar que há doenças no idoso, não há doenças do idoso.

A saúde dos idosos é hoje, nas sociedades civilizadas, um espelho dessa mesma sociedade. A doença reveste realmente, no idoso, aspectos, particulares de

multipatologia, de severidade, de cronicidade e de dificuldade de tratamento. Decorre da diminuição orgânica e funcional que acompanha o envelhecimento, a qual torna o idoso particularmente vulnerável ao stress, à inércia e ao desequilíbrio (ERMIDA, 1995).

Tendo em conta este actual ritmo de envelhecimento populacional, a necessidade de cuidados ao idoso continuará a aumentar e se o ritmo actual se mantiver, a taxa de internamento deste grupo etário atingirá numeros assustadores.

Ermida (2001) diz que esta situação é de algum modo paradoxal, uma vez que se considera hoje que 80% dos cuidados de saúde de que o idoso necessita são do âmbito dos Cuidados Primários, devendo ser prestados em contexto domiciliário e de ambulatório. Apenas 20% carecem de internamento hospitalar, tratando-se habitualmente de situações agudas ou reagudizações de processos crónicos.

A incidência e a prevalência das doenças crónicas tem aumentado significativamente desde o início do século XX (Ribeiro, 1997). Se no passado as doenças crónicas eram ignoradas, actualmente cada vez mais se debruça sobre elas devido ao impacto que têm nos idosos, família e sociedade.

A expressão de doença crónica abrange uma grande variedade de sintomas e têm como características no dizer de Blanhard (cit. In Ribeiro, 1997) “... serem doenças que têm que ser geridas em vez de curadas (...) não se definem pela sua aparente ou real gravidade, mas sim por serem doenças, ou sem cura, ou de duração muito prolongada...”. Nos Estados Unidos da América, a comissão de doença crónica (cit. In Leavell e Clark, 1976) definiu a doença crónica como a que compreende: “... todos os prejuízos ou desvios do normal que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, requerem treinamento especial do paciente para a

reabilitação e pode-se esperar que requeiram um longo período de supervisão, observação ou cuidado...”

No mesmo contexto, para Sorensen e Luckmann (1993), uma condição crónica é causada por uma doença que produz sinais e sintomas durante um período variável de tempo, tem uma evolução prolongada e resolve-se apenas parcialmente. Os mesmos autores, consideram que a cronicidade de uma doença, afecta o idoso de várias formas possíveis: “...no auto-conceito, nos papeis e relações sociais, na sexualidade e independência...”. Assim conclui-se que uma doença para ser considerada crónica, apresenta uma ou mais das seguintes características:

- ▷ é permanente e deixa incapacidade residual;*
- ▷ é provocada por alteração patológica irreversível;*
- ▷ exige longo período de cuidados, observação e supervisão.*

A doença crónica passa por períodos de remissão durante os quais a doença é controlada e os sintomas não são óbvios, e por períodos de exacerbação em que a doença pode tornar-se novamente activa, com recorrência de sintomas pronunciados, podendo levar à hospitalização.

Para Berthaux e Aquino (1990), a doença crónica fragiliza um equilíbrio que pode já ser precário e constitui para o idoso uma verdadeira situação de crise, resultante: da confrontação com a própria morte e com a duração limitada da vida, da deslocação e de perturbações da rotina quotidiana. É fundamental que a pessoa seja capaz de gerir todas as ameaças e perdas de forma a encontrar o equilíbrio, representando a velhice uma dificuldade acrescida. Berger e Mailloux-Poirier (1995) referem que o ser humano é habitualmente capaz de se adaptar ao meio e preservar a vida. Na velhice, no entanto, esta adaptação faz-se com muito maior dificuldade, uma vez que a diminuição das

reservas funcionais conduz a uma menor capacidade de adaptação do idoso à sua condição crónica. Além disso, de acordo com os mesmos autores, a satisfação das necessidades é mais difícil em períodos de stress ou de crise. Mesmo a ausência de doenças graves, as pessoas de idade, permanecem sempre mais frágeis ao stress emocional e mental, por sofrerem toda a espécie de perdas; perde-se o emprego, os amigos, parentes, cônjuges, papéis sociais e saúde.

No plano físico são principalmente os problemas cardiovasculares e as afecções osteoarticulares que limitam a sua capacidade funcional. No plano psicológico, as doenças degenerativas, como Alzheimer, representam um dos factores de cronicidade.

A transição da saúde para a doença/cronicidade, é uma experiência complexa e individual. Por isso se percebe que idosos com a mesma doença recuperem de forma diferente. É uma experiência vivenciada individualmente em que estão incluídos aspectos sensoriais, emocionais e cognitivos que são estruturados pelas atitudes, valores e crenças pessoais de maneira que cada idoso tenha a sua própria experiência de doença crónica. Para Atkinson e Murray, (1989) a adaptação à situação de cronicidade tem sempre relação com a idade do doente, a sua patologia, o seu prognóstico, o grupo social em que está inserido, a família, a área geográfica em que se situa, o nível cultural que possui e o seu poder económico.

A adaptação à doença crónica supõe quase sempre três etapas, que se apresentam de forma resumida no Quadro nº3, e são mais visíveis se se tratar de doença oncológica.

Quadro nº 3 - Fases de Adaptação à Doença Crónica

1ª Etapa	- "...Após o estado de choque a primeira reacção é a negação: o idoso não quer acreditar que vai morrer e repele violentamente esta eventualidade..." (CRATE, cit. In BERGER e MAILLOUX-POIRIER, 1995). A negação constitui um mecanismo de defesa de negar o próprio estado. Nesta etapa a consulta do médico poderá ser adiada, mergulhando nas suas actividades para tentar afastar a ideia da doença.
2ª Etapa	- Constitui a passagem para o período da aceitação. O idoso reconhece e admite que está doente e tem necessidade de receber ajuda dos outros. Verifica-se então a consciência do que foi perdido. "... O idoso pode nesta ocasião isolar-se, chorar, culpabilizar-se, lamentar-se ao reconhecer que está doente e que tem necessidade de ajuda dos outros..." (GONÇALVES, 1997).
3ª Etapa	- Este é o período em que se começa a desenhar uma nova vida, uma nova forma de equilíbrio, de adaptação. É a etapa de aceitação progressiva e lógica. "...Recuperar-se implica abandonar a posição de dependente e regressão e reassumir responsabilidades e relacionamentos normais com outras pessoas..." (ATKINSON e MURRAY, 1989).

Fonte: ATKINSON e MURRAY (1989); BERGER e MAILLOUX-POIRIER (1995); GONÇALVES (1997).

A progressão nestas etapas nem sempre é sequencial podendo voltar atrás ou atravessar vários estadios ao mesmo tempo. A adaptação à doença crónica, particularmente no idoso é um processo moroso e contínuo. Não é possível parar nem inverter o processo

de envelhecimento, é possível sim, inverter certos aspectos e minorar as consequências das doenças crônicas que lhes estão associadas.

3.4 - CICLO DE VIDA DA DOENÇA CRÓNICA

No campo da doença, particularmente da doença crónica, o foco de preocupação é o sistema criado pela interacção de uma doença com um indivíduo, uma família ou algum outro sistema biopsicossocial (Engel, 1980, citado por Mc Goldrick, 1985)

Para entender a evolução da doença crónica é necessário perceber os momentos diferentes do ciclo de vida da doença: **início, curso, consequências e graus de incapacidade.**

O início – As doenças crônicas podem ser divididas entre aquelas que têm um início agudo (enfartes, AVCs) e as que apresentam um início gradual (neoplasias, Doença de Parkinson, Doença de Alzheimer).

As doenças com início gradual apresentam uma forma de stress para o indivíduo , para a família e para a sociedade, diferente daquele que ocorre numa crise súbita. Embora a necessidade de reajustamento na redistribuição de papeis e solução de problemas possa ser a mesma para os dois tipos de doença, no caso das que tem um início agudo essas mudanças ficam comprimidas num espaço de tempo muito curto, o que exige de todos uma rápida capacidade de administrar a crise.

As famílias que são capazes de tolerar intensos estados afectivos, que fazem um intercâmbio de papeis claramente definidos com alguma flexibilidade, que resolvem

problemas e que utilizam de forma eficaz os recursos externos terão menos dificuldades em enfrentar a situação de doença com início agudo.

O índice de mudança familiar necessário para lidar com doenças de aparecimento gradual, permite um período de ajustamento mais prolongado. (MC GOLDRICK, 1985).

O Curso – O curso das doenças crônicas assume essencialmente três formas gerais: progressiva, constante ou episódica. Uma doença progressiva (por exemplo, as neoplasias e a doença de Alzheimer) é, por definição, uma doença continuamente sintomática e progride com severidade. O indivíduo e a família defrontam-se com os efeitos de um membro da família “perpétuamente” sintomático, cujo grau de incapacidade aumenta gradualmente. Os períodos de alívio em relação às crises da doença tendem a ser mínimos. Nestes casos está implícita um continua adaptação e mudança de papéis. A tensão crescente nos cuidadores é provocada quer pelos riscos de exaustão, quer pelo contínuo acréscimo de novas tarefas ao longo do decurso da doença.

Fica em jogo a flexibilidade familiar, em termos de reorganização interna de papéis e da disposição para utilizar os recursos externos (Mc Goldrick, 1985).

Uma doença de curso constante é aquela em que ocorre um episódio inicial, após o qual o curso biológico se estabiliza, (por exemplo, enfarte do miocárdio de episódio único, trauma resultante de uma amputação). Normalmente, depois do período inicial de recuperação, a fase crônica é caracterizada por algum déficit ou limitação funcional. Podem ser observadas recorrências, no entanto, o indivíduo ou a família estão, de alguma forma, preparados para estas mudanças predizíveis durante considerável período de tempo. Existe o risco potencial de exaustão familiar, mas sem o stress de novas distribuições de papéis ao longo do tempo.

As doenças de curso caracterizado por vários episódios ou recorrentes (por exemplo, úlceras pépticas, e asma) tem a característica de alternar períodos estáveis, de duração variada, caracterizados por um baixo nível ou ausência de sintomas, com períodos de exacerbação. Muitas vezes a família mantém uma rotina “normal”, no entanto o espectro da crise continua a pairar. As doenças recorrentes exigem uma capacidade de adaptação familiar ligeiramente diferente em comparação com as doenças progressivas ou de curso constante. Estas requerem menos cuidados contínuos ou alterações na dinâmica familiar, mas a natureza episódica de uma doença requer uma flexibilidade que permita o movimento da estrutura familiar nos momentos de crise promovidos pela exacerbação da doença.

Consequências – O facto de que uma doença crónica poder provocar a morte e aumentar progressivamente o grau de incapacidade, são aspectos com profundo impacto psicossocial. Tanto para o indivíduo doente como para a família, existe uma tendência para estados de ansiedade e tristeza. Os familiares tem sentimentos que variam entre o desejo de aumentar a proximidade e o impulso para o afastamento emocional do membro doente. A expectativa de futura perda pode dificultar muito a perspectiva familiar equilibrada. Igualmente a tendência de ver o familiar doente “destinado à morte” pode accionar respostas desadaptadas que privam a família de responsabilidades importantes.

Grau de incapacidade definitiva – A incapacidade pode resultar de prejuízos cognitivos (nomeadamente na doença de Alzheimer) ou de aspectos físicos. Estes graus de incapacidade diminuem o desempenho ou a capacidade de realizar esforços motores, sensoriais ou cognitivos.

Os diferentes tipos de incapacidade implicam diferentes formas de reajuste na estrutura familiar. O efeito do grau de incapacidade de um membro da família depende

da interação do tipo de incapacidade do doente, da estrutura e flexibilidade na dinâmica familiar e dos recursos da família.

A complexidade, frequência e eficácia de um regime de tratamento, a quantidade/qualidade de cuidados exigidos pela doença e a frequência e intensidade dos sintomas variam amplamente de acordo com as doenças e têm importantes implicações para a adaptação do indivíduo e da família. (MC Goldrick, 1985).

3.5 – ADAPTAÇÃO FAMILIAR FACE À DOENÇA CRÓNICA

Em 1991, Vaz Serra, observou e analisou o acompanhamento de cem famílias com um membro com doença crónica, e propôs uma descrição sistemática das alterações evidenciadas na adaptação familiar à doença crónica em três etapas, englobando as seguintes fases:

➤ *1ª Etapa – Enfrentar a realidade* - Esta fase decorre no período em que o indivíduo sabe o diagnóstico. A família desenvolve respostas divididas em cinco fases:

Impacto – Nesta fase sobressai o choque, a desorganização funcional da família, sendo a maior dificuldade ultrapassar o desespero.

Desorganização familiar – Muitas vezes os membros da família são incapazes de manter os papéis habituais, por vezes pode falhar o papel de liderança, e torna-se necessário recorrer a uma redistribuição de papéis. A diminuição de estabilidade e da autonomia familiar, torna-a menos capaz de procurar outros sistemas sociais de apoio.

Procura de uma explicação – Esta procura reflecte-se na tentativa de compreender racionalmente o processo da doença, através da procura de informação científica, ou, investigando antecedentes que possam ter contribuído para o

aparecimento da doença. Este é um comportamento muito stressante particularmente para o doente, pois pode pensar que é o próprio indivíduo o responsável pelo aparecimento da doença.

Pressão Social – Pode ocorrer quando a família ainda não ultrapassou a fase do desespero. A família exposta a questões suscitadas pelo meio social, muitas vezes não tem ainda respostas, ou daquelas que pensa serem as respostas definitivas. Estas famílias são muitas vezes pressionadas para procurar outras opiniões médicas ou terapêuticas.

Perturbações Emocionais – O aparecimento de uma doença crónica num membro da família, produz alterações em todos os membros da família, as reacções emocionais ocorrem facilmente, e a não manifestação desta explosões emocionais facilita o descontrolo e o afastamento dos membros da família. É nesta altura que o sentimento de perda se inicia. É também comum as famílias pedirem a previsão de uma data para o desenlace final, acreditando que se tiverem um limite, tem menos dificuldades na adaptação, e sobretudo permite adiar a problemática da morte. Este comportamento impede a partilha e a convivência franca entre o doente e a família.

➤ *2ª Etapa – Reorganização durante o período que precede á morte* – Durante esta etapa o doente suspende as funções familiares habituais e corre o risco de necessitar de cuidados diferenciados, em casa, ou em instituição. A família passa então pela fase de redistribuição de papeis, e pela reorganização das memórias. Nesta fase a família pode passar horas a relembrar a história pessoal do doente e a rever circunstâncias da vida pessoal e familiar do doente.

➤ *3ª Etapa – Perda* – Esta coincide com a iminência da morte e com a própria morte. Se houver alteração do estado de consciência dá-se a fase da separação. Nesta fase a família experimenta sentimentos de dôr e solidão. Segue-se o luto. Alguns membros da família podem ter chegado aos limites da sua própria capacidade e confessam o alívio que sentem perante a morte do familiar, declarando que o irão recordar toda a vida.

3.6 – STRESS FAMILIAR

A família é ao longo do seu ciclo vital, sujeita a uma série de exigências inerentes a situações de mudança. Estas exigências podem ter um carácter interno, quando se reportam a necessidades de desenvolvimento dos seus membros; ou de carácter externo quando se tratam de exigências das instituições sociais.

Esta necessidade de mudança exige uma transformação constante nas regras e funcionamento do sistema. Da mesma forma estas transformações são necessárias para que os membros da família prossigam o seu desenvolvimento global e para que a própria família mantenha a sua continuidade.

As diferentes formas de stress nas famílias são várias, Minuchim (1990) descreve algumas fontes de stress na família:

- *Situação de stress exterior vivido por um dos membros da família (emprego, escola, ...);*
- *Factores de stress exteriores que influenciam directamente toda a família (mudança de residência, depressão económica, ...);*
- *Stressores inerentes ao desenvolvimento normal da família (mudança de estadio no ciclo de vida familiar);*

- *stressores situacionais (separações, doença aguda, doença crônica, ...)*

4– ESPECIFICIDADE DA SITUAÇÃO DA DOENÇA ONCOLÓGICA

Ferreira (1990) diz que “... nos últimos decénios, têm-se assistido a um permanente acréscimo da esperança de vida, o que leva a um aumento progressivo de indivíduos idosos...”, o que vem confirmar os dados de que se dispõe, acerca da população idosa, que constitui cada vez mais, o grupo etário com maior representatividade na sociedade portuguesa, à semelhança da sociedade da Europa.

Embora se envelheça cada vez mais tarde, e que grande número de idosos mantenha durante muitos anos, um razoável estado de saúde e vitalidade, os indivíduos deste grupo etário são, pela sua situação física, psíquica e social, muito mais vulneráveis à doença e à própria morte.

No início deste século, a grande causa de morte dos idosos consistia essencialmente em doenças de carácter agudo e de etiologia infecciosa, como a pneumonia, as complicações gripais e a tuberculose, só depois vinham as doenças cardíacas, cerebrovasculares e tumores malignos.

5- IMPACTO DA DOENÇA ONCOLÓGICA NO INDIVÍDUO E FAMÍLIA

Nesta situação de doença e segundo Phipps, Long, Woods, Cassemyer (1990), para alguns familiares o diagnóstico faz-se acompanhar de um sentimento de medo, especialmente no diagnóstico de cancro, sendo que Macintosh (1974, citado em Marques et al, 1991, p.34) considerava um diagnóstico de cancro como equivalente a uma sentença de morte, dado que aquele era visto como uma doença localizada, com rápida progressão para a morte.

Actualmente, o cancro é encarado como um processo de longo prazo, que deve ser controlado como qualquer outra doença crónica, sendo dada grande ênfase à sua prevenção e diagnóstico precoce.

Graças aos avanços de meios de diagnóstico, terapêuticos e medidas de suporte, é hoje possível a cura em alguns casos (dependendo do tipo de cancro e estadio em que se encontra), ou pelo menos o aumento da sobrevivência das pessoas com esta situação de doença.

No entanto, o cancro continua a ter uma evolução e prognóstico imprevisíveis, donde a associação entre cancro e morte continua a prevalecer, não só nos indivíduos, como também nas famílias e na comunidade. Apesar das campanhas de informação e esclarecimento acerca do cancro, apesar dos conhecimentos técnicos, a conotação de cancro permanece mais ou menos inalterável.

O diagnóstico de cancro, assim como o tratamento que ele implica e as imagens a ele associadas, remetem a pessoa para uma perspectiva de sofrimento, incertezas e em

última análise, para os limites da própria vida. Nesta situação, viver com a incerteza dos resultados do tratamento pode provocar stress permanente, (Phipps, Long, Woods, Cassemyer, 1990).

O confronto com uma doença deste tipo, constitui assim, para o indivíduo e para a família, um acontecimento de vida indutor de elevados níveis de stress, que vai implicar a gestão de um turbilhão de emoções e mobilizar os recursos e capacidades do indivíduo para lhe fazer frente.

Com toda esta envolvimento, estão reunidas as condições para que o diagnóstico de cancro seja vivido como uma situação de crise, definida por Caplan (1995) como um desequilíbrio entre a dificuldade e a importância do problema e os recursos disponíveis para o resolver.

Perante esta crise as pessoas podem ter múltiplas reacções; no entanto tendem a reagir de modo semelhante ao que fizeram face a outras crises da sua vida, dado que como refere Horowitz (citado in Marques et al, 1991, p. 36), a doença como qualquer acontecimento de vida é encarada e assimilada em relação com a história passada, e actual bagagem cognitiva e emocional da pessoa que a vivência.

Ainda para Marques et al, (1991, p. 35), considera que no modo de reagir face ao diagnóstico de cancro vão ser importantes aspectos relacionados com a doença (tipo de cancro, estadios, sintomas, tipo de tratamento, opções de reabilitação), com o indivíduo (idade, experiência e modos de reagir prévios, crenças e valores, nomeadamente religiosos), e ainda com o contexto sociocultural, produzindo-se assim diferentes estilos de “coping”. Este foi definido por Monat e Lazarus (1985, citados in Marques et al, 1991, p. 37) como esforços para lidar com situações de ameaça, dano ou desafios, quando não está disponível uma rotina ou resposta automática.

Para além dos aspectos mencionados, é ainda salientado por Lipowiks (1970, citado por Marques et al., 1991, p. 36) a importância da doença para a pessoa, na determinação do modo individual de agir, podendo assim a mesma ser vivida como um desafio, uma força positiva ou negativa.

Assim, as reacções perante a doença oncológica podem ir desde uma luta activa, uma aceitação passiva ou uma negação do diagnóstico, podendo em qualquer um destes posicionamentos face á doença ocorrerem sentimentos subjectivos de desconforto, tais como: ansiedade, medo, angustia, depressão, raiva ou desespero. No entanto, algumas destes sentimentos, quando moderados e controláveis pelo próprio indivíduo, são necessários à mobilização das suas capacidades adaptativas, o que se torna indispensável para a resolução dos problemas e para ultrapassar a crise.

Entre o reconhecimento da perda de saúde e a sua eventual aceitação, há um intervalo doloroso marcado por fases. O paradigma de Kubler – Ross tornou-se útil para a compreensão das diferentes fases que pode vivenciar a pessoa a quem foi diagnosticado cancro.

A autora do livro *A Morte e o Morrer* definiu cinco fases habituais:

1ª Fase da negação (não, não posso ser eu...);

2ª Fase da revolta ou cólera (porquê eu?...);

3ª Fase da negociação (sim, sou eu mas...);

4ª Fase da depressão;

5ª Fase da aceitação.

Parece haver, uma repetição cíclica dessas fases ao longo da progressão da doença, uma vez que a pessoa é obrigada a fazer “lutos” sucessivos, pela realidade que lhe é imposta. De facto, desde o momento do diagnóstico (se não antes), a pessoa é confrontada com várias perdas, como sejam, a perda da imagem de um corpo saudável,

a ameaça da perda de uma parte do corpo ou de uma determinada função, e o mais importante, ameaça da perda da própria vida.

A passagem por cada uma destas fases é de extrema importância, porque permite ao indivíduo adaptar-se às condições impostas pela própria doença e readquirir um novo equilíbrio.

Há autores, que defendem que a “negação”, após o choque inicial produzido pelo diagnóstico, é a primeira reacção valiosa à situação, proporcionando ao indivíduo tempo para conjugar esforços, antes de enfrentar o problema, (Phipps, Long, Woods, Cassemeyer, 1991), devendo ser entendida como um mecanismo de defesa cuja função é levar a pessoa doente a adaptar-se ao seu estado.

O êxito ou o fracasso da adaptação da pessoa à situação de doença oncológica, depende do tipo de estratégias a que recorre ao longo das várias fases, podendo considerar-se entre elas: a busca de informação na equipa de saúde e ou pessoas que se encontram na mesma situação de forma a ultrapassar a incerteza sentida, a agressividade dirigida àqueles que o rodeiam; a procura de apoio e conforto dos amigos e/ou pessoal de enfermagem; o evitar do confronto (negação, recusa em sentir-se implicado nos problemas, o confronto activo caracterizado pela procura de soluções alternativas. (Marques et al. 1991 p. 106).

Neste contexto, assume especial importância o suporte social e particularmente o suporte familiar, dado que, parece haver uma correlação positiva entre a qualidade das relações interpessoais do doente e a sua capacidade para lidar com a doença, (Weisman, Jamison e Wellish, citado in Marques et al. 1991 p. 43).

O envolvimento da família em todo este processo é fundamental, no entanto, a sua colaboração é muitas vezes difícil de ser considerada, uma vez que a tomada de conhecimento do diagnóstico, pode fazer-se acompanhar de sentimentos de medo, de

desespero, revolta e incompetência para resolver a situação, o que produz uma desorganização no seio da família que poderá conduzir a uma situação de crise.

Cassilth e Hamilton (1979, citados in Cahoon, 1982 p. 17), referem que o cancro se impõe à família de três maneiras diferentes: distorce ou destroi os padrões de interacção dentro da unidade familiar, afecta as orientações da família em relação ao futuro; altera o conjunto de grupos de referência exteriores com os quais a família interactua.

Apesar das tensões que a doença oncológica, de um dos seus membros provoca no seio da família, as consequências ou impacto daquela na unidade familiar, dependem em grande medida dos recursos disponíveis e da capacidade de encarar o problema.

Assim, as experiências passadas, o comprometimento com a unidade familiar, a coesão e flexibilidade dos seus membros, bem como, a capacidade de utilizar os recursos exteriores, são alguns dos meios de que dispõem as famílias para fazer face à situação de crise, que representa o diagnóstico de cancro num dos seus membros.

Deste modo após a desorganização inicial, a unidade familiar tende a alterar-se para enfrentar as novas circunstâncias e readquirir um novo equilíbrio, sendo que nesta situação de doença específica, em geral se dá um processo de reestruturação lenta e difícil, conforme refere Parkes (citado in Cahoon, 1982 p. 18).

Ao longo das várias etapas da doença oncológica a família vai utilizar várias estratégias para se adaptar à doença do seu elemento, que por sua vez vão influenciando a forma como aquele se adapta à sua situação.

Tal como nos refere Berger (1995), os problemas crónicos e suas consequências obrigam tarde ou cedo a modificar o ritmo de vida a aceitar a baixa da capacidade funcional, sobretudo após os 80 anos, de acordo com Araújo (1987), especialmente após os 65 anos, a frequência dos tumores malignos é importante. Por tal

facto, a situação de doença oncológica assume alguma especificidade relativamente às pessoas idosas, verificando-se uma maior incidência actualmente nesta faixa etária.

6 - DOENÇAS CRÓNICO-DEGENERATIVAS NO IDOSO

A população mundial está a envelhecer, principalmente nos países em desenvolvimento. A terceira idade é a faixa etária que, proporcionalmente, mais cresce nos censos demográficos. Assim é normal que se verifique um aumento de doenças próprias da velhice, tais como as doenças cardíacas, as osteoartroses, a osteoporose e as doenças neurológicas degenerativas, sendo estas a que o nosso estudo pretende investigar.

Como já referimos, o envelhecimento é um fenómeno natural e progressivo que é esperado com alguma apreensão pelo homem. Enquanto nas sociedades antigas era encarado como sinal de experiência, de sabedoria e de respeito, com a evolução das civilizações transformou-se, por vezes, num estigma, sinónimo de solidão, e de incapacidade física e mental. Todavia, envelhecer não tem de ser forçosamente uma situação a aceitar passivamente, devendo, antes pelo contrário, ser encarado como uma etapa da vida que deve ser enfrentada de um modo activo e construtivo.

O numero de pessoas idosas tem aumentado no decorrer deste século com modificações específicas na configuração da pirâmide de idades. Efectivamente, constatamos que em 1800 a esperança média de vida era de cerca de 30 anos, em 1913 de 50 anos, e em 1990 atingia os 75 anos (conforme estudo publicado na Revista Geriatria Nº 81, de Janeiro de 1996). Em Portugal, estes valores têm evoluído numa proporção semelhante ao resto da Europa.

Verifica-se actualmente que os distúrbios mentais associados ao envelhecimento estão a aumentar, nomeadamente a demência, numa situação clínica em que existe comprometimento global das funções intelectuais, sem comprometimento da consciência e em que há perda de desempenho cognitivo e intelectual suficientemente grave para interferir no desempenho social e ocupacional.

6.1 – DEMÊNCIA

Demência caracteriza-se por pelo menos dois deficits cognitivos, incluindo o de memória, associados a comprometimento do funcionamento quotidiano do indivíduo. A inclusão obrigatória do deficit de memória não é unânime entre os estudiosos do tema (Mattos, 2000). Em idosos, os tipos mais comuns são a Doença Cerebrovascular (“Demência vascular”) e a Demência do Tipo Alzheimer, (desenvolvida num capítulo próprio).

Além do deficit de memória, uma demência apresenta outras perturbações cognitivas como: afasia (deteriorização das funções da linguagem), apraxia (prejuízo na capacidade de executar actividades motoras, apesar das capacidades motoras, função sensorial e compreensão estarem intactas para a tarefa exigida), agnosia, (fracasso em reconhecer ou identificar objectos, apesar de uma função sensorial mantida) ou ainda uma perturbação do funcionamento executivo (que envolve a capacidade de pensar abstractamente e planear, iniciar, e cessar um comportamento complexo).

Os deficits cognitivos devem comprometer o funcionamento ocupacional ou social e representar um declínio em relação a um nível anteriormente superior de funcionamento (APA, 1995). O quadro é geralmente de natureza crónica e progressiva.

O esquecimento é o sintoma que tende a ocorrer mais precocemente, mas pode ser difícil de detectar nos estágios iniciais da doença. A memória para eventos mais recentes apresenta-se, principalmente no início, mais obviamente comprometida que a memória para eventos remotos (Bottino & Almeida, 1995).

Os indivíduos com demência podem desenvolver desorientação espacial e ter dificuldade com tarefas espaciais. Os indivíduos podem apresentar pouca ou nenhuma consciência das suas perdas, podendo fazer avaliações irrealistas das suas capacidades e fazer planos que não se mostram condizentes com os seus deficits. Podem subestimar os riscos envolvidos em certas actividades (por exemplo conduzir). Outras dificuldades cognitivas incluem deficits de atenção e concentração. A demência pode ser acompanhada de perturbações motoras da marcha levando a quedas. Também podem ocorrer delírios e alucinações. Os indivíduos com demência podem estar especialmente vulneráveis a stressores físicos (por exemplo, doença ou cirurgia) e psicossociais (por exemplo hospitalização), que podem intensificar os seus deficits (APA, 1995; Bottino & Almeida, 1995).

6.1.1 – Doença Cerebrovascular – “Demência Vascular”

O termo doença cerebrovascular engloba um grande número de patologias distintas que têm em comum o facto de terem como origem o sistema vascular do indivíduo.

O quadro clínico da demência vascular inclui aspectos relacionados à doença cerebrovascular e ao declínio cognitivo. Tipicamente a doença apresenta um início mais

agudo do que a Doença de Alzheimer, com uma deteriorização em degraus, com agudizações abruptas seguidas de períodos de estabilidade (chamados de platôs). Quando o início é gradual, as mudanças emocionais, de personalidade e queixas somáticas podem anteceder as evidências definitivas de alteração cognitiva. Em geral, as características clínicas da Doença Cerebrovascular variam conforme a localização das lesões. Os enfartes lacunares cursam frequentemente com disartria, disfagia e labilidade emocional, marcha lenta e bradicinésia. A encefalopatia arteriosclerótica subcortical, caracteriza-se por uma evolução insidiosa do comprometimento cognitivo, associada a deficits neurológicos focais, com histórias de de Acidentes Vasculares cerebrais (AVCs) agudos. Por outro lado, os indivíduos com lesões vasculares no córtex cerebral apresentam principalmente afasia, apraxia e distúrbios visoespaciais.

Outras características clínicas que sugerem a Doença Cerebrovascular são a preservação da personalidade até estádios avançados da doença, manutenção de um grau considerável de julgamento e crítica, presença de labilidade emocional e comportamento explosivo, ansiedade e depressões graves (Bottino & Almeida, 1995; Weiner & Grey, 1996).

6.2 – DOENÇA DE PARKINSON

A doença de Parkinson foi descrita por um médico inglês, James Parkinson, em 1817. Publicou então uma observação a seis doentes que apresentavam uma doença de progressão lenta, caracterizada por alterações neurológicas como tremor, rigidez, bradicinésia, instabilidade postural e marcha instável (tendência para inclinar o tronco

para a frente e passar de um caminhar lento para uma marcha involuntariamente acelerada).

Podem ocorrer períodos de confusão, delírios, alucinações visuais e distúrbios da memória. As alterações observadas nos testes cognitivos, são de lentificação no processamento de informações, comprometimento da atenção e concentração, da memória. Isolamento social, desinteresse e apatia são outras características na Doença de Parkinson. Para Weiner e Gray (1996), na Doença de Parkinson, ocorre frequentemente um quadro de demência, com uma estimativa variando entre 18 e 60%.

6.3 - DOENÇA DE ALZHEIMER

Actualmente podemos verificar que os distúrbios mentais associados ao envelhecimento estão a aumentar, nomeadamente a demência, numa situação clínica em que existe comprometimento global das funções intelectuais, sem comprometimento da consciência e em que há perda do desempenho cognitivo e intelectual suficientemente grave para interferir no desempenho social e ocupacional.

Foi Alois Alzheimer, que no início deste século, descreveu um caso de uma doente de 51 anos de idade que apresentava distúrbios da memória, desorientação, parafasias, reduzido nível de compreensão da linguagem e dificuldades práticas. Posteriormente, e após estudos mais aprofundados, fica definida a entidade clínica específica que é a demência de Alzheimer, considerada actualmente como um dos maiores problemas neuropsiquiátricos da 3ª idade.

Embora não se conheça a real dimensão no nosso país, a generalidade dos estudos indica que a prevalência deverá ser muito aproximada da existente noutros países. Caracteriza-se por ser duas ou três vezes mais frequente em mulheres, com uma prevalência de 1,7% em homens e de 4,1% em mulheres entre os 65 e 70 anos, valores que se convertem depois dos 75 anos para 4,4% e 9,3% respectivamente (conforme estudo publicado na Revista Geriatria N°81 de Janeiro de 1996).

Usualmente a morte ocorre entre 6 a 12 anos após o início da doença, embora haja casos de evolução muito rápida. Estima-se que entre 3 a 4 milhões de americanos apresentem a doença de Alzheimer, sendo esta a quarta causa de morte nos Estados Unidos.

Não havendo ainda cura para a doença de Alzheimer e atendendo às suas características, os cuidados a prestar a estes indivíduos tem a principal função evitar o continuo prejuizo das funções intelectuais que conduzem à desorganização pessoal, familiar e social.

6.3.1- A Doença de Alzheimer – Quadro de Demência

Demência, em termos de definição, trata-se de um síndrome clínico, no qual ocorre um decréscimo adquirido das funções cognitivas, manifestando-se por défices de memória e outras funções corticais superiores como a linguagem, o julgamento, entre outras. Ocorre uma combinação de mudanças neuropatológicas e perda da capacidade

do indivíduo se adaptar à sua nova condição. Uma das normas usuais de diagnóstico de demência é dada pelo Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders, 3ª ed., revised, (DSM – III – R), conforme pode ser visto na tabela 1.

Tabela 1 – Critérios para o diagnóstico de Demência, segundo o DSM – III - R

A – Distúrbio da memória
B – Pelo menos um dos seguintes 1. Distúrbios do pensamento abstracto 2. Distúrbio do juízo crítico 3. Outros distúrbios das funções corticais superiores 4. Alteração da personalidade
C – Os distúrbios A e B interferem no trabalho, nas actividades sociais habituais ou nas relações com outras pessoas.
D – não ocorrendo exclusivamente durante um estado confusional
E – Ou 1. ou 2. 1. Evidências de uma etiologia específica à história, exame físico ou exames laboratoriais 2. Na ausência dessas evidências, outros diagnósticos razoavelmente excluídos
Demência degenerativa primária A . Diagnóstico de demência B . Início insidioso com evolução deteriorante geralmente progressiva C . Exclusão de todas outras causas específicas pela história, exame físico ou exames laboratoriais

Demência por múltiplos enfartes

- A . Diagnóstico de demência
- B . Evolução deteriorante por etapas com distribuição espaçada no início da evolução
- C . Sinais e sintomas neurológicos focais
- D . Evidência da doença vascular cerebral significativa á história, exame físico, ou exames laboratoriais.

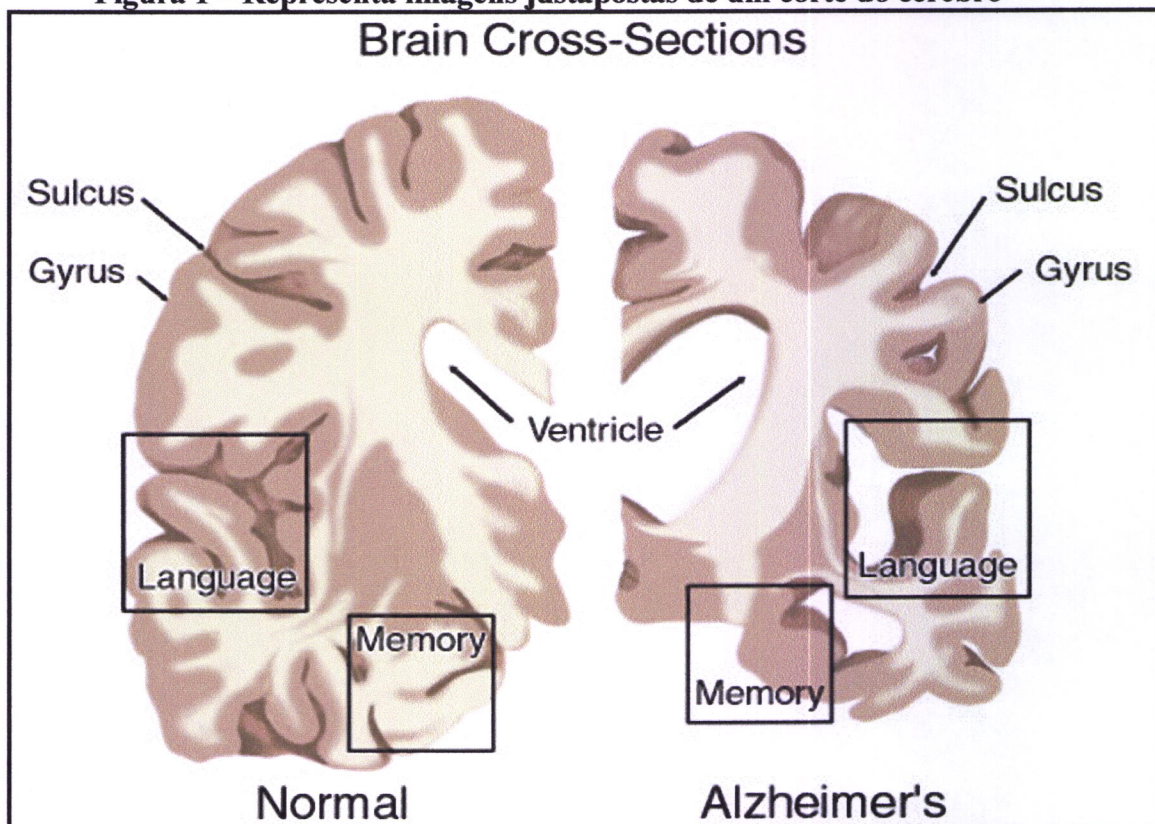
Adaptado do Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais, 3ª ed., revista. Editora Manolo, 1987.

A doença de Alzheimer é uma das demências degenerativas primárias e, talvez, a mais importante de todas as doenças degenerativas, devido à sua frequente ocorrência e natureza devastadora. Constitui a causa mais comum das demências nas pessoas idosas, com tudo aquilo que implica em termos de sofrimento para o doente e para a sua família, e a perda económica em forma de custos gastos na prolongada assistência a doentes totalmente incapacitados pela doença.

O termo doença de Alzheimer foi historicamente aplicado a uma demência progressiva que surge no final da idade média da vida, precedendo, o período de senilidade, após a descrição feita por Alois Alzheimer, no início do século XX, em que foi caracterizada clínica e patologicamente, a doença numa mulher que morreu aos 55 anos de idade. Tornou-se habitual caracterizar os casos desse tipo como demência pré-senil. Enquanto isso, tornou-se cada vez mais provável que muitas pessoas idosas, que morriam com deterioração mental progressiva, geralmente conhecida como demência senil, apresentavam lesões cerebrais idênticas àquelas encontradas em casos de

demência pré-senil. Actualmente, tais casos são designados por demência senil do tipo Alzheimer.

Figura 1 – Representa imagens justapostas de um corte do cérebro



Fonte: American Health Assistance Foudation

A figura representa um do cérebro em que o corte da esquerda representa o cérebro de uma pessoa normal e o da direita representa um cérebro de portador da Doença de Alzheimer. Na Doença de Alzheimer há um encolhimento total do tecido cerebral.

Os sulcos cerebrais são visivelmente mais alargados, há um encolhimento do gyri (plural do gyrus), as dobras tornam-se bastante acentuadas.

Além disso, os ventrículos, que contêm o líquido cefalorraquidiano, são visivelmente ampliados.

A doença de Alzheimer é extremamente rara em pessoas jovens, contudo, à medida que a idade avança, torna-se cada vez mais frequente, de forma a que a incidência pode atingir valores de 20% nas pessoas com mais de 80 anos de idade. O avanço da idade é inequivocamente um factor predisponente, porém não é correcto considerar-se a doença de Alzheimer como uma acompanhante inevitável da velhice. A grande maioria das pessoas mantém-se mentalmente saudáveis até á nona década de vida.

É um quadro clínico de difícil diagnóstico, e embora a etiologia ainda não tenha sido claramente esclarecida, parecendo multifactorial, nos últimos anos os estudos apontam para a existência de causas genéticas. Clinicamente o início é insidioso, difícil de precisar e que a sintomatologia é variada e inespecífica surgindo, por vezes sob a forma de quadros depressivos, estados confusionais e défices típicos do envelhecimento, como por exemplo as dificuldades da memória recorrente.

6.4-A FAMÍLIA E O DOENTE COM ALZHEIMER

Ecologicamente falando, podemos com certeza, considerar a família, como o habitat natural da pessoa humana. Nela somos mais naturais, mais conhecidos, pelos defeitos e qualidades, mais nós mesmos, sem máscaras sociais.

Nos extremos da vida humana, infância e terceira idade, encontramos algumas ou pelo menos maiores, limitações sociais, em que passamos a depender da sociedade que nos envolve e assiste.

O papel da família, importante em qualquer estadio da vida, torna-se particularmente relevante durante dois períodos polares, o período educativo

propriamente dito, isto é, a infância e a adolescência, e no outro polo, a terceira idade. Em ambas as situações, a consideração do indivíduo enquanto pessoa é a única forma de desenvolver e de manter o equilíbrio afectivo e físico do ser humano contribuindo para o seu desenvolvimento natural, valorizando as suas potencialidades de maneira global.

A população idosa é proveniente de uma época com marcados valores culturais, nos quais a família numerosa exercia um papel importante. Particularmente nas sociedades rurais a convivência com avós, primos e tios fazia parte do quotidiano. Esta numerosa família, dava de alguma maneira resposta às necessidades de apoio dos seus membros. O cuidado dos doentes da família era um dado adquirido, tido como ponto de honra, pela própria família. Esta valorização afectiva, efectiva e social da família, permaneceu e ainda permanece de forma nítida no consciente ou subconsciente da grande maioria dos idosos.

A velhice carrega consigo uma queda geral da capacidade de adaptação. A esta diminuição da capacidade adaptativa do idoso às variações sociais observa-se, paralelamente, um aumento da sua dependência do ambiente familiar, caracterizado, pelo próprio idoso como um local de estabilidade e protecção. Por isso, o idoso aceitará muito melhor qualquer acção terapêutica, seja ela medicamentosa ou não, que considere a sua ligação a este ambiente. Estes factos podem tornar-se potenciais problemas, uma vez que à família numerosa anteriormente existente, sucedeu hoje a mais comum, a família nuclear, em que convivem pais e filhos, sem lugar para a figura dos avós e colaterais. Nestas condições torna-se extremamente difícil a assistência ao idoso. Se juntar-mos a este quadro o facto de a doença do idoso ser progressivamente degenerativa, incapacitando-o de, mais tarde ou mais cedo, desenvolver as suas actividades de vida diária, podemos antever o impacto que tal situação irá produzir, quer

a nível da organização familiar, quer mesmo em relação ao indivíduo que estará mais perto, em termos de prestação directa de cuidados, ao idoso demente.

O tipo de demência da doença de Alzheimer, caracteriza-se como já foi dito, por um declínio insidioso e progressivo da memória e de outras funções nomeadamente a linguagem, os conceitos, o julgamento e outras habilidades. Por ser de progressão lenta, os doentes são tardiamente enviados para as instituições de saúde, uma vez que é extremamente difícil a distinção entre processos decorrentes de modificações biofisiológicas que surgem com o avançar da idade e os estados de morbidade mais comuns nos idosos. Os limites entre ambos são geralmente imprecisos numa fase inicial. As capacidades motoras e sensitivas primárias são preservadas até tarde, no decorrer da doença. O idoso demente perde a capacidade de interpretar o que vê, ouve e sente, processo que se entende por agnosia. A linguagem torna-se descoordenada – a afasia, o indivíduo tem dificuldade em dar o nome aos objectos – anomia, sendo mais comum a substituição por termos como: “isto”, “aquilo”, “coisa” etc.

Além destas manifestações, ocorrem com a evolução do quadro, mudanças de comportamento. Vivenciando um drama real, o idoso demente pode reagir com agressividade e até mesmo com violência perante uma interferência familiar.

Mudanças de personalidade são também comuns na doença de Alzheimer e podem mesmo ocorrer em fases precoces da doença. O idoso pode tornar-se apático, mais passivo, chegando mesmo a perder a espontaneidade e a maturidade. Com o prejuízo na capacidade crítica e de juízo, o idoso perde a “máscara social” reagindo aos estímulos externos quase de uma forma instintiva.

Com o avançar da doença, perdem-se nos locais habituais, inclusivé na sua própria casa. As perdas cognitivas aumentam e o indivíduo involui até ficar totalmente dependente de outros para a execução de actividades de vida diária mais básicas. Em

estádios mais avançados da doença, deixa de conseguir alimentar-se, engasga-se facilmente com alimentos ou saliva, perde a capacidade de sorrir e de sustentara cabeça, ficando acamado, seguindo-se depois a morte, geralmente provém de complicações como pneumonias, desidratação ou sépsis.

Esta descrição da doença de Alzheimer, da sua evolução severa, na maioria das vezes progressiva, e da sua elevada prevalência, teve a intenção de não só demonstrar os seus efeitos sobre o portador, mas também de fazer antever o impacto sobre a família ou sobre de quem dele cuidar.

A relação entre os membros da família tende a sofrer mudanças, emergindo nestas situações problemas não resolvidos anteriormente e o desgaste emocional torna-se insuportável.

O familiar passa a viver a vida do idoso demente. Mesmo com os esclarecimentos sobre o que é e como será o decorrer da doença, a angustia, assim como sentimentos de medo, raiva, a depressão, acompanharão os familiares a cada mudança da fase da doença.

Estudos mais recentes, como os publicados na obra **“Alzheimer's Disease in Primary Care”**, de Martin Dunitz (1997) , apontam apenas para três grandes fases da Doença de Alzheimer.

A **fase inicial** caracterizada pela perda de memória recente, incapacidade de aprender e reter informação nova, problemas de linguagem, labilidade de humor e, possivelmente, alterações da personalidade. Os doentes de Alzheimer podem apresentar dificuldade progressiva para desempenhar actividades de vida diária (que começa por exemplo por não controlar a gestão do dinheiro com cheques, ou fazer operações bancárias). Irritabilidade, hostilidade e agitação podem ocorrer como respostas à perda de controle e de memória. O estadio inicial pode não comprometer a vida social, no

entanto, as famílias podem relatar acontecimentos bizarros (por exemplo, o facto do doente se perder no caminho para casa ou esquecer quem foi o convidado de um jantar recente). Isto pode ser acompanhado pelo início de uma labilidade emocional.

A **fase intermédia** encontra o doente incapaz de aprender e de recordar informações novas. Perdem-se constantemente, muitas vezes no interior da sua própria casa. Embora continuem a deambular, estão em risco significativo de quedas ou acidentes secundários à confusão. A memória de evento remota é afectada, mas não totalmente perdida. O doente começa a necessitar de apoio em actividades de vida diária como a alimentação, a higiene e a eliminação. A desorganização comportamental ocorre na forma de agitação, hostilidade, falta de cooperação ou agressividade física. Neste momento o doente já perdeu a noção espaço / tempo, já que as suas referências ambientais e sociais estão afectadas. Neste estadio é, por vezes, necessário recorrer ao uso de agentes neurolépticos ou ansiolíticos, de forma a estabilizar o doente.

A **fase grave ou terminal** da doença de Alzheimer é caracterizada pela dependência total do doente em todas as suas actividades de vida. Nesta fase os doentes podem ser incapazes de deglutir e necessitar de alimentos por sonda nasogástrica. Estão em risco de pneumonia, desnutrição e necrose da pele por pressão. São totalmente dependentes da assistência da sua família ou de uma instituição de apoio a longo prazo. A memória recente e remota fica completamente perdida.

A evolução da doença é gradual, e rápida ou fulminante, existe um declínio constante, embora os sintomas de alguns doentes pareçam estabilizar durante algum

tempo. Não ocorrem sinais motores ou outros sinais neurológicos focais até muito tardiamente na doença, culmina com um estado de coma e morte.

A família destes doentes vai sentir ao longo do curso da doença uma série de dificuldades e por consequência a necessidade de alterar a sua estrutura e dinâmica, de forma a poder responder a essas dificuldades. Estas dificuldades prendem-se, principalmente, com as questões emocionais, económicas e no quotidiano.

6.4.1– QUESTÕES EMOCIONAIS

Muitos dos sentimentos relatados por familiares de doentes de Alzheimer, tais como o medo, a culpa, a vergonha, o remorso ou outros, representam sentimentos negativos dos cuidadores, mas existem outros que têm sensações agradáveis, relacionadas com a ligação anterior á doença. Estas emoções, ora positivas, ora negativas, levam a sentimentos de angústia e ansiedade.

A ansiedade pode ser um factor estimulante para a mobilização dos recursos do indivíduo ou um inibidor. Tudo irá depender do entendimento do processo de “coping” dos familiares ou outros cuidadores (através do conhecimento dos sintomas iniciais, confirmação das suspeitas, procura de informação e aceitação). Quanto maior for o numero de pessoas na família, maiores são as chances de reacções diversas diante da ansiedade causada pelo stress. Geralmente é aqui que ocorrem as desestruturas, existindo, por vezes, a necessidade de reorganização familiar.

Alguns tentarão colocar todo o peso da doença sob a sua responsabilidade, impedindo outros familiares de colaborar na assistência ao, idoso. Haverá sempre entre os membros da família quem criticará em excesso uma certa maneira de proceder; outros poderão não dar conta da situação e nem de como ajudar, ou então, pela simples

tristeza de ver a deterioração do seu familiar, fogem do contacto directo com o mesmo. Não se pode distanciar o facto de o estado emocional do idoso estar directamente relacionado com o dos familiares, interagindo-se. Portanto, a atenção com estes prestadores de cuidados deve ser alvo importante de todos os profissionais envolvidos no tratamento desta doença. De referir que nos estadios mais avançados deste processo, quando todo o quadro representa uma sobrecarga crescente para os cuidadores e as agressões, gritos e reivindicações do idoso são mais frequentes com repetidos efeitos deletérios e perda da relação íntima, algumas vezes, o familiar não consegue admitir que também existe um desejo inconsciente da morte.

É importante que o familiar/cuidador discuta as suas experiências com outras pessoas, nomeadamente com situações idênticas. Em Portugal, por exemplo, existe a “Associação Portuguesa de Familiares e Amigos do Doente com Alzheimer” que, para além de existir, permite um melhor conhecimento dos recursos comunitários, através da troca de informação. O cuidador integrado fica mais tranquilo, identifica-se com outros e providencia um cuidado mais orientado e profissionalizado dentro da comunidade e com o apoio desta.

6.4.2– QUESTÕES ECONÓMICAS

O agravamento das condições económicas é outro factor de desestabilização.

A incapacidade e a tremenda dependência que caracterizam os distúrbios cognitivos criam uma enorme carga financeira.

A demência não escolhe classe social ou económica para se instalar e os custos necessários para manter a qualidade de vida a estes doentes são enormes, (passando por exames complementares de diagnóstico, medicação, material de apoio, outros serviços, etc).

Alguns doentes ainda estão em idade produtiva quando lhe é diagnosticada a doença, tendo a necessidade de interromper o seu trabalho, perdendo substancialmente os seus ganhos. Muitas vezes, é o prestador directo dos cuidados quem necessita de interromper as suas actividades laborais, para atender aos cuidados diários do doente de Alzheimer.

O progressivo aumento de dependência física e cognitiva destes doentes faz com que, na maioria dos casos, a família sinta a necessidade de recorrer a outros serviços da comunidade (por exemplo, serviços de apoio domiciliário ou lares). Estes serviços vão contribuir para o desgaste económico da família.

Estas e outras situações levam algumas famílias a terem problemas de ordem financeira. De referir que os recursos comunitários e as redes de suporte social são escassos e pouco implantados ou divulgados.

6.4.3– QUESTÕES DO QUOTIDIANO

Como já foi referido anteriormente, a dinâmica familiar sofre uma intensa mudança, necessitando de uma organização no seu quotidiano, fazendo adaptações que nem sempre são as mais cómodas para todos os seus participantes, tornando-se mais um ponto de conflito. Todo este processo passa por coisas tão simples e tão complexas

como: quem é o responsável pela higiene diária, quem acompanha aos serviços de saúde, quem faz o turno do fim-de-semana, os passeios, os custos, etc.

Para além destes aspectos o quotidiano o quotidiano destas famílias deverá sofrer outro tipo de modificações mais específicas de forma a lidar com o idoso demente de forma mais eficaz. E por isso pode acontecer se estes familiares procurarem informação junto, por exemplo, das equipas de saúde ou da referida Associação, que lhes apresentarão sugestões práticas nomeadamente em relação ao vestuário, aos cuidados de higiene e à prevenção de acidentes. Qualquer modificação no ambiente normal do idoso, especialmente uma mudança no seu habitat familiar, é usualmente vivenciada como uma ameaça à sua segurança.

7 – IMPACTO SOBRE O CUIDADOR

Cuidar é o acto de assistir alguém. É uma actividade complexa, com dimensões éticas, psicológicas, sociais, demográficas e que também tem os seus aspectos técnicos e comunitário.

Com o envelhecimento da nossa sociedade, o número de indivíduos com doenças crónicas cresce rápida e assustadoramente. Apesar do risco de doenças ser significativo, algumas pessoas envelhecem e permanecem saudáveis, mas muitas têm uma fragilidade maior, requerendo assistência para a realização das actividades básicas da vida diária. Questões que envolvem a saúde física e mental dos idosos afectam também os membros da família e é justamente este um dos grandes desafios encontrados por profissionais de saúde que assistem a população idosa: compreender como a saúde física e mental dos cuidadores pode ser afectada pelas doenças incapacitantes. Aceitar o desafio é incluir o cuidador em todo o processo.

Como já foi dito, o envelhecimento da população ocorre paralelamente a mudanças complexas na sociedade, que abrangem a economia, a saúde, o mercado de trabalho e a família, onde, para atender às novas perspectivas as pessoas tem a necessidade de ocuparem mais o seu tempo em termos laborais, dispondo, dessa maneira, de menos tempo para assistir o idoso na sua própria casa.

O cuidador é, tradicionalmente, uma mulher. A esposa, presente e competente, é usualmente o cuidador primário. O acto de cuidar alguém, embora nobre, reveste-se de

um risco substancial de contrair problemas físicos e mentais. Some-se a isto os escassos recursos comunitários.

A depressão é seguramente a manifestação mais comum e mais estudada. Cohen e Eisdorfer (1988) relataram que 55% dos familiares que viviam com doentes portadores da Doença de Alzheimer, actuando como cuidadores primários, preencheram critérios de depressão clínica do DSM- III-R (Barreiros, 2000); George e Guryther (1986) descreveram maior índice de stress bem como grande consumo de medicamentos psicotrópicos entre os cuidadores dos doentes com a Doença de Alzheimer (Barreiros, 2000). Ainda segundo a mesma autora, (2000) e citando Mortimer (1994) as mudanças de personalidade dos doentes, mais do que os défices cognitivos ou funcionais, são os maiores determinantes da depressão do cuidador.

A motivação para cuidar de alguém, segundo Barreiros, (2000), citando Cohen e Eisdorfer, , está ligada a quatro razões: **Amor**, sentimento que não requer explicação científica; **Gratidão**, na qual se considera as experiências passadas e tudo o que foi oferecido anteriormente pelo indivíduo agora necessitado; **Moralidade**, seguindo basicamente as expectativas de uma sociedade, e, por fim, uma **vontade própria** de promover cuidados a alguém.

O cuidador sente todo o “peso” de um sistema social que o pressiona a adoptar os membros da sua família idosos e dependentes. Embora tenham motivações diversas para o fazer, esperam sempre um pequeno reconhecimento, seja de que tipo for. Em relações unidireccionais, o sentimento final é a frustração, impotência e angústia. Promover cuidados é uma tarefa dispendiosa em termos emocionais, sociais e financeiros, e com frequência os cuidadores recebem pouca, ou nenhuma ajuda externa.

É importante que estas famílias disponham de um suporte de informação. Informações técnicas são tão valiosas quanto o suporte emocional e, embora alguns cuidadores possam inicialmente ser resistentes, negando inclusivamente a existência de problemas ou ainda, de forma inconsciente, relutar em aceitar a ajuda externa, a informação é sempre necessária.

8– SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS SOCIAIS PARA IDOSOS

Perante o envelhecimento progressivo da população, bem como alterações (sociais familiares e demográficas) a sociedade civil e o estado tiveram que se organizar e criar condições para acolher o número crescente de idosos. As principais respostas para os idosos são de saúde (hospitais, hospitais de retaguarda ou geriátricos, apoio domiciliário integrado) e sociais (lares, centros de dia, serviços de apoio domiciliário, etc.).

As fronteiras entre as instituições com vocação social e as instituições médicas são cada vez mais ténues, devido á procura os idosos são cada vez mais idosos e sobretudo, são cada vez mais dependentes e frágeis. Assim surgem , em Portugal serviços vocacionados para o apoio a idosos.

Em caso de dependência dos idosos, estes podem recorrer:

1. À família, isto é a prestação de cuidados por parte do cônjuge, descendentes ou parentes colaterais, ou por parte de uma intervenção conjunta de vários membros da família;
2. Aos serviços ao domicílio, que são a prestação de serviços diversificados (alimentação, higiene, tratamento de roupa, outros) por parte de profissionais ou voluntários especializados em casa do idoso;
3. Às instituições, que são a prestação dos serviços de acolhimento e/ou tratamento em instituições especializadas. Este serviço pode ser prestado permanentemente (lares e residências) ou parcialmente (centros de dia, centros de convívio, universidades para a terceira idade).

Podemos ainda considerar uma quarta via, que é a prestação de cuidados informais por parte dos vizinhos e/ou voluntários, mas no universo dos cuidados aos idosos esta solução é ainda residual, embora para alguns idosos seja a única.

Oficialmente as respostas sociais reconhecidas pela Segurança Social, para os idosos em Portugal são ¹ :

- **Centro de Convívio (CC)** é a resposta social, desenvolvida em equipamento de apoio a actividades sócio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas pelos idosos de uma comunidade.

- **Centro de Dia (CD)** - é a resposta social, desenvolvida em equipamento que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar.

- **Lares para idosos (Lares)** - são estabelecimentos em que são desenvolvidas actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene, conforto, fomentando o convívio e a ocupação dos tempos livres dos utentes².

- **Residência** - é a resposta social desenvolvida em equipamento constituído por um conjunto de apartamento, com serviços de utilização comum, para idosos com autonomia total ou parcial.

Recentemente, despontaram novos projectos e serviços para idosos, com necessidades especiais:

¹ MINISTERIO DA SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL – *Guia do Idoso*, 3ª Ed. , Lisboa: Comissão Nacional para a política da Terceira Idade, 1995.

² Despacho normativo nº 12/98 de 5 de Março.

· **Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)** - é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência, velhice ou outro impedimento, não possam assegurar temporariamente ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou actividades da vida diária³.

· **Acolhimento Familiar de Idosos (AFI)** - é a resposta social que consiste na integração, temporária ou permanente, em famílias consideradas idóneas ou tecnicamente enquadradas, de pessoas idosas⁴.

· **Centro de Acolhimento Temporário de Emergência para Idosos** - é a resposta social desenvolvida em equipamento, de preferência a partir de uma estrutura já existente, que consiste no acolhimento temporário a idosos em situação de emergência social, perspectivando-se, mediante a especificidade de cada situação, o encaminhamento do idoso ou para a família ou para outra resposta social de carácter permanente.

· **Centro de Noite (CN)** - é a resposta social desenvolvida em equipamento, de preferência a partir de uma estrutura já existente, dirigida a idosos com autonomia que desenvolvem as suas actividades da vida diária no domicílio mas que durante a noite, por motivos de isolamento necessitam de algum suporte de acompanhamento.

· **Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII)** - propõe a criação de novas respostas que visam a melhoria da qualidade de vida e autonomia das pessoas idosas possibilitando a permanência no seu meio habitual.

· **Centro de Apoio a Dependentes (CAD)** - prestação de cuidados continuados em centros de apoio a dependentes, em estreita colaboração com a família, desde que o apoio não possa ser prestado no domicílio.

³ Despacho normativo nº62/99 de 12 de Dezembro

⁴ Decreto-Lei nº 391/91 de 10 de Outubro

A região de Portalegre, não dispondo de todos os recursos existentes a nível nacional, e não sendo o local privilegiado de implantação de projectos-piloto e de outros serviços especiais para idosos, apresenta uma razoável rede de serviços formais direccionados para o cuidado de idosos, destacando-se os serviços destinados a idosos dependentes .

O número de serviços sociais tem vindo a aumentar de forma continuada.

Em 1980, a região do Alto Alentejo contava com dezanove lares, sendo que treze eram pertencentes a Misericórdias ⁵. Em 1996 contava-se já com um total de 32 lares, e em Dezembro do mesmo ano, existiam 51 Centros de Dia.

Em relação ao Apoio Domiciliário, os dados disponibilizados apresentam algumas falhas. Desenvolveu-se na região, a partir de 1985, e em finais de 1996 existiam 40 instituições, fornecendo apoio domiciliário. Actualmente, todas as instituições (lares, centros de dia, centros de saúde), fornece apoio domiciliário aos utentes dependentes que queiram permanecer nas suas residências.

Segundo o NAIPSS, (Núcleo de Apoio às Instituições Particulares de Solidariedade Social) os Lares têm progressivamente sido solicitados com mais frequência, havendo uma sobrelotação dos mesmos, tendo em conta as características e quando o espaço físico do Lar o permite.

Ainda segundo a mesma fonte, as variações que se têm verificado na ocupação dos Centros de Dia explica-se pelo aumento da disponibilidade deste equipamento e pela passagem dos idosos para a valência de Apoio Domiciliário. O idoso prefere sempre que possível ficar em casa.

⁵ Dados obtidos no Centro Regional de Segurança Social do Alentejo – Serviço sub-regional de Portalegre – departamento de Acção Social – Núcleo de Apoio às Instituições Particulares de Solidariedade

9 - METODOLOGIA DO ESTUDO

O estado actual do conhecimento ainda não permite uma visão completa sobre o idoso com dependência.

A literatura científica existente, permite algum conhecimento sobre a rede de suporte social do idoso dependente, como por exemplo, certas dimensões da rede como tamanho, proximidade geográfica etc.

Conhecem-se alguns dados sobre o suporte social, os tipos de suporte, quem os fornece, sabe-se também a existência de alguns problemas financeiros, quer para os equipamentos, quer para os utentes.

Existem alguns dados que referem uma associação entre a falta de suporte social e o aumento da vulnerabilidade do idoso á doença, mais propriamente à doença crónica.

A saúde não é uma condição estática, é antes um processo dinâmico e integral da vida humana, e não se limita ao conceito de “ficar bem” após a doença. Valentim, (1996) diz que “ a saúde é a resultante de um equilíbrio delicado entre as partes biológicas psíquica e social do indivíduo”, a OMS aponta para as vertentes bio-psico-sociais do indivíduo.

Neste capítulo, iremos definir qual o tipo de estudo, fazendo-se uma descrição do plano e tipo de investigação, a delimitação e caracterização da população, o instrumento de colheita de dados e a previsão do tratamento estatístico.

O assunto em estudo são os Idosos com Doenças Crónico-Degenerativas / Oncológicas, tendo surgido no desenrolar da investigação a problemática que orientou

esta pesquisa: Observar a Ocupação dos Equipamentos Sociais disponíveis no Concelho de Portalegre pelos Idosos com Doenças Crónico-Degenerativas / Oncológicas.

9.1 - TIPO DE ESTUDO

A escolha do tipo de estudo precisa-se no decurso da formulação do problema a investigar, quando a questão de investigação se torna definitiva

A metodologia utilizada numa pesquisa, visa explicar como o problema foi investigado e justifica a utilização de determinados métodos e técnicas utilizados nessa pesquisa.

Dada a problemática em estudo, Doentes crónico-degenerativos / oncológicos Idosos na Comunidade, os objectivos e as limitações previsíveis no que diz respeito à colheita de dados, optou-se por um estudo descritivo com carácter exploratório, utilizando o método quantitativo, este método, como o nome o indica caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de colheita de informações, quanto no tratamento desses dados através de técnicas estatísticas. (Richardson, 1989). Muito utilizado em investigação, o método quantitativo representa a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitando distorções de análise e interpretação, possibilitando ao mesmo tempo, uma margem de segurança quanto às suas inferências. Por fim, de realçar que optamos pela escolha deste método porque é o que melhor se aplica às características deste tipo de trabalho de pesquisa, porque permite descobrir e classificar a relação entre as variáveis bem como a causalidade entre os fenómenos.

Para Ary (1986), “ Os estudos desta índole destinam-se a obter informação sobre o estado actual dos fenómenos”.

É descritivo porque descreve as características e as relações existentes num determinado grupo.

Com esta metodologia, pretende-se caracterizar a ocupação dos equipamentos sociais pelos idosos com doenças crónicas, no concelho de Portalegre, à data da colheita de dados.

9.2 - POPULAÇÃO

A população para este estudo foi retirada dos indivíduos residentes no Concelho de Portalegre, que apresentem mais de 65 anos, estejam em situação de dependência por doença crónica no contexto da comunidade.

Tendo em conta os objectivos deste estudo, a população será constituída pelos indivíduos em instituições sociais, ou que necessitem de outro tipo de apoio social, como cuidados domiciliários, etc., disponibilizadas por essas instituições ou outras, por uma doença crónica de entre as seguintes:

- Doença de Alzheimer
- Doença de Parkinson
- Demências
- Doença Oncológica

Esta população será o resultado da pesquisa efectuada nas instituições de apoio social no concelho de Portalegre.

9.3 - DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

Tendo em conta que se trata de um estudo tipo descritivo cujo objectivo principal é a colheita de dados de dados que possibilitem a expressão epidemiológica de um determinado conjunto de doenças crónico degenerativas em determinada região, definiram-se variáveis que permitissem ser caracterizadas nos locais de pesquisa e que de alguma forma ajudassem a perceber melhor a problemática do estudo.

Variável Dependente

A variável dependente é a essência do que se pretende estudar e reside nos fenómenos ou factores que pretendemos explicar ou descobrir e que são influenciados, ou determinados, pelas variáveis independentes; a variável independente *“...é o factor que aparece, desaparece ou varia à medida que o investigador introduz, tira ou modifica a variável independente(...)”* Lakatos e Marconi (1992).

Em suma trata-se da resposta que o investigador quer predizer ou explicar.

Este trabalho de pesquisa tem como variável dependente:

- **Doentes crónico-degenerativos / oncológicos idosos na comunidade**

- Variável Independente

As variáveis independentes são aquilo que se presume ser a causa de um determinado fenómeno. Estas causas provocam modificações na variável dependente,

justificando a sua ocorrência e influenciando o seu comportamento. São pois o factor, a causa ou antecedente que determina a ocorrência de outro fenómeno, efeito ou consequência.

Para Richardson (1989), a variável independente afecta outras variáveis, mas não precisam estar relacionadas com elas.

De acordo com o tipo de investigação seleccionada, e de acordo com as limitações do estudo, onde se pretende apenas uma caracterização epidemiológica, para melhor compreensão do fenómeno em estudo, as variáveis independentes a medir em cada caso são as seguintes:

- **INSTITUIÇÕES DE APOIO A IDOSOS**

Esta variável nominal terá 3 modalidades:

- Lar,
- Centro de dia.
- Apoio Domiciliário

- **TIPO DE DOENÇA CRÓNICA**

È uma variável nominal, que apresenta 5 modalidades de acordo com as patologias em estudo:

- Doença de Alzheimer
- Doença de Parkinson
- Demência
- Doença Oncológica

- Outras .

A modalidade “Outras”, foi introduzida durante a colheita de dados, devido a não existir diagnóstico definido, à data da colheita, em muitos dos ficheiros das instituições, mas que através de conversas informais com funcionários das instituições e observação directa dos idosos, foram incluídos neste estudo, por apresentarem quadros clínicos similares às patologias seleccionadas para este estudo, provavelmente nas Demências.

- **SEXO DO DOENTE**

Variável nominal, dicotómica, com as duas modalidades possíveis, masculino e feminino.

- **IDADE**

Variável aberta, que assume modalidades de acordo com a idade do indivíduo à data da pesquisa.

- **PROFISSÃO**

Variável nominal aberta, que assume modalidades de acordo com a pesquisa efectuada

- **ACAMADO**

Variável nominal, dicotómica, com as duas modalidades possíveis, sim e não.

9.4 - COLHEITA DE DADOS

Para este estudo foi seleccionado o instrumento para colheita de dados tendo sido especialmente concebido para este trabalho de pesquisa e encontra-se apresentado no ANEXO I.

Os dados foram colhidos nos ficheiros das instituições de apoio social do concelho de Portalegre. Para isso foi formalmente pedida autorização aos respectivos Responsáveis / Directores / Provedores, de algumas Instituições seleccionadas, que foram aceites e diferidos. Neste pedido (ANEXO II) foram salvaguardados os aspectos de natureza ética e deontológica que uma consulta poderá suscitar. Algumas Instituições dispensaram o pedido formal.

A recolha de dados decorreu no mês de Março de 2005, foram preenchidas 505 fichas.

Os dados foram recolhidos nas seguintes Instituições de apoio social:

- Santa Casa da Misericórdia de Portalegre:
- Santa Casa da Misericórdia de Alegrete
- Associação de Amigos da 3ª Idade – Carreiras
- Associação de Amigos da 3ª Idade – Fortios
- Centro Social Nossa Senhora da Esperança – Ribeira de Nisa
- Centro Social Paroquial de S. Tiago – Urra
- Casa do Povo de Alagoa
- Associação Sete Montes de S. Julião
- Casa de Repouso Senhora da Penha
- Centro de Saúde de Portalegre

Algumas dificuldades podem surgir e terão a ver com a inexistência de dados, nomeadamente no que diz respeito ao diagnóstico da doença, uma vez que não existe nalgumas, informação precisa acerca do diagnóstico. Na recolha de dados, é também possível que o número de doentes com apoio domiciliário não seja correcto, pois não existe, nalguns casos, registos informatizados, sendo por isso possível, alguma recolha de dados menos precisa.

9.5 - PROCESSAMENTO DOS DADOS

Após efectuada a colheita dos dados, procedeu-se ao processamento dos dados através da aplicação informática SPSS.12, tendo sido criada uma base de dados para o efeito, na aplicação a utilizar. Esta etapa do processo de investigação através do referido suporte informático, foi um procedimento demorado, difícil mas no nosso entender muito importante já que nos foi possível através dele obter informação relativamente às variáveis estudadas, permitindo-nos igualmente destacar os aspectos mais evidentes e identificar aspectos gerais para a posterior análise.

Como se trata de um estudo descritivo e quantitativo , para a análise dos dados serão utilizados estatísticas que permitam uma interpretação dos resultados em termos de, ocupação dos equipamentos sociais.

As estatísticas a utilizar para o efeito serão:

- Frequências relativas e absolutas.
- Medidas de tendência central.

- . Média.
- . Moda.
- . Mediana.
- Medidas de variação
 - . Desvio padrão.

Para melhor clarificar a análise dos dados serão apresentados quadros, gráficos e tabelas, tendo em atenção a pertinência das distribuições que as diferentes variáveis tenham para o estudo.

9.6 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Qualquer trabalho de pesquisa que compreenda a intervenção de terceiros, é muitas vezes limitado por factores da mais variada ordem, os quais podem fornecer resultados algo afastados daquilo que se esperava. No entanto, por existirem estas limitações, pensamos não se poder afirmar que estes sejam de menor qualidade ou desprovidos de seriedade. O que é essencial, é que no desenrolar destes estudos sejam identificadas as limitações que sobrevieram ao longo de todo o processo de investigação, para que a interpretação seja realizada de acordo com a realidade em que decorreu o estudo.

Neste estudo, as limitações ocorreram na fase da construção do suporte teórico, pois a bibliografia científica disponível em Portugal sobre a problemática em estudo, é escassa e não encontramos muitos estudos que tratem deste assunto, sendo ele um

problema actual na nossa sociedade. Na sua construção, foi seleccionada literatura que nos oferecia alguma credibilidade no âmbito do assunto deste estudo, bem como organizações e associações como APFADA (Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer), e OMS.

Na fase que de colheita de dados, as Instituições de Apoio Social a idosos, não possuem na maioria dos casos, ficheiros actualizados sobre a caracterização completa dos seus utentes, facto que também constituiu limitação considerável a este estudo. Assim, para ultrapassar esta dificuldade, procedeu-se à colheita e análise de variáveis escolhidas e julgadas as mais importantes para o processo de investigação em causa.

10 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo iremos apresentar, processar e analisar os dados relativos às variáveis e indicadores que se considerem pertinentes para este estudo, tendo também sido efectuados cruzamentos entre as várias modalidades de duas variáveis.

Neste capítulo apresentamos quadros e gráficos que se referem a dados colhidos para este trabalho de investigação.

10.1 – TIPO DE EQUIPAMENTO SOCIAL

Numa primeira análise, e relativamente ao tipo de equipamento social, verificou-se a existência de três tipos de equipamentos disponíveis no concelho de Portalegre, utilizados por 505 utentes, com critérios de inclusão no nosso estudo.

Fazendo a análise da distribuição da totalidade dos utentes pelos 3 tipos de Equipamentos disponíveis, verificou-se que a utilização dos lares foi a mais observada, 211 utentes estavam institucionalizados em lares, em termos percentuais 41,8%, seguida de perto pelo Apoio Domiciliário com 199 utentes, 39,4% e por último o Centro de Dia com 95 utentes, 18,8%.

Quadro 4 – Distribuição dos utentes por equipamentos sociais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lar	211	41,8	41,8	41,8
	Centro de Dia	95	18,8	18,8	60,6
	Apoio Domiciliário	199	39,4	39,4	100,0
	Total	505	100,0	100,0	

TIPOS DE EQUIPAMENTOS SOCIAIS

Analisando o tipo de Equipamentos Sociais e a ocupação dos mesmos, pelas modalidades da variável “Patologia”, obtemos o seguinte quadro.

Quadro nº 5 - Distribuição das modalidades da variável “Patologia” por Equipamento Social

Patologia * Tipo de equipamento social Crosstabulation

Count		Tipo de equipamento social			Total
		Lar	Centro de Dia	Apoio Domiciliário	
Patologia	Doença de Alzheimer	50	8	16	74
	Doença Oncológica	61	34	77	172
	Doença de Parkinson	7	3	6	16
	Demência	44	15	43	102
	Outras	49	35	57	141
Total		211	95	199	505

Deste quadro concluímos que a ocupação dos equipamentos sociais, no que diz respeito às patologias deste estudo, se distribuem pelos três tipos de equipamentos, sendo que o Lar e o Apoio Domiciliário, tenham sido os mais observados. A isso talvez se deva o facto de que as mulheres dependentes necessitam de maiores cuidados que

não lhes são prestados seu domicílio, mas que por seu lado, prestam cuidados a cônjuge dependente.

10.2 – SEXO

Analisando a variável “sexo”, podemos referir que dos 505 utentes idosos utilizadores de equipamentos sociais, o sexo feminino contribuiu com 292 utentes, o sexo masculino com 213. Em termos percentuais, dos 505 utentes institucionalizados, 57,8 são mulheres e 42,2 homens.

Quadro 6 - Distribuição da população do estudo segundo o sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Masculino	213	42,2	42,2	42,2
Feminino	292	57,8	57,8	100,0
Total	505	100,0	100,0	

SEXO

Se avançar-mos um pouco mais á frente na nossa análise e cruzarmos as variáveis “Sexo” e “Patologia” obtemos o seguinte quadro.

Quadro nº 7 - Frequências e percentagens das modalidades da Patologia por Sexo.

Patologia * Sexo Crosstabulation

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Patologia	Doença de Alzheimer	Count	37	37	74
		% within Patologia	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Sexo	17,4%	12,7%	14,7%
		% of Total	7,3%	7,3%	14,7%
	Doença Oncológica	Count	84	88	172
		% within Patologia	48,8%	51,2%	100,0%
		% within Sexo	39,4%	30,1%	34,1%
		% of Total	16,6%	17,4%	34,1%
	Doença de Parkinson	Count	8	8	16
		% within Patologia	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Sexo	3,8%	2,7%	3,2%
		% of Total	1,6%	1,6%	3,2%
Demência	Count	35	67	102	
	% within Patologia	34,3%	65,7%	100,0%	
	% within Sexo	16,4%	22,9%	20,2%	
	% of Total	6,9%	13,3%	20,2%	
Outras	Count	49	92	141	
	% within Patologia	34,8%	65,2%	100,0%	
	% within Sexo	23,0%	31,5%	27,9%	
	% of Total	9,7%	18,2%	27,9%	
Total	Count	213	292	505	
	% within Patologia	42,2%	57,8%	100,0%	
	% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	42,2%	57,8%	100,0%	

A análise que podemos fazer deste quadro, é que, é o sexo feminino que apresenta maior incidência de doenças Crónico-Degenerativas / Oncológicas, curioso é o facto de que, as doenças degenerativas , Alzheimer e Parkinson apresentem uma percentagem idêntica para ambos os sexos, e para o qual não encontramos justificação.

No capítulo das Demências, o sexo feminino apresenta um maior número de casos chegando quase a duplicar, o mesmo acontece na variável “Outras”, em que a diferença de casos entre os dois sexos é bastante significativa.

10.3 – PATOLOGIA

Analisando a variável “Patologia”, podemos dizer que a doença oncológica é a que apresenta maior incidência na população idosa do concelho em estudo, com uma percentagem de 34,1%, com 172 casos. De salientar que outras patologias com quadros clínicos semelhantes às patologias do estudo, mas sem diagnóstico definido, foram encontradas 141 casos, o que nos dá em termos percentuais 27,9, o que não deixa de ser significativo, e as Demências com 102 casos, 20,2%. Das restantes patologias em estudo, há ainda a salientar que a Doença de Parkinson foi a que apresentou menor taxa, 3,2%.

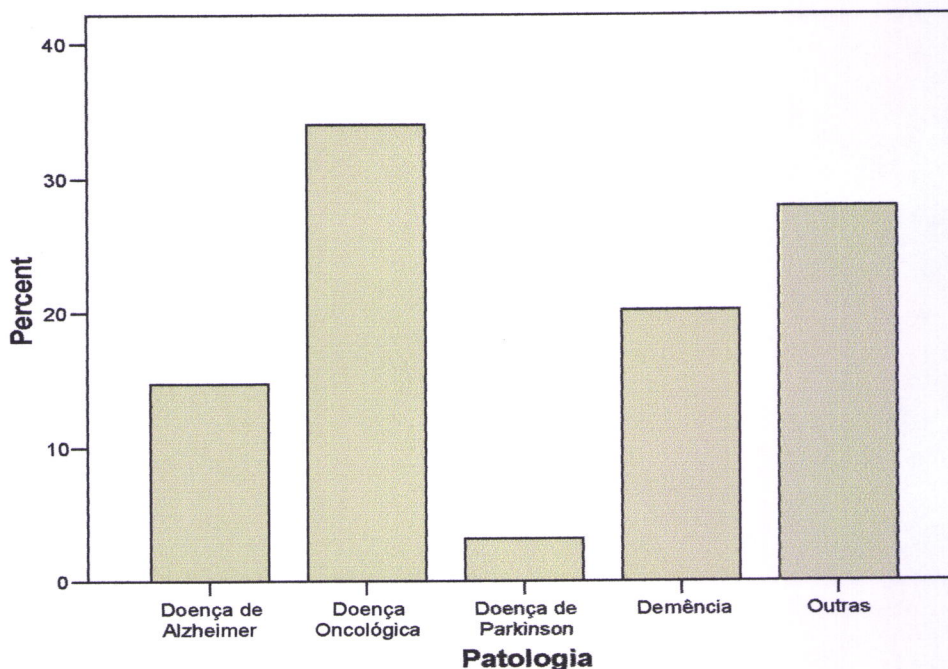
Quadro nº 8 – Distribuição das patologias no Concelho de Portalegre

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Doença de Alzheimer	74	14,7	14,7	14,7
Doença Oncológica	172	34,1	34,1	48,7
Doença de Parkinson	16	3,2	3,2	51,9
Demência	102	20,2	20,2	72,1
Outras	141	27,9	27,9	100,0
Total	505	100,0	100,0	

PATOLOGIAS

Apresentamos de seguida o gráfico nº 1 por nos parecer que ilustra melhor em termos visuais o que acabamos de comentar.

Gráfico nº 1 – Distribuição da variável “ Patologia” no Concelho de Portalegre



10.4 – IDADE

Analisando esta variável na população total do estudo, verificamos que o grupo etário 66 – 70 anos, é aquele contribui para uma maior ocupação dos equipamentos sociais, 193 utentes, 38,2%, importa também referir o grupo etário 76 - 80 anos, com 122 utentes, 24,2%, e o grupo etário 86 – 90 anos com 14 utentes, 2,8%.

Quadro nº 9 – Frequências e percentagens das modalidades da Patologia por Grupo Etário.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 60 - 65 anos	27	5,3	5,3	5,3
66 - 70 anos	193	38,2	38,2	43,6
71 - 75 anos	92	18,2	18,2	61,8
76 - 80 anos	122	24,2	24,2	85,9
81 - 85 anos	57	11,3	11,3	97,2
86 - 90 anos	14	2,8	2,8	100,0
Total	505	100,0	100,0	

GRUPO ETÁRIO

Esta variável apresenta uma média de 72 anos com uma distribuição cujo desvio padrão é de 6,217. No quadro seguinte apresentamos as estatísticas desta variável.

Quadro nº 10 – Estatísticas da variável “Idade”

Idade		
N	Valid	505
	Missing	0
Mean		73,30
Median		72,00
Mode		66
Std. Deviation		6,217
Variance		38,655
Range		27
Minimum		63
Maximum		90

Ao fazermos a distribuição das várias modalidades da Patologia pelos Grupos Etários, obtivemos o quadro seguinte.

Quadro nº 11 – Frequências e percentagens das modalidades da Patologia por Grupo Etário.

Patologia * Grupo Etário Crosstabulation

		Grupo Etário						Total
		60 - 65 anos	66 - 70 anos	71 - 75 anos	76 - 80 anos	81 - 85 anos	86 - 90 anos	
Doença de Alzheimer	Count	1	6	8	25	28	6	74
	% within Patologia	1,4%	8,1%	10,8%	33,8%	37,8%	8,1%	100,0%
	% within Grupo Etário	3,7%	3,1%	8,7%	20,5%	49,1%	42,9%	14,7%
	% of Total	,2%	1,2%	1,6%	5,0%	5,5%	1,2%	14,7%
Doença Oncológica	Count	22	102	26	13	8	1	172
	% within Patologia	12,8%	59,3%	15,1%	7,6%	4,7%	,6%	100,0%
	% within Grupo Etário	81,5%	52,8%	28,3%	10,7%	14,0%	7,1%	34,1%
	% of Total	4,4%	20,2%	5,1%	2,6%	1,6%	,2%	34,1%
Doença de Parkinson	Count	0	5	3	8	0	0	16
	% within Patologia	,0%	31,3%	18,8%	50,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within Grupo Etário	,0%	2,6%	3,3%	6,6%	,0%	,0%	3,2%
	% of Total	,0%	1,0%	,6%	1,6%	,0%	,0%	3,2%
Demência	Count	1	15	30	38	13	5	102
	% within Patologia	1,0%	14,7%	29,4%	37,3%	12,7%	4,9%	100,0%
	% within Grupo Etário	3,7%	7,8%	32,6%	31,1%	22,8%	35,7%	20,2%
	% of Total	,2%	3,0%	5,9%	7,5%	2,6%	1,0%	20,2%
Outras	Count	3	65	25	38	8	2	141
	% within Patologia	2,1%	46,1%	17,7%	27,0%	5,7%	1,4%	100,0%
	% within Grupo Etário	11,1%	33,7%	27,2%	31,1%	14,0%	14,3%	27,9%
	% of Total	,6%	12,9%	5,0%	7,5%	1,6%	,4%	27,9%
Total	Count	27	193	92	122	57	14	505
	% within Patologia	5,3%	38,2%	18,2%	24,2%	11,3%	2,8%	100,0%
	% within Grupo Etário	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	5,3%	38,2%	18,2%	24,2%	11,3%	2,8%	100,0%

Deste quadro podemos observar que relativamente à patologia Doença de Alzheimer, a sua ocorrência não é muito elevada, sendo mais frequente no grupo etário 81 – 85 anos, com 28 casos identificados, no entanto, importa referir a ocorrência de um caso aos 60 anos, o que perfaz um total de 74 casos.

Para a patologia Oncológica a incidência é maior no grupo etário 66 – 70 anos, com 102 utentes identificados.

A Doença de Parkinson, pouco identificada, com uma ocorrência de 8 utentes, no grupo etário 76 – 80 anos. Não foi identificado nenhum caso nos dois grupos etários seguintes, 81 – 85 anos e 86 – 90 anos.

No caso da Patologia, Demências, foram identificados 38 utentes, no grupo etário 76 – 80 anos, identificou-se 1 caso no grupo etário dos 60 – 65 anos.

Na variável “ Outras”, foram identificados 65 casos no grupo etário dos 66 – 70 anos.

No total dos 505 utentes, a maior incidência das doenças crónico-degenerativas / Oncológica, ocorrem no grupo etário dos 66 – 70 anos, 193 utentes, seguido do grupo etário dos 76 – 80 anos, com 122 casos, sendo que as doenças Oncológicas contribuem substancialmente para os 193 casos do grupo etário dos 66 – 70 anos.

10.5 – PROFISSÃO

Da observação realizada nas instituições de apoio à população idosa, observou-se que nos registos das mesmas, no que diz respeito á profissão, o termo que aparece seja “Reformado”. Tendo em conta esta limitação, e pensando que a região em estudo, ser nas últimas décadas, essencialmente agrícola e empregados fabris, no caso dos indivíduos do sexo masculino, e domésticas no caso do sexo feminino, agruparam-se as várias profissões em sectores profissionais, (primário, secundário e terciário) e que resultou o seguinte quadro , em que se verificou que a maioria da população se situa no sector terciário, o qual abrange todas as profissões ligadas ao comércio e serviços e no qual incluímos as Domésticas.

Quadro nº 12 - Distribuição da população segundo o Sector profissional

Profissão

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sector Primário	182	36,0	36,0	36,0
Sector Secundário	33	6,5	6,5	42,6
Sector Terceário	290	57,4	57,4	100,0
Total	505	100,0	100,0	

10.6 – ACAMADO

Dada a população do estudo ser idosa e dependente, é pertinente investigar se a locomoção está mantida, ou se pelo contrário se encontra comprometida. Vejamos então se a nossa população se encontra ou não remetida ao leito.

Quadro nº 13 – Distribuição da população pela variável “Acamado”

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	406	80,4	80,4	80,4
Sim	99	19,6	19,6	100,0
Total	505	100,0	100,0	

ACAMADO

Pela análise do quadro verificamos que, dos 505 idosos estudados, apenas 99 se encontram acamados. No quadro nº 14 verificamos que as Demências são a principal causa para remeter o idoso para a situação de acamado, sendo que dos 102 casos identificados, apenas 35 estão acamados.

Quadro nº 14 – Distribuição das patologias pela variável Acamado

Patologia * Acamado Crosstabulation

Count

		Acamado		Total
		Não	Sim	
Patologia	Doença de Alzheimer	56	18	74
	Doença Oncológica	144	28	172
	Doença de Parkinson	10	6	16
	Demência	67	35	102
	Outras	129	12	141
Total		406	99	505

11 – ANÁLISE ESTATÍSTICA POR EQUIPAMENTO SOCIAL

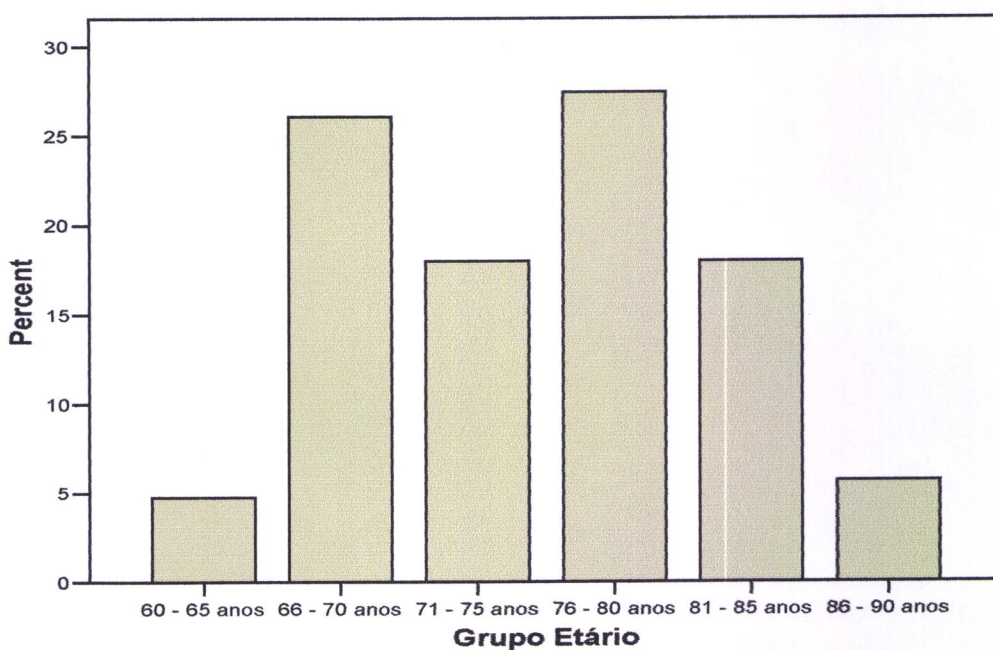
Vamos agora analisar individualmente cada equipamento social nas diferentes variáveis definidas.

11.1 – LAR

11.1.1 – IDADE

Da população em estudo, constatou-se que 211 foi o número de utentes identificados em Lares. Verificamos que a ocupação deste equipamento social pelos idosos do estudo, se faz essencialmente à custa dos grupos etários, 66 – 70 anos e 76 - 80 anos, sendo que a moda aponte para o 4º grupo etário, conforme podemos verificar no quadro e no gráfico que a seguir apresentamos.

Gráfico nº 2 – Frequência da população pelo equipamento social - Lar



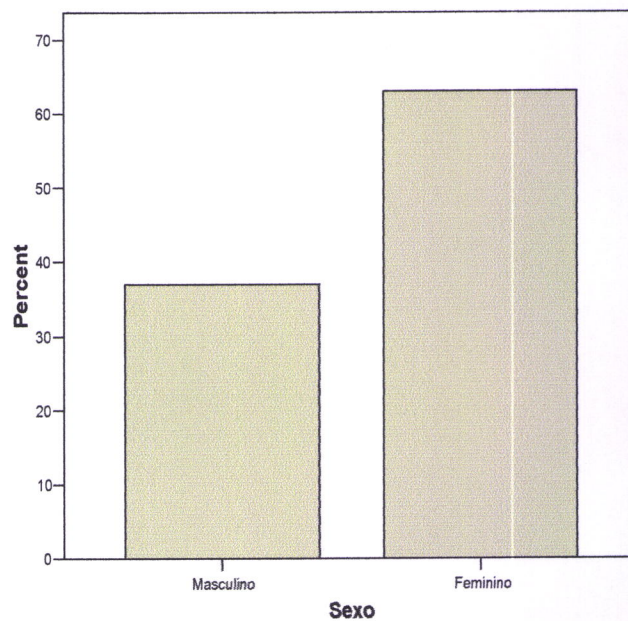
Quadro nº 15 – Estatística do número de idosos em Lares

Grupo Etário		
N	Valid	211
	Missing	0
Mode		4

11.1.2 – SEXO

O gráfico seguinte representa a distribuição da população em estudo, pelo equipamento social - Lar.

Gráfico nº 3 – Distribuição do sexo pelo equipamento social - Lar



11.1.3 – PATOLOGIA

Analizamos agora a ocupação dos Lares pelas patologias. No quadro seguinte, verificamos que a distribuição das patologias não é muito divergente, verificando-se que a Doença de Parkinson é a que apresenta menor taxa de ocupação. De referir que neste estudo, esta patologia, tinha apresentado uma baixa incidência no total dos 505 idosos, não causando estranheza, a divergência verificada em relação às restantes patologias.

Quadro nº 16 – Frequência das patologias em Lar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Doença de Alzheimer	50	23,7	23,7	23,7
Doença Oncológica	61	28,9	28,9	52,6
Doença de Parkinson	7	3,3	3,3	55,9
Demência	44	20,9	20,9	76,8
Outras	49	23,2	23,2	100,0
Total	211	100,0	100,0	

11.1.4 – ACAMADO

No que diz respeito á locomoção da população nos Lares neste estudo, podemos constatar que a percentagem de acamados é mínima, em que a moda é 0, não existência de utentes acamados, o que nos leva questionar onde estão os idosos com dependência na locomoção.

Quadro nº 17 – Frequência da população em Lares para a variável Acamado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	202	95,7	95,7	95,7
	Sim	9	4,3	4,3	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

ACAMADO

11.1.5 – PROFISSÃO

Nos Lares, como na população total do estudo, o Sector terciário contribui com uma taxa de ocupação maioritária relativamente aos outros dois Sectores, conforme se pode observar no quadro seguinte.

Quadro nº 18 – Distribuição da população segundo o Sector profissional na variável Lar.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sector Primário	72	34,1	34,1	34,1
	Sector Secundário	3	1,4	1,4	35,5
	Sector Terceário	136	64,5	64,5	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

PROFISSÃO

11.2 – CENTRO DE DIA

Os Centros de Dia têm como objectivo principal, oferecer condições favoráveis para a manutenção dos idosos no seu domicílio de forma a satisfazer as necessidades das pessoas idosas na comunidade.

Dos 505 utentes do estudo apenas 95 utilizam este tipo de equipamento social. São idosos com dependência na realização das suas actividades de vida diária, não possuindo qualquer tipo de apoio informal (família, vizinhos etc.)

11.2.1 – IDADE

A média de idades dos utilizadores deste equipamento encontra-se entre os 66 e os 70 anos, com 44 casos identificados, e 22 no grupo etário dos 71 – 80 anos. Sendo que a estatística tende para o sexo feminino aquele que mais utiliza este equipamento

Quadro nº 19 - Frequências e percentagens da variável Idade em Centros de Dia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 60 - 65 anos	10	10,5	10,5	10,5
66 - 70 anos	44	46,3	46,3	56,8
71 - 75 anos	15	15,8	15,8	72,6
76 - 80 anos	22	23,2	23,2	95,8
81 - 85 anos	2	2,1	2,1	97,9
86 - 90 anos	2	2,1	2,1	100,0
Total	95	100,0	100,0	

GRUPO ETÁRIO

Quadro nº 20 - Estatística do Grupo Etário em Centro de Dia

Grupo Etário		
N	Valid	95
	Missing	0
Mode		2

11.2.2 - SEXO

Relativamente á variável Sexo, a estatística demonstra que maiores dos utilizadores deste equipamento social sejam o sexo masculino embora as taxas percentuais não sejam muito divergentes, 52,6% para sexo masculino, contra 47,4% para o sexo feminino.

Quadro nº 21 – Distribuição da Variável Sexo em Centros de Dia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Masculino	50	52,6	52,6	52,6
Feminino	45	47,4	47,4	100,0
Total	95	100,0	100,0	

SEXO

10.2.3 – PATOLOGIA

A patologia mais identificada nos idosos utilizadores deste equipamento, insere-se na modalidade “ Outras” , onde como já foi referenciado são situações de dependência

que se enquadram nas patologias em estudo e por isso foram consideradas. A doença Oncológica foi identificada em 34 casos, com uma percentagem de 35,8%.

Quadro nº 22– Distribuição das modalidades “ Patologia” em Centros de Dia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Doença de Alzheimer	8	8,4	8,4	8,4
Doença Oncológica	34	35,8	35,8	44,2
Doença de Parkinson	3	3,2	3,2	47,4
Demência	15	15,8	15,8	63,2
Outras	35	36,8	36,8	100,0
Total	95	100,0	100,0	

PATOLOGIA

De referir que dos 95 idosos utilizadores deste equipamento social, nenhum se encontra acamado. Ao efectuar o cruzamento das varáveis “Patologia” * “Sexo” observamos que a moda tende para o sexo masculino, com 21 casos de doença Oncológica e 18 para Outras, embora esta modalidade da patologia apresente valores muito próximos para o sexo feminino.

Quadro nº 23– Distribuição da população nas modalidades da Patologia de acordo com o Sexo em Centros de Dia

	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Patologia Doença de Alzheimer	4	4	8
Doença Oncológica	21	13	34
Doença de Parkinson	1	2	3
Demência	6	9	15
Outras	18	17	35
Total	50	45	95

PATOLOGIA*SEXO

11.3 – APOIO DOMICILIÁRIO

No concelho em estudo este equipamento social, com uma utilização de 199 casos, ilustra muito bem, que os idosos com doenças crónicas como as degenerativas ou oncológicas, sempre que possível preferem manter-se no seu domicílio com apoio social fornecido quer pelas várias instituições existentes, como pelo apoio informal de familiares ou vizinhos.

A moda é o sexo feminino, e talvez por esse facto o Sector terciário, na variável “Profissão”, seja o mais observado, e o grupo etário dos 66 – 70 anos.

11.3.1 - IDADE

Quadro nº 24 - Estatística do Grupo Etário com Apoio Domiciliário

Grupo Etário		
N	Valid	199
	Missing	0
Mode		2

11.3.2 – PROFISSÃO

Quadro nº 25 – Estatística da variável Profissão com Apoio Domiciliário

Profissão		
N	Valid	199
	Missing	0
Mode		3

Neste quadro podemos observar que a moda é 3, o Sector terciário é aquele em que se encontram a maioria dos nossos idosos em estudo, onde todos os indivíduos do Comércio e Serviços, em que o nível de instrução poderá ser mais elevado que nos outros sectores, o que não significa, que nesses grupos só possa haver indivíduos com nível de instrução mais baixo.

A variável “Nível de Instrução”, não foi estudada, uma vez que os ficheiros consultados, apresentavam grandes lacunas nesse registo, no entanto, pensamos que o seu estudo teria todo o interesse para este completar este trabalho.

11.3.3 – PATOLOGIA

Se efectuarmos o cruzamento das variáveis Patologia * Sexo, conseguimos perceber que as patologias mais identificadas continuam a ser as Oncológicas, para o sexo masculino e as Demências e a modalidade “Outras” para o sexo feminino.

Quadro nº 26 - Distribuição da população nas modalidades da Patologia de acordo com o Sexo com Apoio Domiciliário

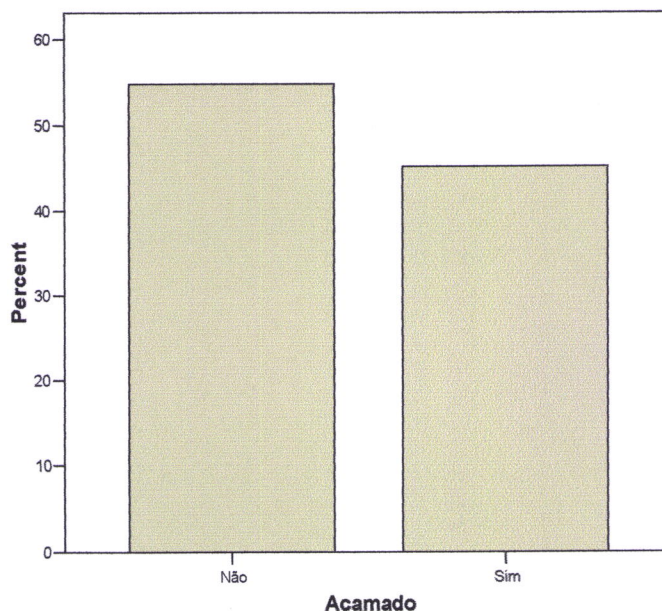
		Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
Patologia	Doença de Alzheimer	5	11	16
	Doença Oncológica	42	35	77
	Doença de Parkinson	2	4	6
	Demência	13	30	43
	Outras	23	34	57
Total		85	114	199

PATOLOGIA * SEXO

11.3.4 – ACAMADO

Não é novidade, que apesar da sua situação de dependência, os idosos do nosso estudo e atrevemo-nos a dizer os idosos em geral, preferem permanecer no seu domicílio, quer por motivos pessoais, culturais ou sociais. No nosso estudo, a percentagem de não acamados ainda é superior, ainda que ligeiramente, aos acamados, mas importa realçar, que a grande percentagem de idosos dependentes, acamados, se encontram em casa com apoio domiciliário, e não em Lares, Centros de dia ou outras instituições de apoio social.

Gráfico nº 4 - Distribuição do sexo pela variável Acamado com Apoio Domiciliário



Continuando a analisar a variável Acamado, verificamos que a situação de dependência da mulher, torna-a incapaz de realizar as actividades diárias, quer pessoais, quer todas aquelas que lhes estão atribuídas social e culturalmente (alimentação, lides domésticas, cuidar do cônjuge etc.). Esta situação, no nosso entender, poderá estar na origem do grande número de idosos se encontrarem acamados no seu domicílio, com apoio social.

O quadro seguinte mostra-nos que o número de idosos acamados, com apoio domiciliário, é maior na doença Oncológica, para ambos os sexos, totalizando 77 casos identificados.

Quadro nº 27 – Distribuição da população pelas modalidades da Patologia *

Acamado.

Count

		Acamado		Total
		Não	Sim	
Patologia	Doença de Alzheimer	0	16	16
	Doença Oncológica	54	23	77
	Doença de Parkinson	0	6	6
	Demência	9	34	43
	Outras	46	11	57
Total		109	90	199

PATOLOGIA * ACAMADO

12 - CONCLUSÕES FINAIS

Concluída a nossa Tese, e prestes a dar por finalizada a sua apresentação escrita, não queremos deixar de efectuar algumas considerações, em jeito de comentário final, e que resultam sobretudo de algumas anotações soltas e reflexões que fomos fazendo “ ao lado” e durante a sua realização.

Relembrando o propósito do nosso trabalho, pretendia-se observar como era feita pela população idosa, a ocupação dos Equipamentos Sociais disponíveis no concelho do estudo, tendo em conta as Doenças Crónico-Degenerativas e Oncológicas.

A nossa população em estudo era inicialmente de 510 indivíduos, tendo sido excluídos 5, por apresentarem critérios de exclusão do nosso estudo, nomeadamente a idade e a patologia.

Apesar da população do concelho ser envelhecida, para a variável Idade, a Média situou-se nos 73 anos de idade, a Mediana nos 72, a Moda nos 66 anos, sendo o Desvio Padrão de 6,217, de onde se pode concluir que a população estudada apresentava uma pirâmide etária invertida, confirmando o envelhecimento do concelho de Portalegre, e do Alentejo, no entanto queremos referir que a Moda para os 66 anos poder-se-á dever ao grande número de doenças Oncológicas, que começam a aparecer em indivíduos cada vez mais novos.

No que diz respeito á variável Patologia, já referimos que as Oncológicas surgem em primeiro lugar, sendo o sexo feminino o que apresenta maior numero de casos, embora ligeiro, interessa mencionar o facto de que, as doenças degenerativas ,

Alzheimer e Parkinson apresentem uma percentagem idêntica para ambos os sexos, e para o qual não encontramos justificação.

Para a ocupação dos Equipamentos Sociais disponíveis, os idosos do nosso estudo, distribuíram-se entre os Lares, 221 casos e o Apoio Domiciliário com 199 casos, apenas 95 casos em Centros de Dia.

A ocupação dos Lares faz-se á custa do sexo feminino, sendo o 4º grupo etário, o mais comum (76-80anos), e em relação a Patologias a sua ocorrência é quase idêntica, exceptuando o menor número de casos para a Doença de Parkinson, apenas 7 foram identificados, o que nos leva a pensar talvez se possa ficar a dever ao deficiente registo, no que diz respeito ao diagnóstico da doença, ou mesmo na dificuldade em diagnosticá-la. Nos Lares, a variável Acamado teve pouca expressão, apenas foram identificados 9 casos, o que nos pode levar a pensar que ao entrarem nos Lares, os idosos não são acamados.

O Apoio Domiciliário, como resposta social, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, teve no nosso estudo grande expressividade, com 199 casos identificados. Estes serviços são prestados pelos Lares, Centros de Dia e pelo Centro de Saúde do concelho de Portalegre.

Observámos no nosso estudo, que a distribuição das patologias era aproximada, relativamente as observáveis nos Lares, sendo neste caso, o 2º grupo etário, 66-70anos o mais observado.

Na variável Acamado, sendo a Moda 0 (Não Acamado), a percentagem de acamados foi expressiva, 45,2%, com as patologias Oncológicas e as Demências, a aparecerem com maior número de casos, sendo o sexo feminino o maior consumidor deste serviço, o que talvez possa explicar, o número de idosos (199) com Apoio

Domiciliário, se considerarmos os 505 idosos do nosso estudo. Outra razão para esta ocorrência, poderá também ter a ver com questões culturais e sociais.

Os Centros de Dia, equipamento aberto, meio caminho entre o domicílio e a institucionalização do idoso, ocorre neste estudo como o menos solicitado, com ambos os sexos a repartirem entre si a procura destes serviços, 52,6% para o sexo masculino e 47,4 para o sexo feminino. O grupo etário mais registado foi o 2 dos 66-70anos em que as patologias mais observadas foram as Oncológicas e as Demências com 1 ponto percentual a separá-las, 36,8% e 35,8% respectivamente. Não foi registado nenhum idoso acamado, com previmos no início da nossa colheita.

Para finalizar, foi um estudo que permitiu, através da consulta de ficheiros, perceber que das patologias seleccionadas, a patologia Oncológica é a mais observada nos idosos em estudo, seguida de perto pelas Demências. No que diz respeito á ocupação dos equipamentos sociais, os idosos sempre que possível, preferem permanecer no seu meio familiar, com apoio domiciliário proporcionado pelas várias instituições de apoio social, que a comunidade em que está inserido lhe ofereça.

Fica por estudar uma variável, o “ Nível de Instrução”, que possivelmente traria outros resultados para este estudo, queremos acreditar que em futuros trabalhos deste género se possa contar com registos mais precisos no que diz respeito á identificação dos utentes.

13 – SUJESTÕES

O estudo realizado, de características quantitativas, procurou identificar idosos com Doenças Crónico-Degenerativas e Oncológicas no Idoso no concelho de Portalegre e a forma de ocupação dos Equipamentos Sociais no referido concelho.

Pensamos que cada região deverá reunir os seus próprios recursos no sentido de programar a prestação de serviços aos grupos sociais vulneráveis e/ou em situação de dependência, pois só assim pensamos ser possível, organizar e otimizar, a prestação de cuidados integrados, curativos e paliativos, e contribuir para melhorar o fim de vida das populações. Isto também passará, julgamos, por melhoramentos nos sistemas de registos internos das instituições com idosos a cargo, para que possibilitem no futuro, estudos de investigação deste tipo.

Referente ao meio ambiente, consideramos importante o aumento das redes de suporte social ao idoso, para um maior equilíbrio deste com o meio que o rodeia.

Na acção comunitária, o incentivo à participação das redes de apoio social locais, é de extrema importância, pois são estas instituições, muitas vezes em regime de voluntariado, que se encontram mais perto das populações mais carenciadas, lutando muitas vezes contra o isolamento e abandono dos mais idosos.

No que diz respeito ao desenvolvimento de competências, do ponto de vista da colectividade, sendo o envelhecimento um fenómeno que diz respeito a todos os seres humanos, pensamos que uma intervenção na vertente educação, através do ensino e informação de prestadores de cuidados informais, como, familiares, amigos, vizinhos, etc., de profissionais de saúde, nomeadamente dos cuidados de saúde primários, possam

incentivar a implementação e melhoria das estratégias de intervenção comunitária, no sentido de mobilizar respostas que satisfaçam as necessidades específicas destas populações, e também contribuir para estimular iniciativas individuais e governamentais, de apoio ao idoso com dependência, como é o caso do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004), que visa a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida.

A doença oncológica foi a patologia mais identificada no nosso estudo, constituindo um problema de grande impacto social, consideramos urgente a criação de projectos nacionais de cuidados paliativos, incluindo instituições de retaguarda, de apoio a estes doentes.

O Plano Nacional de Saúde 2004, identifica os cuidados paliativos como uma área prioritária de intervenção. O mesmo Plano considera os cuidados paliativos, resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar, e apoiar activamente os doentes na fase final da vida.

No contexto da situação portuguesa actual não existem formas de apoio psico-emocional a idosos com dependência e ou familiares. Até um passado recente estes cuidados decorriam de um processo natural, culturalmente justificado e socialmente aceite, considerando as mudanças actuais, pensamos que algumas acções inovadoras nesta área, terão de ser pensadas para responder às necessidades da sociedade actual.

Para finalizar, pensamos que é necessário uma colaboração activa envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de acções que se esperam cada vez mais perto da população idosa, de modo que estas se ajustem às novas realidades sociais e familiares que acompanham e um ajustamento do ambiente às necessidades dos idosos com dependência.

14 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 AGREDA, José Javier Soldevilla – Passado, presente e futuro da enfermidade gerontológica. IN: *Manual Sinais Vitais: O idoso, problemas e realidades*. Coimbra: Formasau, 1999. p. 23-39.
- 📖 AHAF - American Health Assistance Foundation, 2005 - **Brain With Alzheimer's Disease** .
www.ahaf.org/alzdis/about/adabout_body.htm
- 📖 APA (American Psychiatry Association), 1995. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (4ª. Edição)*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- 📖 ARAÚJO, A O – *Cancro e envelhecimento*. Divulgação. Lisboa. 1:2 (Abr. 1987) 14-15.
- 📖 ARY, Donald e outros – **Introducion a la investigacion pedagógica**. 2ª ed., México, Interamericana, 1986, 410p.
- 📖 ATKINSON, Leslie D.; MURRAY, Mary Ellen – **Fundamentos de enfermagem: Introdução ao processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1989. 618 p.
- 📖 BARREIROS, Isaura Serra – **Perspectivar Atitudes e Comportamentos dos Elementos da Família Face a um Membro Com Doença de Alzheimer**. Estudo de Caso : Monografia apresentada, no âmbito do II Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem, à Escola Superior de Enfermagem de Portalegre; não publicado, 2000.

- 📖 BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle – *Pessoas Idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta, 1995.
- 📖 BERGER, Louise – *Cuidados de enfermagem em gerontologia*. In BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle – *Pessoas Idosas : uma abordagem global*. Lisboa ; Lusodidacta, 1995. ISBN 972-95399-8-7. p. 11-19.
- 📖 BERTHAUX, P.; Aquino, J. – Gerontologie-Geriatrie. **Cahiers de l'Infirmière**. Paris. 20 (1990).
- 📖 BOTTINO, C. M. C. & ALMEIDA, O. P., 1995. Demência: quadro clínico e critérios diagnósticos. In: *Demência* (O. P. Almeida & R. Nitrini, org.), pp. 13-29, São Paulo: Fundo Editorial BYK.
- 📖 CAHOON, M. – *Enfermagem Oncológica*. Lisboa: Publicações Europa América, 1982. 230p.
- 📖 CAPLAN, G. – **Princípios de psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1995. 324 p.
- 📖 CARTER, Betty, MC GOLDRICK, Mónica – *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar*, 2ª edição, Editora Arte Médicas, porto Alegre, 1985, 240 pag.
- 📖 DUNITZ, Martin. *Alzheimer's Disease in Primary Care*, 1ª edição, London, 1997, 56 p.
- 📖 ERMIDA, José Gomes – Envelhecimento do organismo, doença e cuidados de saúde. *Temas Geriátricos*. Lisboa: edição Prismédica, 1995. p. 54-67
- 📖 ERMIDA, José Gomes – O idoso, a dependência e a hospitalização. In: *Jornadas de Enfermagem Primavera 2001*. Coimbra: s.n., 2001

- 📖 FERREIRA, D. – Cuidados continuados. **Divulgação**. Lisboa. 4:13 (Jan. 1990) 8-9
- 📖 FIRMINO, Horácio; FERNANDES, Constança et al – *Alzheimer – o doente, a família e a instituição*. “Revista Geriatria”, Lisboa Ano IX, Volume IX, Nº 81, Janeiro 1996, pp. 8 – 15.
- 📖 FONTAINE, Roger – *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores, 2000
- 📖 GONÇALVES, Ana 8et al) – **Reacções comportamentais á doença**. Trabalho para a Unidade Curricular de Enfermagem no Adulto Idoso, da Escola Superior de Enfermagem de Santarém. Santarém: s.n., 1997.
- 📖 HAWLEY, Amos H **Human Ecology: A theoretical Essay**. Chicago: University of Chicago Press. 1986.
- 📖 HOEMAN, Sirley P. – *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processos*. 2ª ed. Lisboa: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-13-4.
- 📖 KUBLER-ROSS, Elisabeth – **Sobre a Morte e o Morrer**. 7ª ed. Martins Fontes Lda. São Paulo, 1997. ISBN: 85-336-0496-3. 299p
- 📖 LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina – **Metodologia do Trabalho Científico**. 4ª Edição, São Paulo, Editora Atlas, 1992
- 📖 LEAVELL, Hugh; CLARCK, E.- *Medicina Preventiva*. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 1976. 744p.
- 📖 LEME, Luiz Eugénio Garcez – *Problemas éticos em geriatria*. Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica. São Paulo: Atheneu, 1994. p. 423-426
- 📖 Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios mentais. DSM-III-R, 3ªEd. Revista, São Paulo: Editora Manolo, 1987,XXVIII,602pp.

- 📖 MATTOS, P., 2000. Demências e outros distúrbios relacionados. In: *Diagnóstico e Tratamento em Psiquiatria* (J. R. Bueno & A. E. Nardi, org.), pp. 219-260, Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda.
- 📖 MARQUES, A R.et al – *Reacções emocionais à doença grave*. Coimbra: Edições Psiquiatria Clínica, 1991.146 p
- 📖 MINUCHIM, Salvador, - *Famílias, funcionamento e tratamento*. Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1990, 232 p.
- 📖 NAZARETH, J Manuel – **Princípios e Métodos de Análise da Demografia Portuguesa**. Lisboa: Editorial Presença,1988 a. (Colecção Métodos – 27). 323 p.
- 📖 NAZARETH, J Manuel – **Demografia e ecologia humana**. Análise social: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. ISSN 0003-2573. Vol.XXVIII, nº 123-124, 1993, p879-885.
- 📖 NAZARETH, J Manuel – O Envelhecimento Demográfico da População Portuguesa no Início dos Anos Noventa. **Geriatrics**. Lisboa. 7:64 (Abril 1994) 5-17.
- 📖 NETTO, Matheus Papaléo – *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São paulo: Atheneu, 1996. p.13-25
- 📖 ODUM, Eugene P. – *Fundamentos de Ecologia* 6ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2001927 pag. ISBN 972-31-0158-X
- 📖 OMS – As metas de saúde para todos. In: *Metas da estratégia regional europeia da saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde, 1985 227 p.

- 📖 PORTUGAL, Ministério da Solidariedade e Segurança Social – **Guia do Idoso**, 3ª Ed. , Lisboa: Comissão Nacional para a política da Terceira Idade, 1995.
- 📖 PORTUGAL, Ministério do Trabalho e da Solidariedade – **Despacho Normativo nº12/98**: Estabelece as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos. *Diário da República I – B Série* 825 de Fev. 1998).766 – 774.
- 📖 PORTUGAL, Ministério do Emprego e da Segurança Social – **Decreto-Lei nº 391/91**: Disciplina o regime de acolhimento familiar de idosos e adultos com deficiência. *Diário da República I – A Série*. (10 de Out. 1991). 5277 – 5280.
- 📖 PORTUGAL, Ministério do Trabalho e da Solidariedade – **Despacho Normativo nº 391/91**: Aprova as normas que regulam as condições de implantação, localização, instalação e funcionamento dos serviços de apoio domiciliário. *Diário da República I – B Série* (12 de Nov. 1999). 7960 – 7965.
- 📖 PORTUGAL, Ministério da saúde – **Circular Normativa nº 13 / DGCG**: Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: DGS 02/07/04. 19 p.
- 📖 PORTUGAL, Ministério da saúde – **Circular Normativa nº14 / DGCG**: Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Lisboa: DGS 13/07/2004.
- 📖 PAÚL, Maria Constança – *Lá para o fim da vida – Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina, 1997.
- 📖 PHILIBERT, Michael – *Le statut de la personne âgée dans la sociétés antiques et pré-industrielles. Sociologie et Sociétés*. Paris. 1984, 15-27.
- 📖 PHIPPS, LONG, WOODS, CASSMEYER – *Enfermagem medico-cirúrgica – conceitos e prática clínica*. Lisboa: Lusodidacta, 1990.

- 📖 PIMENTEL, Luisa – *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias* .
Coimbra: (s.n.) , 2001
- 📖 REIS, José J. – *Medicina Geriátrica*. 2ª ed. Lisboa: Citécnica, 1978. 353p.
- 📖 RIBEIRO, José L. Pais – *A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doença crónica*. Braga: II Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Braga: (s.n.), 1997.
- 📖 RICHARDSON, Roberto Jarry – *Pesquisa Social*. 2.ª edição, S. Paulo, Editora Atlas, 1989.
- 📖 ROBERTO, Júlio – *Ecologia Humana: Uma Filosofia da Existência*. In: ROBERTO, JÚLIO (Coord.) – **Ecologia Humana: uma nova maneira de Pensar**. Lisboa: edições Itau, 1996. 23-54.
- 📖 SORENSEN, Karen; LUCKMANN, Joan – **Enfermagem medico-cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1993.
- 📖 VALENTIM, Humberto – *Para uma Geronto Ecologia....*, In Roberto, Júlio (Coord.) – **Ecologia Humana: uma nova maneira de pensar**. Lisboa: Itau, 1996.55-64.
- 📖 VAZ SERRA; FIRMINO, Horácio et al – *Reacções Emocionais à doença Grave: Como lidar...*; 1ª edição, Edição Psiquiatria Clínica, Coimbra, 1991, 230p.
- 📖 WEINER, M.F., GRAY, K.F., 1996. Differential Diagnosis. In: *Dementias. Diagnosis, Management and Research*, (M. F. Weiner), pp 101-138, Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 📖 ZIMERMAM, Guite I. – *Velhice: Aspectos bio-psicossociais*. Poto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 2000. 229 p.

ANEXOS



ANEXO I



INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

1 – Sexo: Masc.....

Fem.....

2 – Idade: 65 – 69 anos.....

70 – 80 anos.....

81– 90 anos.....

90 ou mais anos.....

3 – Situação Profissional: Trabalhador Rural.....

Doméstica.....

Operário Fabril.....

Funcionário Público.....

Outra. Qual ? _____

- 4 – Instituição:** Lar.....
- Centro de Dia
- Apoio Domiciliário.....

- 5 – Apoio Domiciliário:** Lar.....
- Centros de Dia.....
- Centro de saúde.....

- 6 – Patologia:** Doença de Alzheimer.....
- Doença de Parkinson.....
- Demência.....
- Doença de Oncológica.....
- Outra. Qual ? _____

ANEXO II



**PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO PARA
REALIZAÇÃO DA PESQUISA DE FICHEIROS
NAS VÁRIAS INSTITUIÇÕES DE APOIO SOCIAL**

Vim através
Serviço de Oncologia
do Hosp. Dr. José Maria Grande,

DR.ª MARIA ROSÁRIO REINO PIRES
Directora do Centro de Saúde

Portalegre

Em resposta ao
solicitação informo-se
a Sr.ª Rufina João
Luis Rodrigues que a au-
torização é concedida.

Ex.mo Senhor
Director do Centro de Saúde de Portalegre

DR.ª MARIA ROSÁRIO REINO PIRES
Directora do Centro de Saúde

ASSUNTO: Tese de Mestrado – Pedido de autorização para aceder a dados para dissertação.

Maria João Pires Rodrigues, enfermeira graduada, a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos, do Hospital Dr. Jose Maria Grande, mestrando em Ecologia Humana na Universidade de Évora, vem por este meio solicitar a V. Ex.ª autorização para aceder a alguns dados acerca do número de doentes idosos que o Centro de Saúde dá apoio, relativamente ao ano de 2004 e 2005, assim como a incidência de patologias, no ~~concelho~~ de Portalegre.

Trata-se de uma investigação acerca das doenças crónicas na terceira idade, nomeadamente doenças oncológicas e doenças crónico-degenerativas.

Os dados recolhidos apenas serão utilizados neste estudo e em parte alguma será feito referência acerca da identidade dos doentes.

Os resultados deste estudo estarão disponíveis, logo que solicitados.

Agradecendo antecipadamente a atenção que V. Ex.ª puder dispensar ao assunto.

Com os melhores cumprimentos
Portalegre, 16 de Março de 2005

CENTRO SAÚDE PORTALEGRE
ENTRADA
DATA 22/3/2005
REGISTO 228



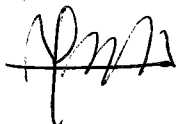
Maria João Pires Rodrigues

**EXMº SENHOR
CARLOS BILÉ
PROVEDOR DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA
DE ALEGRETE
7 300 ALEGRETE**

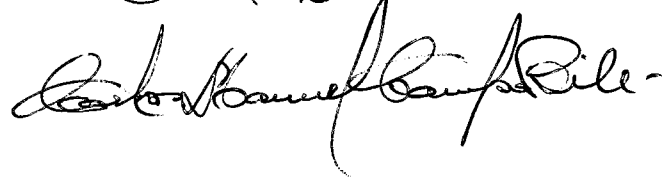
Maria João Pires Rodrigues, Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Dr. José Maria Grande – Portalegre, a fazer Mestrado em Ecologia Humana na Universidade de Évora, actualmente em fase de Dissertação de Tese, subordinada ao tema “Doenças Crónico-Degenerativas no Idoso na Comunidade”, pelo que, vem por este meio solicitar a V. Exª se digne fornecer-lhe os seguintes elementos:

- Nº de residentes na Santa Casa da Misericórdia de Alegrete em 2004;
- Nº de residentes actualmente e se possível as Patologias que os levaram ao internamento na Santa Casa;
- Idade dos residentes;
- Nº de utentes com Apoio Domiciliário e porquê.

Agradeço desde já, a vossa disponibilidade



Maria João Rodrigues

A. João
O Provedor:


Unidade de Cuidados Intensivos
Autorizado
31- Março, 2005

Ex.ma Senhora Directora da
Casa de repouso Senhora da Penha
Portalegre

**ASSUNTO: Tese de Mestrado – Pedido de autorização para aceder a dados para
dissertação.**

Maria João Pires Rodrigues, enfermeira graduada, a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos, do Hospital Dr. Jose Maria Grande, mestranda em Ecologia Humana na Universidade de Évora, vem por este meio solicitar a V. Ex.^a autorização para aceder a alguns dados acerca do número de doentes idosos da Casa de repouso Senhora da penha, relativamente ao ano de 2004 e 2005, assim como as suas patologias.

Trata-se de uma investigação acerca das doenças crónicas na terceira idade, nomeadamente doenças oncológicas e doenças crónico-degenerativas.

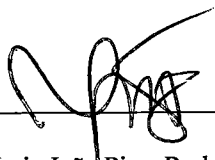
Os dados recolhidos apenas serão utilizados neste estudo e em parte alguma será feita referência acerca da identidade dos doentes.

Os resultados deste estudo estarão disponíveis, logo que solicitados.

Agradecendo antecipadamente a atenção que V. Ex.^a puder dispensar ao assunto.

Com os melhores cumprimentos

Portalegre, 31 de Março de 2005



Maria João Pires Rodrigues

Ex.ma Senhora Provedora da
Santa Casa da misericórdia de Portalegre

*autorizado
Contactar o Eng.º Ronaldo
12.4.2005*

ASSUNTO: Tese de Mestrado – Pedido de autorização para aceder a dados para dissertação.

Maria João Pires Rodrigues, enfermeira graduada, a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos, do Hospital Dr. Jose Maria Grande, mestranda em Ecologia Humana na Universidade de Évora, vem por este meio solicitar a V. Ex^a autorização para aceder a alguns dados acerca do número de doentes idosos da Santa Casa, relativamente ao ano de 2004 e 2005, assim como as suas patologias.

Trata-se de uma investigação acerca das doenças crónicas na terceira idade, nomeadamente doenças oncológicas e doenças crónico-degenerativas.

Os dados recolhidos apenas serão utilizados neste estudo e em parte alguma será feito referência acerca da identidade dos doentes.

Os resultados deste estudo estarão disponíveis, logo que solicitados.

Agradecendo antecipadamente a atenção que V. Ex.^a puder dispensar ao assunto.

Com os melhores cumprimentos

Portalegre, 31 de Março de 2005

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PORTALEGRE REGISTADO SOB O Nº	
7 ABR. 2005	
RESP: EM	OF: Nº
PROC: Nº	O FUNC:


Maria João Pires Rodrigues