



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

### **Mestrado em Saúde e Bem-estar das Pessoas Idosas**

#### *Especialização em Gestão de Equipamentos*

“Perspetivar a expectativa da família do utente idoso face à evolução da reabilitação após a entrada na Unidade de Cuidados Continuados”

**Autora:** Mónica Isabel Santinhos Neves

**Orientador:**

Professor Doutor Adriano De Jesus Miguel Dias Pedro

**18 de Março de 2013**

## **Mestrado Saúde e Bem-estar das Pessoas Idosas**

*Especialização Gestão de Equipamentos*

### **Dissertação**

“Perspetivar a expectativa da família do utente idoso face à evolução da reabilitação após a entrada na Unidade de Cuidados Continuados”

**Autora:** Mónica Isabel Santinhos Neves

**Orientador:**

Professor Doutor Adriano De Jesus Miguel Dias Pedro

## **AGRADECIMENTOS**

A todos os familiares dos doentes internados na Unidade de Cuidados Continuados de Arronches que tornaram possível a realização deste trabalho.

Ao Professor Dr. Adriando, orientador da tese de mestrado, pela disponibilidade e entusiasmo que demonstrou ao longo da realização deste trabalho.

À Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Deolinda Pinto, Provedora da Santa Casa da Misericórdia de Arronches onde decorreu o estudo, pela disponibilidade prestada.

Aos meus pais e namorado pelo apoio e disponibilidade prestados.

## **Resumo**

O presente trabalho pretende conhecer as expectativas dos familiares do utente idoso face à evolução da reabilitação após a entrada na Unidade de Cuidados Continuados de média duração.

O trabalho caracteriza-se por ser um estudo de caso, exploratório e de natureza qualitativa.

O presente estudo foi realizado com cinco participantes, selecionados entre os familiares dos utentes idosos na UCC.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi a entrevista semiestruturada. O conteúdo dos discursos dos participantes, foi analisado através da técnica da análise categorial temática, de acordo com os princípios da análise de conteúdo.

Através da análise de dados foram obtidos os seguintes resultados: os entrevistados manifestam a esperança na recuperação dos familiares através do otimismo, do seu bem-estar e da recuperação da sua autonomia.

Também foi referido pelos familiares dos doentes, o apoio prestado pelos técnicos, bem como, as atividades que ocupam os utentes durante o dia.

## **ABSTRACT**

*The expectations of the family relatives of elderly patients given the evolution of rehabilitation after their entry into the Continued Care Unit with an average length*

This work intends to meet the expectations of the family relatives of elderly patients given the evolution of rehabilitation after their entry into the Continued Care Unit with an average length.

The work is characterized as a case study, phenomenological, exploratory and qualitative in nature.

This study was conducted with seven participants, selected from among the relatives of elderly users in the Continued Care Unit.

The data collection instrument used was a semi-structured interview. The participants speeches was analyzed thru a thematic category technique, according to the principles of content analysis.

Through the analysis of data the following results had been gotten: the interviewed ones reveal the hope in the recovery of the familiar ones through the optimism, its well-being and the recovery of its autonomy.

Also it was related by the familiar ones of the sick people, the support given for the technician, as well as, the activities that occupy the usuaries during the day.

## **Abreviaturas e Símbolos**

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD'S- Atividades de Vida Diárias

DC- Doente Crónico

DGS- Direção Geral de Saúde

f.- folha

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

QV- Qualidade de Vida

QVRS- Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Séc.- Século

UCC- Unidade de Cuidados Continuados

UMDR- Unidade de Média Duração e Reabilitação

<b><u>Índice</u></b>	f.
<b>Introdução</b> .....	11
<b>1- Fundamentação Teórica</b> .....	16
<b>1.1- A Família</b>	
1.1.1- Uma Abordagem Histórica e Conceptual.....	16
1.1.2- Família e Parentesco.....	18
1.1.3- Teoria das Trocas Sociais.....	19
1.1.4- Teoria Psicanalítica.....	20
1.1.5- Diferentes Formas de Família.....	21
1.1.6- Estrutura Familiar.....	27
1.1.7- Papéis da Família.....	29
1.1.8- Funções da Família.....	31
1.1.8.1.- Comunicação.....	34
1.1.8.2- Valores.....	35
1.1.8.3- Relações de Poder.....	36
1.1.8.4- Coesão Familiar.....	37
1.1.9- Ciclo de Vida Familiar.....	37
<b>1.2- O Envelhecimento</b>	
1.2.1- O Processo de Envelhecimento: Enquadramento Biopsicossocial e demográfico.....	39
1.2.1.1-Envelhecimento Demográfico.....	40
1.2.1.2- Envelhecimento Biológico.....	42
1.2.1.3- Envelhecimento Psicológico.....	43

1.2.1.4- Envelhecimento Social.....	44
<b>1.2.2- As Teorias do Envelhecimento.....</b>	<b>47</b>
<b>1.3- Doença Crónica.....</b>	<b>51</b>
1.3.1- O Envelhecimento e a Doença Crónica.....	52
1.3.2- Perspetiva Biomédica e Psicossocial.....	54
1.3.3- A Doença Crónica e a Qualidade de Vida no Idoso.....	56
1.3.4- O Impacto da DC no Idoso.....	57
<b>1.4- Os Cuidados Continuados Integrados.....</b>	<b>58</b>
1.4.1- A Rede Nacional de Cuidados Continuados.....	60
1.4.2- Objetivos da Rede.....	62
1.4.2.1- Unidade de Média Duração e Reabilitação.....	64
<b>2- Metodologia.....</b>	<b>66</b>
2.1- Tipo de Estudo.....	67
2.2- População e Amostra.....	71
2.3- Instrumento de Colheita de Dados.....	71
2.4- Procedimento de Tratamento e Análise dos Dados.....	75
2.5- Validade e Fidelidade dos Dados.....	80
2.6- Considerações Éticas.....	82
2.7- Limitações e Dificuldades do Estudo.....	85



<b>3- Tratamento e Análise de Dados</b> .....	86
<b>3.1- Caracterização da Amostra</b> .....	86
<b>3.2- Sentimentos dos familiares face ao internamento do utente idoso (SFI)</b> .....	89
<b>3.2.1- Evolução da fala</b> .....	90
<b>3.2.2- Evolução na locomoção</b> .....	91
<b>3.2.3- Evolução nas AVD'S</b> .....	92
<b>3.3- Perspetivas dos familiares face à reabilitação dos utentes (PFR)</b> .....	95
<b>3.4- Perceção dos contributos dos técnicos na reabilitação dos utentes (PCR)</b> .....	100
<b>4- Conclusão</b> .....	106
<b>5- Referências Bibliográficas</b> .....	109
<b>APÊNDICES</b>	
<b>APÊNDICE I: Guião da Entrevista</b> .....	116
<b>APÊNDICE II: Consentimento Informado</b> .....	119
<b>APÊNDICE III: Pedido de Autorização à Santa Casa da Misericórdia de Arronches</b> .....	121
<b>APÊNDICE IV: Matriz de dados textuais para a meta categoria- Sentimentos dos familiares face ao internamento do utente idoso (SFI)</b> .....	122
<b>APÊNDICE V: Matriz de dados textuais para a meta categoria-Perspetivas dos familiares face à reabilitação dos utentes (PFR)</b> .....	126
<b>APÊNDICE VI: Matriz de dados textuais para a meta categoria- Perceção dos contributos dos técnicos na reabilitação dos utentes (PCR)</b> .....	130

## **Índice de Quadros**

**Quadro nº1-** Caraterização dos utentes

**Quadro nº2-** Caracterização dos Familiares entrevistados

**Quadro nº3-** Sentimentos dos familiares face ao internamento do utente idoso

**Quadro nº4-** Matriz de Síntese: Perspetivas dos familiares face à reabilitação dos utentes

**Quadro nº 5-** Matriz de síntese: Perceção dos contributos dos técnicos na reabilitação dos utentes

## **Introdução**

O aumento da longevidade da população deve-se principalmente aos contínuos avanços da medicina. No entanto esta longevidade acarreta consigo todo um conjunto de patologias que sendo incapacitantes não possuem também resposta curativa, conduzindo assim, a inúmeras situações de doenças (Twycross, 2001).

Apesar de todos os progressos da Medicina, a longevidade crescente e o aumento das doenças crónicas conduziram a um aumento significativo do número de doentes que não se curam. O modelo de medicina curativa, não se coaduna com as necessidades deste tipo de doentes, necessidades estas que têm sido frequentemente esquecidas, tal como as necessidades dos familiares/cuidadores.

Estas situações, pela sua duração e complexidade, têm inevitavelmente repercussões, de forma marcada, na dinâmica familiar, ao nível de alteração de papéis, modificações de comportamentos/relações entre os vários elementos que a constituem e na adaptação à sua nova situação, bem como, na organização dos serviços locais de saúde e do apoio social.

A sociedade tem sofrido inúmeras alterações nas suas estruturas populacionais e nos padrões de interação social. Emergiu uma população mais numerosa e com novas aspirações e exigências ao nível da melhoria da qualidade de vida.

Estas constantes mudanças e a conseqüente modernização e industrialização têm acarretado um conjunto de alterações familiares na estrutura, na organização, nas relações e nas “sociedades” familiares. No entanto, e apesar das transformações existentes, a família ainda é a principal fonte de ajuda e de apoio, nos diferentes cuidados. Santos (2008).

Para além do envelhecimento demográfico, as alterações do padrão epidemiológico e da estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa determinam novas necessidades em saúde e conduzem ao aparecimento de um grupo significativo de doentes para os quais, independentemente da idade e dos problemas decorrentes da sua perda de autonomia, urge organizar respostas adequadas à crescente necessidade de cuidados continuados, de forma personalizada, com qualidade e em proximidade, muito diferente do modelo de intervenção na doença aguda.

Na verdade, os cuidados a pessoas dependentes, qualquer que seja a sua patologia, é sempre considerada como sendo uma situação de crise no seio familiar alvo desses cuidados. O envelhecimento demográfico e o aumento da esperança média de vida associados ao aumento das doenças crónicas têm assumido cada vez mais importância devido à exposição demográfica com que as sociedades se têm confrontado. Muitos idosos não dispõem de autonomia suficiente e necessitam de apoio e/ou cuidados que tradicionalmente lhes são prestados no seio da família.

Para maximizar os potenciais daqueles que convivem com uma determinada doença crónica é necessário ir muito mais além dos cuidados de saúde tradicionais. Um sistema de saúde que se centra exclusivamente no objetivo de cura apresenta uma lacuna nos recursos disponíveis para a população em questão. Deste modo, é imprescindível o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde que promovam estratégias e intervenções, as quais visem as vertentes emocional e social e privilegiem a satisfação das necessidades crescentes, acionando a tão fundamental descentralização da doença do indivíduo.

Assim sendo, surge a necessidade de um contínuo investimento na área de cuidados continuados, pois só assim será possível dar resposta as necessidades do doente e dos familiares, proporcionando a ambos a maior qualidade de vida possível (Twycross, 2001).

Ao proceder-se a uma projeção do cenário concebido ao longo das últimas décadas é possível verificar uma rápida transição dos perfis de saúde da população, que resulta do predomínio de enfermidades crónicas, evidenciando-se este fenómeno nos indivíduos idosos (Freedman & Martin, 2000).

A doença crónica surge, exponencialmente, como uma das problemáticas contemporâneas, nomeadamente ao nível dos sistemas de saúde e de proteção social, que acompanha frequentemente o aumento da esperança média de vida (Sousa, 2007). As demais condições têm impactos dissemelhantes, mas todas interferem de algum modo na homeostasia do indivíduo e, concomitantemente, na sua qualidade de vida (Cabete, 2005). Dizem respeito a doenças cujas contrariedades abalam as diferentes dimensões que contemplam o doente, como as de carácter físico, emocional, psicológico, familiar, social e profissional, transformando significativamente o seu projeto de vida (Góngoro, 1996). O modo como o DC vive depende não só das próprias características do doente, como do apoio familiar e social que recebe, exigindo um desmesurado esforço de adaptação aos efeitos prolongados subsequentes (Polland, 2003).

Em resposta a esta realidade, a rede de equipamentos direcionados ao idoso tem vindo a aumentar. Em Abril de 2005 surgem as primeiras linhas de um modelo de cuidados continuados

para Portugal, o qual visava a conceção de um novo espaço que disponibilizasse todos os cuidados necessários a cada indivíduo. Nesta extensão foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados que, seguindo as diretrizes de um modelo biopsicossocial e articulando os cuidados de saúde com o apoio social, presta um serviço individualizado e promotor da melhoria da qualidade de vida e da satisfação dos indivíduos.

Para compreender a dinâmica deste tipo de equipamentos no contexto de internamento procede-se a uma breve caracterização do processo de internamento, evidenciando as repercussões que este mesmo processo tem no idoso. Posteriormente, e abordada a questão dos cuidados continuados, contextualizando-os no âmbito da RNCCI e fazendo referência as unidades de internamento de que dispõe, nomeadamente as de convalescença, as de média duração e reabilitação e as de longa duração e manutenção. Pretende-se evidenciar a necessidade de avaliação do grau de satisfação dos utentes que usufruem dos cuidados disponibilizados por este tipo de serviço.

A escolha do tema para o presente estudo está relacionada com a expectativa dos familiares dos utentes idosos têm relativamente à sua melhoria e recuperação na Unidade de Cuidados Continuados.

Como afirma Fortin (2009:66), “O ponto de partida de uma investigação é uma situação que suscita interrogações, um mal-estar ou uma inquietação, que pede uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão.” A esse respeito, Collière (1989:203) refere que a “(...) orientação para a investigação pode ser (...) a tradução de um desejo de questionar e de elucidar os fenómenos, a fim de aprender a compreendê-los melhor e saber utilizá-los a nível da prática de cuidados.” Assim sendo, corresponde o tema em estudo ao problema de investigação que se quer elucidar.

Burs e Grove (2001), referidos por Fortin (2009:5), definem a investigação “(...) como um processo sistemático, visando validar conhecimentos já adquiridos e produzir novos que, de forma direta ou indireta, influenciarão a prática.”

De acordo com Quivy e Campenhoudt (2003), várias poderão ser as perspetivas a serem estudadas. No presente estudo, optou-se por perspetivar as expectativas dos familiares face à reabilitação do utente idoso internado na UCCI, de modo a conseguir responder ao que as famílias esperam como resultado final da reabilitação da pessoa idosa depois de entrar na Unidade de Cuidados Continuados. Este estudo decorreu na Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração de Arronches.

A melhor forma de iniciar um trabalho de investigação, em concordância com Quivy e Campenhoudt (2003:44), “(...) consiste em esforçar-se por enunciar o projeto sob a forma de uma pergunta de partida.” Esta servirá de primeiro fio condutor da investigação, em que o investigador tenta exprimir o mais exatamente possível aquilo que procura saber, elucidar e compreender melhor. A pergunta que guiou o estudo em questão foi: “Perspetivar a expectativa da família do utente idoso face à evolução da reabilitação após a entrada na Unidade de Cuidados Continuados”

Perante esta questão, surgiram algumas interrogações relacionadas com a necessidade de definir os familiares; Que expectativas têm quando o familiar sair da Unidade? O que acha que os técnicos poderiam fazer mais para se obter ainda mais resultados?

Para Moreira (2001), os familiares relegavam as suas necessidades face às necessidades da pessoa que cuidavam. As necessidades identificadas foram de várias dimensões: cognitivas, afetivas e de apoio domiciliário.

Marques (2007), no seu estudo sobre os cuidadores informais dos doentes com AVC, conclui que maioritariamente as necessidades do doente são prioritárias face às do cuidador. As principais verbalizadas estavam relacionadas com o apoio profissional.

Ser portador de doença crónica é pensar no dia de hoje e não ter uma certeza, nem perspectiva do futuro. No entanto, o isolamento e a solidão são, talvez, sentimentos mais assustadores do que a presença da própria doença. Ter família/cuidador é ter a certeza de que possui alguém com quem se possa partilhar sentimentos de alegria, tristeza, medos e perdas. É ter a certeza de ter alguém que lhe é querido, que apoia e cuida, se necessário. É a forma de ultrapassar muitas vezes o isolamento e sofrimento permitindo alcançar-se objetivos realistas.

De acordo com Santos, (2005) não são apenas os laços de sanguinidade que definem o conceito de rede familiar são também os laços sentimentais entre as pessoas, a proximidade geográfica, a coabitação na mesma residência ou mesmo a utilização de redes de apoio utilitárias.

Ao longo do trabalho é apresentada revisão bibliográfica, onde emergem as proposições que orientam o pensamento e a pesquisa bibliográfica efetuada, permitindo situar a área temática em estudo.

Tendo como fio condutor a questão de partida, para o desenvolvimento deste trabalho traçou-se o seguinte objetivo: analisar a perspectiva do familiar do utente no que refere à

evolução da reabilitação do utente. Considerou-se importante compreender as modificações na família ao longo dos tempos, as teorias associadas, os tipos de família, os Doentes crónicos e as Unidades de Cuidados Continuados.

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa, apresentado sob a forma de estudo de caso.

O presente trabalho foi elaborado de acordo com as normas de elaboração da Universidade de Évora.

Este trabalho está estruturado em vários “capítulos”, sendo que no primeiro será apresentada a fundamentação teórica que sustenta o presente trabalho.

De seguida, as questões de natureza metodológica: opções metodológicas, justificando a opção pela abordagem qualitativa; seleção do terreno de pesquisa; definição da população; estratégia de recolha de informação, para a obtenção do corpus de análise; considerações éticas; fiabilidade; validade do estudo; e limitações do mesmo.

Posteriormente é feita a apresentação e análise de dados, das conclusões, onde se referem as sugestões de estudo.

No final do trabalho, após as referências bibliográficas, apresentam-se os apêndices que incluem os documentos considerados relevantes para a compreensão do processo metodológico do referido estudo.

## 1- Fundamentação Teórica

Na investigação qualitativa, e de acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), a revisão de literatura faculto os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre um tópico e clarifica a importância do novo estudo. As revisões da literatura existente para além de servirem como função integradora, facilitam a sistematização de conhecimentos.

Para Creswell (1994), a literatura oferece um pano de fundo ao problema bem como, no final, serve para comparar e contrastar os resultados (categorias) emergentes do estudo. Procedeu-se assim, á elaboração de um referencial teórico que serve de suporte à investigação. Burns e Grove (2003) referenciados por Fortin (2009:86), afirmam que:

*“ A revisão da literatura é indispensável não somente para definir bem o problema, mas também para ter uma ideia precisa sobre o estado atual dos conhecimentos sobre um dado tema, as suas lacunas e a contribuição da investigação para o desenvolvimento do saber.”*

### 1.1- A Família

#### 1.1.1- Uma abordagem histórica e conceptual

A família, ao longo dos tempos, tem sido objeto de um grande número de estudos sociais, históricos e antropológicos, que canalizam a sua estrutura e as várias relações de parentesco. A palavra “família”, cuja origem etimológica nos remete ao vocábulo latino *famulus*, que significa servo ou escravo, nos povos primitivos equivalia ao conjunto de escravos ou criados da mesma pessoa.

Moreira (2001) - Segundo Varela os povos mais antigos antes de se organizarem politicamente através do estado, viviam socialmente em famílias.

Na fase pré científica, a família é objeto de várias teorias filosófico pragmáticas, é considerada a encarnação das ideias platónicas relativas à justiça e ao amor, não sendo reconhecida como instituição social. Moreira (2001)

Covas (2006), citando Comte (1993), “a sociedade compõem-se de famílias e não de indivíduos”, considera assim a família como um verdadeiro elemento sociológico.



O autor Covas (2006) revela que ao longo dos tempos, o conceito de família não é unívoco, pela diversidade dos modelos familiares nas diferentes culturas. Os seus membros assumem determinadas funções e papéis esperados em relação a cada um dos membros e da família como um todo.

O percurso da família no ocidente é abordado por Amaro (2006), referindo que a família no ocidente era uma unidade multifatorial, que vivia principalmente centrada na rede de parentesco e na comunidade. Na verdade, consistia mais numa unidade de produção do que consumo, em que os padrões eram transmitidos ao longo das gerações, como por exemplo, os filhos tinham o dever de honrar os pais.

Para Amaro (2006) a família era essencialmente numerosa, tinha como principal rendimento a agricultura, e as crianças viviam em contato com os pais e com uma rede alargada de parentes em toda a comunidade. Os casamentos eram condicionados pelos interesses das famílias.

Amaro (2006), aponta que com o surgimento da industrialização despontam novas necessidades na família, alterando todas as suas funções. A fonte de produção é essencialmente na fábrica e a saúde e educação são partilhadas fora do contexto familiar. Surge a família nuclear, com maiores condições de mobilidade geográfica, sendo um fator importante a adaptação à nova sociedade. A família centra-se mais em si, o individuo adquire maior importância em relação à comunidade e o apoio emocional dos seus membros é uma das principais funções da família.

Gimeno (2003), refere que a industrialização fez com que os trabalhadores abandonassem o local de origem e fixassem residência perto dos locais de trabalho. Do ponto de vista económico, a família de uma unidade de produção deu origem a uma unidade de consumo.

Segundo Gimeno (2003), na sociedade ocidental, sobretudo a partir da revolução industrial, as funções básicas orientam-se cada vez mais no sentido da proteção dos filhos, as responsabilidades associadas a cada progenitor tendencialmente equiparam-se, surgem modelos familiares diferentes, favorecendo a tolerância e a valorização da diversidade.

Amaro (2006:15) citando George Murdock (1949),

*“A família é o grupo social caracterizado por residência em comum, cooperação económica e reprodução. Inclui adultos de ambos os sexos, dois dos quais, pelo menos, mantém uma relação*

*sexual socialmente aprovada, e uma ou mais crianças dos adultos que coabitam com relacionamento sexual, sejam dos próprios ou adotados”.*

Atualmente este conceito não tem aplicação nos novos modelos de família presentes nas sociedades contemporâneas.

Amaro (2006), faz referência à teoria feminista, que remonta ao Século XVIII na obra de Wollstonecraft (1792), defendendo a ideia de que a mulher tinha como única via para a sua afirmação e desenvolvimento: o casamento.

Nos finais do Séc. XX, o movimento de emancipação das mulheres é centrado essencialmente no direito ao voto. Nos anos trinta, Margaret Mead, com os livros “Coming of age in Samoa” (1928), “Growing up in New Guinea” (1930), “Sex and temperament in three Primitive Societies” e “Male and Female” (1955), foi uma das autoras que mais influenciou o movimento feminista.

Segundo Amaro (2006), as teorias feministas da família revelam preocupação em analisar na família e na relação entre os sexos os aspetos positivos, como o amor, o conforto e a interajuda, e os negativos, como a violência e a exploração de crianças e mulheres. Assim, esta teoria distingue sexo, referente ao componente biológico, e género, componente sócio cultural. Engloba como dimensões principais, a pessoa que permite que se identifique como homem ou mulher, *status* social e dimensão cultural que incorpora mitos, valores e os símbolos associados a cada género.

### **1.1.2- Família e Parentesco**

Segundo Amaro (2006), o parentesco designa as relações entre pessoas pelo facto de terem uma ascendência comum, descenderem umas das outras consanguineamente, como a relação entre o indivíduo e o irmão do seu pai biológico, ou estarem relacionados pela adoção ou casamento (relação entre marido e mulher), e afinidade, relação entre um indivíduo e a esposa do irmão do pai.

Embora este seja um conceito universal, a sua regulação é diferente consoante as culturas. Enquanto o conceito sociológico engloba todo o tipo de relações baseadas em laços sanguíneos, de afinidade ou sociais. Amaro (2006)

Em termos jurídicos, o código civil estabelece diferenças entre afinidade e parentesco. Amaro (2006), refere que se pode considerar o parentesco consanguíneo, por aliança social. Este está presente em algumas relações como a de padrinhos e afilhados e noutras relações sociais onde estão implicados direitos e deveres mútuos de interajuda, que por vezes se estabelecem entre pessoas que pertencem à mesma comunidade.

*“O parentesco consiste numa relação entre pessoas que se vinculam pelo casamento ou cujas uniões sexuais geram filhos ou ainda que possuam ancestrais comuns”.* (Osório, 1996:15).

### **1.1.3- Teoria das Trocas Sociais**

Esta teoria é abordada por Amaro (2006), e procura explicar a existência e o desenvolvimento de uma família, segundo os interesses pessoais de cada um dos seus membros. Está focada na motivação e na vida familiar como fonte de benefícios para cada membro da família.

Segundo Amaro (2006), o conceito de troca é central nesta teoria, cada indivíduo age de forma racional, tem os seus interesses pessoais e motivações que são importantes para a compreensão de fenómenos da família. Tem como principais conceitos: o custo/benefício, perante uma decisão o indivíduo pondera e tende a obter o máximo ganho; e nível de comparação, perante as mesmas ou diferentes situações o indivíduo compara o seu desempenho e pondera se a sua decisão é mais favorável do que aquela alcançada pelos outros.

Para Amaro (2006), um outro conceito central nesta teoria, são as trocas e equidade, em que as transações sociais são devidamente ponderadas, tendo em vista a obtenção de benefícios para ambas as partes, mesmo não sendo real, o importante é que o princípio da equidade seja percecionado.

Como aplicação prática à família, segundo Amaro (2006), pode-se concluir que:

- Os indivíduos optam sempre pelo comportamento que oferece maior vantagem;
- Quando não há benefícios, os indivíduos optam sempre pelo comportamento que tenha menores custos;
- Perante duas alternativas em que os benefícios são semelhantes, os indivíduos optam pelos que são de longo prazo;

- Quando os benefícios a longo prazo são semelhantes, os indivíduos optam pelos mais vantajosos a curto prazo.

Esta teoria pode ser aplicada em vários aspetos da vida familiar, nomeadamente a situação de divórcio, aconselhamento conjugal, entre outros. São formuladas algumas críticas a esta teoria, nomeadamente pelo facto de uma família não ser agregada de indivíduos e a análise das questões familiares não poder recair nas decisões individuais. Também é difícil explicar determinados comportamentos familiares, centrando-se somente no interesse do próprio, como os comportamentos que traduzem os deveres dos filhos para como os pais. Outra dificuldade é explicar o comportamento altruísta porque é difícil existir uma norma de reciprocidade pondo-se assim em causa o princípio da maximização dos benefícios. No entanto, encerra alguma potencialidade permitindo explicar determinados aspetos da vida familiar que estão mais centrados no indivíduo.

#### **1.1.4- Teoria Psicanalítica**

Segundo Amaro (2006), esta teoria parte do pressuposto que os indivíduos, aparentemente se regulam por critérios objetivos sendo capazes de controlar a sua vida e destino. Os comportamentos e atitudes individuais são o resultado de forças conscientes e inconscientes, cuja estruturação é desenvolvida na infância, perante a qual o papel dos pais e a forma de relacionamento que estabelecem com a criança é primordial. O consciente corresponde ao que os indivíduos sentem como real, inclui os pensamentos, emoções, e reações. Várias vezes transmitem a sensação ao indivíduo e aos outros de um comportamento com carácter racional e objetivo. Por outro lado, o inconsciente pode ser fonte de fantasias, ansiedades e comportamentos aparentemente inexplicáveis, influenciando a vida. Aborda a parte pré-consciente, que em determinadas situações se pode tornar consciente.

Amaro (2006), citando Freud (1912), em sobreposição aos três níveis de consciência considera existirem como elementos estruturais da personalidade, o “id”, (conjunto de forças instintivas que permanecem no inconsciente), o “ego” (elemento estrutural da personalidade que coloca o indivíduo em contacto com a realidade e se rege pelo princípio da mesma) e o “superego” (que representa as noções do mal e do bem, transmitindo ao indivíduo a noção de dever e de comportamento adequado). As forças do inconsciente e as exigências do superego obrigam o ego a enfrentar por vezes situações de grande ansiedade para encontrar o equilíbrio.

Neste contexto surgem mecanismos de defesa do ego como a racionalização, sublimação, projeção e negação. Todos eles podem desenvolver-se em contexto familiar, cujo conhecimento é necessário na compreensão dos processos desenvolvidos numa família. Esta teoria explica a importância na formação da identidade e consciência do indivíduo nomeadamente, o papel primordial do pai e da mãe.

### **1.1.5- Diferentes formas de família**

Nos últimos anos tem surgido novas formas de família, que podemos caracterizar como um conjunto variado de configurações familiares distintas da família, da família nuclear tradicional e da família de três gerações. (Alarcão,2000)

Segundo Slepj (2000), uma variável que distingue as várias formas de família, é o reconhecimento da descendência que pode ser do tipo **matrilinear**, características das sociedades mais antigas, em que o irmão da mãe tinha autoridade sobre os filhos ou **patrilinear**, em que a descendência se estabelece por via paterna e ao filho é atribuído o apelido do pai, como sucede na sociedade contemporânea ocidental.

Nos **sistemas familiares extensos** com base na regra da residência, a família pode ser **patrilocal**, quando os filhos casam e continuam a viver na casa da família de origem, com a mulher e os filhos, ou do tipo **matrilocal**, em que as filhas levam os maridos para casa da mãe. Slepj, (2000)

Nas sociedades ocidentais a família de tipo monogâmico é o resultado de várias mudanças que se operaram ao longo dos séculos, “...a família monogâmica é a expressão do sistema consanguíneo ariano, em que o casamento tem lugar entre casais individuais com coabitação exclusiva.” (Slepj, 2000:74)

- Família Matriarcal

Slepj (2000), segundo Bachofen (1988), os evolucionistas reconhecem que o matriarcado permitiu maior solidez na família e ordem social, reconhecendo como méritos os valores femininos e mitigando os instintos violentos do homem.

Para o autor supracitado, como aspeto negativo atribui a desvalorização da identidade e do papel masculino nas funções de pai e marido, substituído pelo tio materno. Nestas sociedades, a descendência era estabelecida pela linha feminina. Neste sistema familiar, o casamento entre parentes próximos não é permitido, mas consentido no círculo alargado, onde podem casar e reproduzir-se permanecendo dentro do seu clã, “...grupo parental cuja pertença é determinada pelo facto de se descender de forma direta de um antepassado real ou simbólico.” (Slepoj, 2000:119)

Atualmente encontra-se este tipo de organização social, nas populações do Brasil Meridional, Nova Patagónia, Nova Guiné e em outras populações que mantêm a organização social das casas coletivas. Slepoj, (2000).

- Família Patriarcal

A família tradicional da sociedade pré industrial era caracterizada pelo patriarcado, designação “...do sistema baseado na autoridade institucionalizada do homem no seio da família, o qual se introduz depois em toda a organização social.” (Amaro, 2006:48).

Amaro (2006), segundo a teoria de Johann Bachofen, no Séc. XIX, o patriarcado seria substituído pelo sistema original do matriarcado. A mesma autora, referindo-se a Fulcher e Scott (1999), estes concluem que o conceito de patriarcado desempenhou um papel importante, pois chama a atenção para os padrões de conflito de interesses e de dominação entre mulheres e homens, sendo no entanto a sua explicação duvidosa.

Segundo Osório (1996), primeiramente as famílias organizavam-se sobre a forma patriarcal, no desconhecimento do papel do pai na reprodução, procede-se à transferência ao tio materno dos direitos e deveres habitualmente atribuídos ao pai.

Na verdade, Osório (1996) refere que esta organização familiar está sob a autoridade do homem, mais velho do grupo e os filhos casados ficam em casa paterna. Na mesma casa vivem várias gerações, a descendência é feita pela linha paterna. Tem como características serem coesas, fechadas ao exterior, mantem a propriedade indivisa, instinto da primogenitura, onde se verifica a consolidação e formação de riqueza.

Na sequência natural da vida nómada dos povos primitivos, os homens saem à procura de alimento, as mulheres assumem o cuidado aos filhos, adquirem o direito de propriedade e certos direitos políticos. Osório, (1996).

Osório (1996), refere que segundo os evolucionistas, o desenvolvimento da agricultura, sedentarismo, são responsáveis pela instalação progressiva do patriarcado. Este tipo de família está presente, em alguns Povos Indianos, Celtas, Albaneses, eslavos e da África Oriental.

- Família Contemporânea nas Sociedades Ocidentais

As sociedades contemporâneas, ocidentais caracterizam-se por constantes transformações e mudanças. Para Osório (2000), com o aumento da esperança média de vida, o envelhecimento da população altera o ciclo de vida e com o surgimento de sociedades mais envelhecidas surgem novos relacionamentos intergeracionais.

Também a família enquanto grupo, instituição e sistema, tem sofrido os efeitos da mudança social. Covas (2006) indica que apesar das mudanças, nomeadamente, avanços a nível científico e tecnológico acentuados nas últimas décadas, que são características das sociedades ocidentais, associados aos movimentos feministas dos anos sessenta, a família acarreta novos desafios, enfrenta novos problemas, novas contingentes questões, e está em permanente fase de transição “...a família persiste assumindo novos modelos e estruturas, atualizando-se permanentemente, rejuvenescendo-se.” Covas (2006:9)

Osório (1996), citando Murdock (1949), com o seu estudo transcultural sobre o parentesco, confirmou a hipótese da universalidade da família nuclear em particular e universal.

O autor Slepj (2000) menciona que a família nuclear é o ponto de chegada de um longo percurso de organização estrutural, conseqüente das mudanças operadas nos últimos anos. No entanto, a família contemporânea é uma estrutura em crise, ou simplesmente em evolução, pois perdeu parte da sua estabilidade e conquistou uma maior elasticidade.

De acordo com Amaro (2006), nas sociedades contemporâneas ocidentais, tendencialmente verifica-se o aumento das pessoas solteiras, homens e mulheres a viverem sozinhos, o aumento do número de divórcios e o fenómeno da coabitação “... designa a situação em que duas pessoas vivem em comunhão de cama, mesa e habitação sem estarem formalmente casadas.” (Amaro, 2006:65)

Por outro lado, à semelhança de outros países ocidentais, em Portugal a partir das décadas de 80 e 90 verifica-se o aparecimento e o aumento progressivo de novas formas de família, as quedas acentuadas nas taxas de nupcialidade, fecundidade, aumento das uniões de facto e taxas de divórcio contribuem para o aumento da diversidade de família quanto à sua estrutura. Covas, (2006).

Numa perspetiva demográfica, atualmente, cada vez mais coabitam diferentes formas de família: compostas por pais e filhos (geralmente duas gerações), por um só cônjuge sem filhos; por anciãos e outras formas de ligação. Moreira,( 2001).

Segundo Giddens (2004), a grande diversidade de famílias e formas de agregados familiares é um traço distintivo da época atual.

- Família Nuclear

Segundo Gimeno (2003), este é o modelo de família predominante na cultura ocidental pós-industrial. A família nuclear pode ser constituída por uma unidade residencial, com funções de produção e de consumo, onde nem todos os membros são parentes, referindo que “...na sociedade moderna atual, a família nuclear sofre uma forte mudança, é menos exclusiva e encontra-se em crescente concorrência com outras formas de associação, como os casais de indivíduos de mesmo sexo.” (Santos, 2006:114)

Giddens (2004:175), definiu a família como “...dois adultos vivendo juntos num mesmo agregado como os seus filhos biológicos ou adotados”, onde se incluem pais e filhos, que convivem no lar familiar e sem outros parentes.”

- Família Extensa

É definida como “...um grupo de três ou mais gerações que vivem na mesma habitação ou muito próximas umas das outras.” (Giddens, 2004:175)

O autor Amaro (2006) descreve a família extensa como sendo constituída pela família nuclear e outros parentes, como tios, avós ou núcleos familiares com origem no casamento dos filhos.



Gimeno (2003), adota o conceito de família alargada, que inclui outros graus de parentesco, pelo menos três gerações no sentido vertical e os primos germanos no sentido horizontal.

- Novas Formas de Família

De acordo com Amaro (2006), o surgimento de novas formas de família é fruto da evolução das sociedades ocidentais, refere que estas, podem ser famílias unipessoais, constituídas por uma só pessoa solteira ou viúva, famílias reconstituídas, que resultam da união de dois cônjuges em que pelo menos um trás para o casamento filhos dependentes, e famílias mono parentais, constituídas por um dos pais e os seus filhos.

- Família Homossexual

As famílias homossexuais são constituídas por duas pessoas com o mesmo sexo com ou sem filhos.

Segundo Giddens (2004), este tipo de famílias, tem como características, o acompanhamento mútuo, responsabilidade na doença, afeto, entre outras. *“As relações entre homens e mulheres homossexuais são muito mais baseadas no compromisso pessoal e na confiança mútua do que na lei...”* (Giddens, 2004:194).

Giddens (2004), segundo Weeks, Heaphy & Donovan (1999), distinguem três padrões significativos nos casais homossexuais, maior oportunidade de igualdade entre parceiros, negociações e compromisso.

Alarcão (2000), evoca os estudos de Harris e Turner (1985/86, in long, 1996), dizendo que o ser homossexual é compatível com o desenvolvimento da parentalidade afetiva. Simth e Roy (1981, in long, 1996), não encontraram diferenças entre as mães homossexuais e as mães heterossexuais quando comparadas nos seus interesses maternos, práticas educativas e estilos de vida. Zackes, Green & Marrow (1988), avaliaram o funcionamento das famílias homossexuais e heterossexuais, através do Modelo Circumplexo de Olson e verificaram que as primeiras apresentavam níveis mais elevados de adaptabilidade e coesão. No entanto, nestas famílias tem sido considerado como problemático o desenvolvimento da identidade sexual. Alarcão, (2000).

- Famílias Monoparentais

*“As famílias são constituídas por um “...familiar onde a geração dos pais está apenas representada por um único elemento. Na ausência de um dos cônjuges o subsistema conjugal perde-se ou não chega a constituir-se. A nível do subsistema parental, as dificuldades surgem pela impossibilidade de partilhar tarefas e de suporte na tarefa educativa que os pais assumem em relação aos filhos. A forte ligação que se estabelece entre o progenitor e o(s) filho(s) e a ausência de dimensão conjugal acentuam a dificuldade da separação, e a família pode estruturar-se de forma emaranhada.”*  
Alarcão (2000:12)

Alarcão (2000), nestas famílias pode acontecer as situações de parentificação, em que um dos filhos geralmente o mais velho assume o papel de progenitor ausente. Outro aspeto referido também por autor Alarcão (2000), é a problemática identificativa em que o filho de um progenitor do mesmo sexo, tem dificuldade na sua identificação. Também a ausência de um progenitor pode ser vivida pela criança como sentimento de diferença, em relação aos seus pares, por uma falha que ninguém consegue colmatar.

Segundo Giddens (2004), cerca de 60% destas famílias são originadas por separação ou divórcio. Também a redução do número médio de pessoas por família está associado ao aumento da monoparentalidade. (Rosa &Chitas, 2010)

- Famílias Reconstruídas

De acordo com o autor Alarcão (2000), estas famílias são constituídas por pessoas que no passado, tiveram outras famílias, em parte agora reunidas neste novo sistema. No passado tinham a sua origem fundamentalmente em sequência de viuvez, na atualidade a partir de situações de divórcio.

Do ponto de vista do desenvolvimento da família, está presente a coexistência de diferentes etapas do ciclo de vida familiar, por exemplo em famílias cujas idades dos filhos são muito distintas. Estas etapas têm de ser vividas em simultâneo e por isso encontra-se também a necessidade de criar novas regras e padrões transgeracionais para viver o presente. Alarcão (2000).

A constituição de famílias recompostas através de segundos casamentos ou de novas, relações envolvendo filhos e relações anteriores. Para Gimeno (2003:45), “*são cada vez mais frequentes os casos de divórcio e famílias reconstruídas...*”, sendo “*...uma família em que pelo menos um dos adultos tem filhos de um dos matrimónios anteriores.*” (Giddens, 2004:185)

São consideradas outros tipos de famílias, que não se enquadram nos tipos de famílias anteriormente descritos, como o caso das famílias composta por exemplo por viúvas ou irmãs solteiras, mulheres de idade a viver juntas em comunidades religiosas. Gimeno, (2003).

No que diz respeito ao mencionado neste capítulo, refletindo, “*O Harém muçulmano, a alargada família hindu, a família nuclear europeia, ou a família patriarcal cigana, são todos eles modelos familiares substancialmente diversificados, mas perfeitamente compreensíveis à luz da cultura em que se criam.*” (Gimeno, 2003:17)

#### **1.1.6- Estrutura Familiar**

Ao longo dos tempos a família tem vindo a passar por várias transformações, que têm afetado o seu desenvolvimento, ao nível da sua estrutura, funções e interações entre os seus membros. Amaro, (2006), menciona que em cada família, os papéis são adaptados à sua estrutura, e às forças ambientais internas e externas, em que todas assumem funções, estabelecem interações que permitem manter a integridade e responder às necessidades dos seus e às expectativas da sociedade.

Na verdade, o significado social da família assenta na função mediadora entre a sociedade e os membros que a constituem. Amaro (2006).

Segundo Amaro (2006), a família é uma instituição em permanente evolução em que a estrutura, as funções e as relações que se estabelecem entre os seus membros sofrem modificações ao longo do tempo.

Esta estrutura “*(...) refere-se às características (sexo, idade, composição do agregado) dos membros que compõem o agregado familiar (...) representa as posições ocupadas pelos indivíduos que estão envolvidos dentro da unidade familiar de uma forma regular, com ocorrência de interações e relações.*” (Stanhope & Lancaster 1999).

No entanto estas relações estabelecem-se em cada etapa da vida da família e conferem-lhe configurações particulares, nomeadamente perante uma situação de crise natural, como uma doença, sem alterar a identidade básica da família. (Alarcão, 2000)

Considerando a família quanto à sua tipologia estrutural, Alarcão (2000), segundo Minuchin (1979), a partir da diferenciação e permeabilização de limites, considera nos extremos fronteiras difusas, características das famílias emaranhadas, e fronteiras rígidas, características das famílias desmembradas.

As primeiras são denominadas por movimentos centrípetos, fechados sobre si, promovem e alimentam um exagero de intercâmbios de preocupações entre os diferentes elementos, reduzindo as distâncias interpessoais. Alarcão (2000). Os papéis familiares são rígidos. Estabelecem fronteiras rígidas com o exterior, as capacidades de adaptação são restritas, tornando stressantes as solicitações de autonomia, consideradas como falta de lealdade para com o sistema familiar. Prevalece o mito da unidade familiar, em que o sofrimento de um dos membros tem uma repercussão imediata no comportamento dos restantes, observando-se uma invasão maciça das fronteiras pelas dificuldades que ecoam em todos os subsistemas. Alarcão (2000).

Contrariamente as famílias desmembradas, estabelecem fronteiras excessivamente rígidas no seu interior e difusas com o exterior, com movimentos centrífugos.

O autor Alarcão (2000) refere que os indivíduos são individualistas, a agressividade e os comportamentos estão presentes, os papéis parentais são instáveis e dotados de uma aparente rigidez.

Os intercâmbios comunicacionais entre os subsistemas são difíceis e as funções de proteção da família estão diminuídas. O sofrimento de um dos membros dificilmente passa as fronteiras que separam os diferentes elementos porque são muito rígidas. Habitualmente os seus membros só pedem ajuda se o sofrimento for muito elevado. Alarcão (2000), citando Minuchin (1979), salienta que:

- a) Numa família funcional é possível encontrar períodos de emaranhamento, ou de maior desmembramento, consoante a etapa do ciclo da vida onde se encontra.
- b) Todas as famílias se encontram num contínuo passando pelas situações descritas.
- c) Podem existir diferentes tipos de limites entre os vários elementos.
- d) É essencial situar a família no seu contexto cultural.

A estrutura permite-nos visualizar e compreender a posição e o funcionamento dos diferentes subsistemas.

Segundo Friedman (1992), o conceito de estrutura é baseado no equilíbrio entre quatro partes ou subsistemas: papéis, valores, poder e comunicação. O padrão estável da organização familiar depende da forma como estas se interrelacionam e estão organizadas. O autor supracitado menciona que cada família tende a modificar os papéis familiares e os procedimentos inerentes tendo em conta a sua estrutura, o ambiente interno e externo da unidade familiar.

*“... a família é uma instituição em permanente evolução e que a sua estrutura, as suas funções e as relações que estabelecem entre os seus membros sofrem modificações ao longo do tempo.”* Amaro (2006:14)

### **1.1.7- Papéis da Família**

Stanhope & Lancaster (1999), citando Duvall & Miller (1985), o papel é um conjunto de expectativas de comportamento, de obrigações e de direitos que estão associados a uma posição na família ou no grupo social.

A idade, o sexo e o grau de parentesco são as variáveis que geralmente contribuem para o papel desempenhado pelo indivíduo, no seio da família.

Covas (2006) citando Segalen (1981) considera que o papel é uma resposta comportamental do indivíduo face às normas da sociedade e dos modelos culturais.

Segundo Covas (2006), o facto de o indivíduo desempenhar determinados papéis, determina a posição que o indivíduo ocupa na sociedade, confere-lhe um determinado *status*.

Numa perspetiva histórica, e segundo Amaro (2006), nas sociedades ocidentais, os papéis atribuídos ao homem, estavam relacionados com o poder e a decisão, sendo mais valorizados que os papéis femininos. Assim, a diferença de papéis tem uma base cultural.

De acordo com Stanhope & Lancaster (1999), os papéis dentro de uma família influenciam e são influenciados pelo estado de saúde da mesma.

O conceito de papel na família ao longo do tempo é dinâmico, “...à medida que a família percorre as sucessivas etapas de desenvolvimento, os seus membros assumem diferentes papéis estruturais ou partilham vários”. Gimeno (2003:51)

#### - Papel Conjugal

Na família contemporânea os papéis entre homem e mulher, não são tipificados. São independentes do tipo do contrato civil, religioso ou acordo entre partes, prazeres, obrigações, necessidades, desejos, deveres e direitos. Os papéis não estão vinculados sobre a identidade sexual, mas sim à condição humana e às suas circunstâncias. O autor considera, que simbiose, competição, cooperação, complementaridade, reciprocidade são alguns dos termos que delimitam o papel conjugal. (Osório, 1996).

#### - Papel Parental

Em consonância com a representação simbólica de corpo feminino, estão associadas as tarefas de agasalho e proteção, com função de recetáculo das angústias existenciais de quem exerce o papel filial. (Osório, 1996).

Ao papel parental cabe facilitar o processo de socialização e aquisição de identidade ao longo do desenvolvimento psicológico.

#### - Papel Fraternal

Este papel oscila entre a rivalidade e a solidariedade. Reproduz-se fora do contexto familiar na relação entre amigos, colegas, e em outras relações sociais. Por vezes este papel é deslocado para a relação entre o marido e mulher e o filho e um dos progenitores. (Osório, 1996)

Stanhope & Lancaster (1999), referem que os irmãos que ajudam a estabelecer e manter as normas são recetores e promotores no processo de socialização e contribuem para o desenvolvimento da cultura familiar.

#### - Papel Filial

Este papel está centrado na dependência, com origem na situação de recém-nascido, cuja sobrevivência depende dos cuidados parentais.

Segundo o autor supracitado um mesmo membro da família pode assumir em tempos alternados e simultaneamente diferentes papéis. (Osório, 1996).

### **1.1.8 - Funções da Família**

Todas as famílias, independentemente da sua estrutura, têm determinadas funções que são desempenhadas com o objetivo de manter a integridade da unidade familiar, dar resposta às necessidades dos seus membros, individualmente e num todo, e às expectativas da sociedade. (Stanhope & Lancaster, 1999).

Segundo Pimentel (2005), vários estudos realizados em Portugal e noutros países permitem revelar que a família continua a ser uma instituição significativa para o suporte e para a realização afetiva do indivíduo.

Dias (2004), considera como funções da família a socialização primária das crianças e a estabilidade das personalidades dos adultos.

De acordo com Dias (2004), o processo de socialização desenvolve-se na relação que se estabelece na família, essencialmente na socialização primária. Desta forma é permitido que no sistema convirjam o individual, o social e o cultural.

A estabilidade é primeiramente preenchida no quadro do casamento e também no equilíbrio emocional que as pessoas podem encontrar na família. Para o autor, procriação, unidade económica, apoio emocional dos seus membros, educação de crianças e jovens e amparo dos mais velhos, são funções da família. Dias, (2004).

No entanto, no contexto socio-cultural a família continua a ser unidade básica em que nos desenvolvemos e socializamos. Para Dias (2004), é no seu seio que o indivíduo partilha todos os momentos, quer felicidade, bem como obtém o apoio necessário para ultrapassar os momentos de crise que surgem ao longo de percurso de vida.

Giddens (2004), segundo Talcott Parsons & Bales (1956), considera como principais funções desempenhadas na família, a estabilização da personalidade, ou seja, o papel que a família desempenha na assistência emocional aos membros adultos da família.

Gimeno (2003), considera como funções básicas da família o desenvolvimento pessoal dos filhos e a socialização. O primeiro baseia-se no processo de individualização, como processo de desenvolvimento da própria identidade, numa perspetiva relacional com o outro, iniciando-se quando se dá a separação física do bebé da mãe, sendo uma condição necessária para o desenvolvimento humano.

Na realidade, a família é como um meio próximo onde ocorre o desenvolvimento da personalidade individual e exerce uma função facilitadora desse desenvolvimento indica Gimeno, (2003). Esta função abarca também auto realização pessoal como nível máximo desejado, em que os membros estão sujeitos a transições evolutivas e as crises que surgem e se resolvem no seio da família. Gimeno (2003), aponta também as diferenças associadas ao sexo, imposto em algumas culturas, e que considera como obstáculo fundamental, imposto por múltiplas culturas, para desenvolvimento pessoal.

No que concerne à função socializante, Gimeno (2003:60), refere que “... a socialização é um processo através do qual o indivíduo interioriza as normas do seu meio socio-cultural, se integra e adapta à sociedade convertendo-se num membro da mesma e sendo capaz de desempenhar funções que satisfaçam as suas expectativas”.

Segundo o autor supramencionado e numa perspetiva inter-acionista simbólica que vai ao encontro da perspetiva sistémica na socialização, estão presentes neste processo, o processo de culturalização ou interiorização das normas culturais do meio e a personalização ou desenvolvimento da assimilação, como forma de configurar a sua identidade, sendo sujeitos ativos com capacidade e influenciar a mudança do meio físico e social. Gimeno, (2003).

Deste modo, para Gimeno (2003) a família não é o único meio de socialização, já que os amigos, a escola, e os meios de comunicação, também o são. No entanto, a função socializante da família mantem-se por grandes períodos de tempo. Assim, considera-se também como função, o apoio e a proteção dos seus membros, que passa de geração em geração.

O autor Moreira (2001:23), citando Duvall (1985), considera as funções da família como “aquilo que ela tem de fazer a fim de suprir as necessidades dos seus membros para sobreviver e dar uma contribuição para a sociedade”.

Moreira (2001), segundo Stanhope (1999) & Kozier (1993), a função básica da família é a de proteger a saúde dos seus membros e proporcionar cuidados quando precisam. É no seio da família que os indivíduos desenvolvem o conceito de saúde, adquirem hábitos de saúde e estilos de vida saudáveis e desenvolvem um sistema de crenças, valores e atitudes face à doença e saúde.

Stanhope & Lancaster (1999), citando Johnson (1992), refere que a forma como a família tem a habilidade de desempenhar as suas responsabilidades de cuidados de saúde é



influenciada por fatores tais como a estrutura, divisão/repartição de trabalho, estatuto socioeconómico e etnia.

Neste sentido, o autor Osório (1996), atribui à família funções biológicas, psicológicas e sociais. A função biológica reside em assegurar a sobrevivência de espécie nomeadamente pelo cuidado ao recém-nascido. Na função psicossocial salienta a importância da nutrição afetiva, o autor, evoca estudos pioneiros de Spitz (1935), com recém-nascidos em privação afetiva.

Osório, (1996), nas funções psicológicas, a primeira e fundamental é a promoção da afetividade, indispensável à manutenção da homeostasia psíquica de todos os elementos familiares; serve, ainda, de suporte face às ansiedades durante o processo evolutivo, proporciona o ambiente adequado e facilita o intercâmbio com o universo.

Osório (1996) estabelece como funções a transmissão da cultura e preparação para o exercício da cidadania:

- Geradora de afeto - este é geralmente gerado entre o casal, entre os pais e filhos e entre os membros da restante família;
- Proporcionadora de segurança e aceitação pessoal - a família proporciona um lar com uma estabilidade que possibilita que os seus membros se desenvolvam naturalmente à sua própria maneira e por si próprios;
- Asseguradora da continuidade das relações - na maior parte dos casos, espera-se que as associações familiares que proporcionam relações simpáticas e estimulantes sejam duradouras;
- Proporcionadora de satisfação e sentimento de utilidade - na família os seus membros têm prazer em viver uns com os outros, através de atividades que os satisfazem;
- Impositora da autoridade e do sentimento do que é correto - dentro da família, os seus membros aprendem em primeiro lugar as regras, os direitos, as obrigações e as responsabilidades características das sociedades humanas.

Apesar das alterações sofridas ao longo dos tempos, a função afetiva permanece. Sendo uma das funções internas, ou seja a proteção psicossocial, é o suporte de todos os membros, sendo vital para a sobrevivência e funcionamento da família.

Em tempos, a família cumpria funções políticas, militares, económicos, religiosas, educativas, de prestação de serviços e de saúde. Atualmente verifica-se que este papel é desempenhado por instituições públicas ou privadas, que substituem a família em funções de socialização e proteção dos seus membros. De acordo com Friedman (1992), as funções da família são afetiva, educativa, reprodução e socialização.

Neste sentido, para Marques (2002) a família é reconhecida como um espaço de socialização, da prática da tolerância, de divisão de responsabilidade e de procura coletiva de estratégias de sobrevivência, constituindo o ponto de partida para o exercício da cidadania, do respeito e dos direitos humanos.

Marques (2002), considera a família um espaço que garante o desenvolvimento e a proteção dos seus membros, independentemente da sua composição ou estrutura. Esta, geralmente, assume a responsabilidade da saúde dos seus membros constituindo uma unidade prestadora de cuidados, desenvolvendo atitudes que promovem a saúde, a prevenção e o tratamento da doença.

#### 1.1.8.1- Comunicação

O Homem, é um ser humano comunicante que está sujeito a múltiplas interações recíprocas, nas quais influencia e é influenciado, o que conduz a permanentes mudanças nas relações consigo e com os outros.

Nesta perspetiva “ *A comunicação é um processo essencialmente relacional que assenta numa troca de mensagens e do sentido que é dado a essas mensagens entre pessoas ou grupos pelo uso de símbolos, gestos, e outras formas de expressão, tendo em vista qualquer forma de compreensão mútua...*” indica o autor Freire (1999:17). Num outra perspetiva sistémica, “ *cada pessoa, numa relação com outros, cria um sistema complexo de comunicação. Com o seu discurso ou o seu silêncio, mas também como o seu gesto, o seu odor, as suas mímicas, os seus hábitos, que são outros tantos códigos, enigmas a resolver.*” (Rispaill, 2003:62)

Neste sentido, “ *Todo o comportamento, incluindo o silêncio, constitui uma comunicação, mesmo quando não é desejada ou consciente.*” (Alarcão, 2000:64)

De acordo com Alarcão (2000), relativamente a aspetos comunicacionais do sistema familiar abordados pela escola de Palo Alto, a comunicação é um processo social que integra vários modos de comportamento, como a palavra, o olhar, a mímica e o gesto, em que as mensagens só ganham sentido no espaço inter-individual. O sujeito é parte ativa na comunicação, criando com os outros e com o próprio contexto, a comunicação, designado modelo de orquestra.

Na realidade, e ainda numa perspetiva *sistémica*, “ *a comunicação é uma das dimensões fundamentais de qualquer sistema, (...) a funcionalidade da família depende em larga medida dos padrões de comunicação estabelecidos entre os seus membros, e embora o padrão ou estilo sejam basicamente formais, são igualmente um reflexo de fatores internos: pensamentos, atitudes, e intenções.*” Gimeno (2003:203)

De acordo com o autor Gimeno (2003), e numa perspetiva sistémica da família, a comunicação é uma das dimensões a ter em consideração para o padrão de equilíbrio na família. Assim, tendo em consideração que as características de cada elemento do processo de comunicação são diversas e complexas e que cada família tem o seu próprio padrão de comunicação, depreende-se que o equilíbrio da relação familiar depende em muito das estratégias e das práticas comunicativas.

#### 1.1.8.2- Valores

São o conjunto de crenças, atitudes, ideias, que consciente ou inconscientemente, une os membros de uma cultura comum e define o que são valores familiares. Neste sentido, para melhor compreender a dinâmica do comportamento de cada família torna-se importante identificar os valores da mesma.

Rispail (2003), citando Émile Durkeim (1900) “ *O homem não pode viver no meio das coisas sem formar ideias a partir das quais regula o seu comportamento.*” Estas ideias equivalem aos valores, segundo a autora, e inscrevem-se nos grupos a que pertencem, nomeadamente a família.

Cada família constrói um conjunto de atitudes em relação aos acontecimentos, excecionais e quotidianos, em relação às pessoas com quem se relaciona, à natureza, ao trabalho, ao sobrenatural e à sua própria pessoa. Perante as atitudes podemos diferenciar três

componentes fundamentais: cognitiva (sistema de crenças e opiniões), afetiva (os valores) e de conduta (comportamentos, expressões ou intenções de ação) refere Gimeno, (2003).

O valor é considerado a dimensão afetivo relacional, que associamos aos objetos do nosso meio que consideramos relevantes e tendencialmente leva-nos a tomar decisões e a atuar no sentido de nos aproximarmos desses valores que nos causam bem-estar, paz interior, felicidade, satisfação, entusiasmo, sentimentos positivos e desenvolvimento pessoal.

Gimeno (2003) segundo McKay et al (1985), diferencia os valores entre morais e não morais. Os primeiros constituem a base para os juízos de responsabilidade moral, regem as condutas éticas e estão relacionados com o mal e o bem, tem em caráter universal e um sentido de obrigatoriedade como: a honestidade, a justiça, a verdade, não causar danos a outros, cumprir promessas.

Na verdade, cada família tende a transmitir valores morais e não morais dando prioridade a alguns que contribuem para a identidade da família.

Esta transmissão pode ser explícita ou implícita, mais ou menos rígida, mais ou menos partilhada, mas a vida familiar estrutura-se sempre em volta desta transmissão. (Gimeno, 2003)

Perante uma divergência de valores nos membros da família surgem conflitos e crises que podem ocasionar uma mudança na estrutura familiar. Os mesmos facilitam a configuração da identidade familiar, o sentimento de pertença, e contribuem para a estabilidade familiar, e levam as famílias a resistir à mudança. (Gimeno, 2003)

#### 1.1.8.3- Relações de Poder

A família enquanto sistema social deve cumprir funções e atingir metas, como tal necessita de uma organização interna e de uma distribuição de papéis. Nesta surge a dimensão do poder interdependente da família e faz-se uma reflexão das regras da família subjacente ao sistema de valores. É um conceito flexível, ao longo do ciclo de vida familiar, e pode mudar a sua distribuição entre os elementos da família, como menciona o autor Gimeno (2003).

Gimeno (2003), recorda que existem vários tipos de poder. O tipo de poder em exercício na família irá ter consequências diretas na satisfação e na funcionalidade da família. Cada cultura, ao longo do ciclo de vida das famílias, determina o âmbito e o período de poder,

nomeadamente, dos pais em relação aos filhos e o poder permitindo entre os membros de um casal.

Desta forma, para Gimeno (2003) as famílias que conseguem obter êxito caracterizam-se por uma maior distribuição do poder, e por formularem as normas de uma maneira participativa e negociada. Geralmente a distribuição do poder assegura relações pessoais mais equitativas e satisfatórias onde está assegurado o crescimento dos filhos.

A distribuição do papel pode estar ligada à idade ou associada ao género, consoante os critérios estabelecidos pela sociedade, projetados em cada família em particular. Gimeno (2003).

#### 1.1.8.4- Coesão Familiar

De acordo com Gimeno (2003), numa perspetiva sistémica, a família, enquanto sistema, tende a ser um grupo, favorecendo a coesão dos seus membros e constituindo a sua identidade familiar, que os aproxima e mantém um sentido de pertença que os diferencia dos outros.

É um princípio desejável para a estrutura e para os membros que a constituem, sendo necessário que estes partilhem valores, crenças, hábitos, ou seja a mesma cultura.

Esta identidade é favorecida, pela estabilidade no sistema, pelo reconhecimento de uma história comum e pelo sentimento de pertença que os membros desenvolvem.

O autor Gimeno (2003), refere que a coesão familiar consiste numa força a favor da unidade familiar. Está relacionada com o grau de proximidade que os membros da família têm entre si, existência de um todo partilhado e com o desejo de proximidade no sentido de formar a unidade.

#### 1.1.9- Ciclo de Vida Familiar

Segundo Alessandra (2009), os acontecimentos, os pensamentos, as emoções, e as dificuldades que caracterizam as diversas etapas do ciclo de vida de uma família são naturais e não podem ser resolvidas ou substituídas com receitas ou estratégias que tornem o percurso sem obstáculos e sempre indolor.

A família é composta por indivíduos e ela própria insere-se num contexto evolutivo e possui o seu ciclo vital, “...a família também nasce, cresce, amadurece, e habitualmente reproduz-se em novas famílias, encerrando seu ciclo vital com a morte dos membros que a originam e a dispersão dos descendentes para construir novos núcleos familiares.” (Osório, 1996:22) Pode ser estudada sob o ponto de vista das sucessivas estruturas que pode apresentar ao longo do tempo ou de acordo com as diferentes fases possíveis na vida dos membros da família, ao longo da vida.

Segundo Amaro (2006), a ideia do ciclo de vida da família foi feita por Rowntree (1901) ao identificar estágios da vida das famílias. Este estabelece estágios de acordo com o critério económico, sendo o estágio de pobreza na família quando as crianças são pequenas; e a pobreza quando o casal atinge a velhice.

O autor Amaro (2006) menciona que a análise baseada no ciclo de vida não capta a dinâmica familiar, no entanto atribui uma importância especial aos pontos de viragem da vida do indivíduo, como o namoro, o casamento, a entrada na vida ativa, a parentalidade e a reforma.

No que diz respeito ao ciclo de vida familiar, Germano (2003), numa perspetiva evolutiva e intergeracional, refere que as transições, mesmo quando stressantes, podem ser superadas com os recursos familiares habituais. Quando as exigências são superiores aos recursos, surge o conflito ou crise na família e esta tende a encontrar estratégias para soluções eficazes.

Duvall e Miller (1985), citados por Germano (2003) definiram o ciclo de vida familiar em oito estádios e referem que as fases de transição são momentos exigentes, pois requerem uma maior capacidade maturacional e adaptativa por parte da família. Segundo os autores supracitados, o ciclo de vida da família passa pelos seguintes estádios:

1º Estádio- formação familiar - casal sem filhos;

2º Estádio- nascimento dos filhos - casal com filhos pequenos desde o nascimento até à idade pré-escolar de três anos;

3º Estádio- família com filhos em idade pré-escolar até aos seis anos;

4º Estádio- família com filhos em idade escolar, família com filhos até à entrada do filho mais velho na adolescência;

5º Estádio- família e filhos adolescentes, família com filhos desde os treze aos vinte anos, aproximadamente;

6º Estádio- saída dos filhos de casa, família com adultos jovens a sair de casa;

7º Estádio- família de meia-idade, família que se encontra entre a saída do último filho e a reforma;

8º Estádio- família idosa, da reforma à viuvez.

É essencialmente a partir do 6º estágio que a família se vê confrontada com a necessidade de prestar apoio aos seus membros mais idosos. É nas fases de transição da vida familiar que muitas vezes surge a necessidade de intervenção profissional na família, uma vez que estão associadas a significativas transformações, perante as quais é exigido um esforço de adaptação por parte da família.

Face às novas formas de família, essencialmente presentes nas sociedades ocidentais, e com conseqüente estrutura de papéis familiares, este instrumento é tendencialmente limitativo. No entanto, constitui-se como útil para a compreensão da família em geral.

## **1.2- O Envelhecimento**

### **1.2.1- O Processo de Envelhecimento: Enquadramento Biopsicossocial e Demográfico**

O processo de envelhecimento caracteriza-se como sendo natural e inerente a qualquer ser humano, sendo por isso universal. Evolui de forma progressiva e dinâmica, manifestando-se através de diversas e dissemelhantes mutações morfológicas e funcionais, o que determina o seu carácter variável e individual. De facto, cada espécie evolui de forma independente e singular, de acordo com uma velocidade própria para envelhecer, o que determina diferentes manifestações de declínio funcional de pessoa para pessoa. Hershey, 1984; Neri & Freire, (2000).

O estudo do processo de envelhecimento constitui-se um campo bastante complexo, por englobar múltiplos aspetos que abrangem várias áreas das ciências humanas e biológicas, e que desperta um particular interesse em muitos investigadores. Estes procuram aprofundar o conhecimento sobre o fenómeno em causa, tentando encontrar respostas para as demais questões que surgem neste âmbito. Hershey, 1984; Neri & Freire, (2000).

De acordo com Schroots e Birren (1980) citado por Paul & Fonseca, (2001), o envelhecimento está subjacente a três tipos de influências, sendo elas biológicas, sociais e psicológicas, constituindo-se, portanto, um fenómeno biopsicossocial. De salientar que, estes domínios não são distintos uns dos outros, uma vez que se verifica uma forte relação entre todos eles.

#### 1.2.1.1- Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento, como fenómeno demográfico, transporta-nos não só para uma dada sociedade ou um dado país, mas fundamentalmente para a sociedade mundial da qual qualquer indivíduo faz parte integrante. Este fenómeno está inerente ao aumento da esperança média de vida e à diminuição dos índices de natalidade. O envelhecimento demográfico não consiste somente no aumento das pessoas com 60 ou 65 anos, em demografia, uma população envelhece sempre que exista uma redução das pessoas mais jovens, referem as autoras referidas anteriormente.

Segundo a autora Fernandes (1995), o envelhecimento demográfico resulta do aumento da proporção de pessoas com mais de 60 ou 65 anos de idade, do prolongamento das suas vidas para além do período de atividade e da diminuição da proporção de pessoas com menos de 15 ou 19 anos de idade.

Com o decorrer dos anos e com as alterações das sociedades industrializadas, o envelhecimento da população começou a ser visto como um problema social que “ (...) *passou a mobilizar gente, meios, esforços e atenções suficientes para que qualquer um disso se aperceba. A ela está vulgarmente associada a ideia de pobreza ou, pelo menos, da escassez de meios materiais, de solidão, doença e também, de alguma forma, de segregação social, corte com o mundo...*”, (Fernandes, 1995: 10).

Para Fernandes (2004), a temática do envelhecimento demográfico abrange substancialmente um discurso dos impactos negativos e complexos da temática, pela ausência de respostas que a sociedade apresenta para solucionar os constrangimentos daí resultantes.

Deste modo, “*O aumento crescente da sobrevivência das novas gerações tem reflexos não só no tempo de vida de cada um, que passa a ser mais longo como no aumento, que também é crescente, do número dos que atingem idades avançadas*”, (Fernandes, 2004:13). “ (...) *o envelhecimento é hoje apontado com relativa frequência, como um dos aspetos a ter em conta na definição das políticas de médio e longo prazo*”, (Costa, 2005:85).



Segundo Fernandes (2004), existem duas perspetivas distintas, “(...) a primeira centrada num nível mais individual, que identifica os impactos do envelhecimento e da velhice na área da saúde; a segunda que se direciona para os impactos sociais do envelhecimento e das políticas sociais abrangentes do mesmo ...”. (Fernandes, 2004:12).

Para a autora Fernandes (1995), o debate atual, na perspetiva sociológica, dos impactos do processo de envelhecimento demográfico recai sobretudo sobre a prevenção da dependência e a promoção de um envelhecimento saudável.

Porém, como se sabe, por variadíssimos fatores, as famílias apostam em descendências reduzidas, deixando muito aquém o número médio de filhos “aconselhado”, para que sejam renovadas as populações, o que permite que cada vez mais estas estejam envelhecidas. Assim, as perspetivas para que o fenómeno do envelhecimento demográfico seja ultrapassado vão diminuindo drasticamente. A autora clarifica esta ideia de acordo com o relatório acerca da Situação Demográfica da União Europeia (CE – 1994), que o define como tratando-se “ (...) de uma etapa normal da evolução humana que se funda num processo considerável, o alongamento da vida e da sua qualidade, e que conduz a um estado demográfico estacionário. Mesmo os países em vias de desenvolvimento estão atualmente em plena transição demográfica, ou devem entrar nela a breve trecho, iniciando, assim, o seu processo de envelhecimento. Tentar inverter esta tendência revela-se não apenas ilusório, mas sobretudo inútil”, (Rosa, 1997:1185).

Desta forma, o fenómeno do envelhecimento demográfico não irá terminar tão drasticamente, embora se saiba que se está a envelhecer demograficamente e seria importante, como já foi referido, que a sociedade aceitasse este facto naturalmente, pois é uma questão urgente.

Na verdade, a questão deverá ser encarada não tendo em conta somente a situação atual que o envelhecimento abrange, mas sobretudo o futuro que acarretará consigo. Para Rosa (1997), o exposto leva a que cada vez mais se vislumbre o facto de que existem “ (...) preconceitos e práticas sociais pouco congruentes com a conquista de um ideal de sociedade economicamente vigorosa e socialmente equilibrada e equitativa, avançamos com uma pista para o planeamento da sociedade em virtude do envelhecimento e da sua estrutura etária,” (Rosa, 1997: 1197).

### 1.2.1.2- Envelhecimento Biológico

O envelhecimento biológico compreende uma dinâmica entre ganhos e perdas, na qual estas últimas destacam-se à medida que cada um envelhece. (Heckhausen, Dixon e Baltes, 1989). São mudanças físicas que afetam de algum modo o padrão global de saúde, reduzindo a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo e diminuindo a probabilidade de sobrevivência.

Na realidade, este carácter biológico do envelhecimento exterioriza-se por um declínio das funções físicas, com uma patente lentidão e enfraquecimento das capacidades motoras (Macieira-Coelho, 1989). Estes distúrbios funcionais advêm da diminuta capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático, com que o idoso se depara num determinado momento da sua vida e que conduz a uma vulnerabilidade crescente para as doenças crónicas e para a perda de autonomia e independência, assim como também aumenta a sua suscetibilidade para a morte (Netto & Ponte, 2000).

Segundo Montorio e Izal (1999), pode-se admitir duas tipologias de envelhecimento tendo em conta determinadas características. Por um lado, identifica-se o envelhecimento primário (normal), que diz respeito ao processo de senescência e que depende de fatores genéticos. Como não envelhecemos ao mesmo ritmo, nem do mesmo modo, nem sempre nos é possível prever atempadamente as alterações decorrentes do avançar da idade.

Por outro lado, reconhece-se o envelhecimento secundário (patológico), que se caracteriza pela presença de doenças e que depende de diversos fatores interdependentes do próprio processo de senescência, da sua própria especificidade humana e de um conjunto de fatores, como a idade, o sexo e o contexto onde o indivíduo se encontra inserido. (Busse, 1969; Miller, 1994; Martin, 1997; Spar & La Rue, 2005).

De facto, as limitações impostas pelo envelhecimento normal são acentuadas quando surgem doenças debilitantes. Qualquer tipo de doença arrasta consigo uma série de perdas que ameaçam o equilíbrio orgânico e/ou psíquico do indivíduo.

De acordo com Montorio e Izal (1999), a distinção entre estas duas tipologias de envelhecimento é estabelecida até um determinado limite, no sentido em que o envelhecimento normal atinge um limiar que, quando ultrapassado, se considera patológico.

Helin, (2000) refere que a natureza do envelhecimento e da velhice é de facto muito mais complexa e heterogénea do que normalmente se considera, pois o desenvolvimento na velhice implica uma busca incessante da homeostasia individual. Ou seja, à medida que se envelhece, o indivíduo procura o equilíbrio entre as suas limitações, a que o próprio

envelhecimento obriga, e as suas potencialidades, que ainda permanecem e que devem ser maximizadas.

Relativamente ao envelhecimento a nível biológico, este traduz-se na perda de autonomia de alguns órgãos, sendo um processo que se inicia desde a infância e que é determinado pela vida de cada pessoa. As manifestações biológicas diferenciadas são determinantes no facto de umas pessoas viverem mais que outras.

Segundo o autor Von Hahn (1984:282), “ *O Envelhecimento é, em primeiro lugar, um destino biológico e neste sentido influem os sucessos corporais, a biografia da saúde e das doenças*”. Para os autores Cabrillo e Cachafeiro (1992) relativamente ao envelhecimento como fenómeno biológico, “ (...) *o processo de envelhecimento começa numa idade muito prematura. Há quem afirme que desde a infância*”.

Na perspetiva da Biologia, o envelhecimento é um fenómeno universal, natural e necessário, porém não se pode reduzir o processo através do qual a pessoa envelhece à sua vertente biológica, como um facto programado, constante e rígido para todos os seres humanos. “ *Os biólogos defendem que o limite de vida não variou desde o aparecimento da nossa espécie. São conhecidos casos de pessoas que ultrapassaram os 100 anos ao longo da história, se bem que sejam casos excepcionais*”, (Cabrillo e Cachafeiro, 1992:62).

De acordo com Levet – Gautrat (1985), citado por Pimentel (2001:52), o autor considera a idade em vários sentidos, porém ao grupo apenas importa destacar a idade física e biológica, “ (...) *que tem em conta o ritmo a que cada indivíduo envelhece. Os diferentes órgãos e funções vitais não envelhecem todos ao mesmo ritmo, daí que as diferenças intraindividuais sejam tão importantes como as inter – individuais*”

### 1.2.1.3- Envelhecimento Psicológico

Fonseca (2004) refere que existem diferentes perspetivas teóricas que abordam a questão do envelhecimento psicológico. Até à segunda metade do século XX, os estudos apontavam para um declínio intelectual em diferentes domínios que acompanhavam o envelhecimento. A partir da década de 60, os resultados de diversas pesquisas ostentam uma visão mais otimista, embora ainda com a relevância de algumas perdas intelectuais normais com a idade.

O domínio psicológico compreende as reações emocionais, os mecanismos perceptivos, a personalidade, os estilos de relação interpessoal, a aprendizagem, a memória e a cognição, que determinam a capacidade do indivíduo para enfrentar e de se adaptar às mudanças que ocorrem com o envelhecimento. Como capacidades mais afetadas podem ser identificadas (i) a organização de informação, (ii) a concentração, (iii) a resolução de raciocínios abstratos, (iv) a realização de tarefas não familiares, (v) a adaptação a novas situações, (vi) a aquisição de novos conceitos e (vii) o tempo de reação. (Marchand; Spar & La Rue, 2005)

Para Marchand; Spar & La Rue, (2005), a idade avançada está associada ao declínio das capacidades intelectuais, mas nem sempre é possível proceder a uma clara distinção relativamente aos aspetos sociobiológicos, uma vez que não são independentes uns dos outros. Ou seja, se por um lado as mudanças sociobiológicas afetam o psicológico, também este pode afetar o funcionamento biológico e a acomodação no contexto social.

#### 1.2.1.4- Envelhecimento Social

O envelhecimento é marcado por uma série de condicionantes sociais presentes ao longo do ciclo de vida, nomeadamente as condições culturais, económicas e políticas do país, comportamentos e estilo de vida de cada indivíduo e meio familiar e social referem os autores Sousa, Figueiredo & Cerqueira (2004).

Ao processo de envelhecimento estão associadas transformações ao nível dos papéis sociais, das relações familiares e da própria rede social do indivíduo, que induzem novas condições de vida às quais o indivíduo tem que se adaptar.

De acordo com Sousa, Figueiredo & Cerqueira (2004), a velhice caracteriza-se frequentemente pela perda de alguns papéis, sendo que a mais evidente diz respeito à perda do papel profissional, isto é, à reforma. Esta representa a transição para o estatuto de idoso e inativo, com o qual o indivíduo se depara com uma forte diminuição dos contactos sociais e, concomitantemente, com um aumento exponencial do tempo livre. Desta forma, exige uma reorganização do quotidiano e redefinição de objetivos, para encontrar um papel que garanta a manutenção do seu sentido de utilidade.

Outra perda que se verifica na velhice é a diminuição das redes sociais, intensificando-se as relações familiares. Em concordância com Sousa, Figueiredo & Cerqueira (2004), a manutenção das relações é avassalada pelas perdas relacionais, associadas à morte de amigos, assim como pela própria vulnerabilidade física e psíquica do indivíduo. Este aspeto constitui um desafio para os idosos, que se deparam com a necessidade de descobrir novas fontes de apoio. Tal, nem sempre é possível devido às baixas expectativas em relação à constituição de novas amizades e ao agravamento de doenças. (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004)

No que concerne às transformações na estrutura familiar, estão articuladas as alterações conjugais, filiais e fraternais. Quando os filhos adultos abandonam o lar paterno, o casal depara-se com uma composição similar à inicial (família pós-parental).

O relacionamento estabelecido com os filhos caracteriza-se por um envolvimento diferente, em que estes concedem o apoio emocional e instrumental indispensável aos pais, que por sua vez dão apoio a nível económico, doméstico e cuidam das gerações mais novas, assumindo o papel de avós. Também se verifica que a maior disponibilidade de tempo, a aproximação do fim de vida e a valorização de memórias passadas são facilitadores para o reencontro entre irmãos, cuja relação fraternal se intensifica. (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004)

Quanto ao envelhecimento a nível social, este prende-se com os papéis sociais que a pessoa idosa exerce na sociedade, e com o que a sociedade pensa em relação à pessoa idosa. O autor Von Hahn (1984:282) defende que “ (...) *o envelhecimento é um destino social*”. Para o autor, a imagem que a sociedade tem perante o processo de envelhecimento e os papéis que lhe atribui o meio social, são determinantes neste processo.

Por outro lado Pimentel, (2001:51) “*Ser idoso, só por si, não deveria ser um facto negativo e preocupante. Os seres humanos, só porque envelhecem, não perdem necessariamente as suas capacidades, e os seus saberes podem ser preciosos numa sociedade em transformação*”.

Desta forma, “ (...) *o valor atribuído à velhice depende do que a sociedade necessite ou prefira em dado momento*”, (Cabrillo e Cachafeiro, 1992:57). Neste contexto, as opiniões formadas relativamente ao que a sociedade pensa da pessoa idosa, diferem umas das outras, sendo que nas sociedades conservadoras, é atribuído aos idosos o conhecimento e a experiência, enquanto que nas sociedades onde se dá mais importância à vitalidade e à juventude, as pessoas idosas são consideradas incapazes, o que dá origem a sentimentos como a rejeição e a incapacidade. Com o processo de

industrialização, é evidente que todos os países da Europa cresceram a grandes ritmos, embora diferentes, contudo isto traduziu-se numa renovação de conhecimentos, saberes, experiências, que trouxeram consigo a inadequação de muitas práticas na sociedade por parte das pessoas idosas.

A autora Pimentel (2001) refere que em tempos de crise económica a situação das pessoas idosas torna-se mais delicada, em dois aspetos, pois se por um lado os gastos dos sistemas de segurança social tendem a crescer, atingindo níveis excessivos e incompatíveis com a manutenção da capacidade produtiva da sociedade, por outro, os mais velhos ao conservarem os seus locais de trabalho, são uma ameaça para os trabalhadores mais jovens. No decorrer do que foi dito anteriormente, Massé et al (1984:10) citado por Pimentel (2001:57), defende que “(...) *todos os constrangimentos que existam por parte dos jovens em relação aos idosos, constrangimentos estes a nível de emprego, relacionados com a experiência e o conhecimento, cria-se uma imagem que tende a atribuir as culpas aos idosos dos males que existem na sociedade.*”

Consequentemente as pessoas idosas sentem-se marginalizadas, levando à passividade aumentando a dependência. “ *A dependência constitui, assim, fundamento do sujeito e da coesão social, pelo que, neste sentido, ela é essencial e estruturante da história de vida, condicionando os capitais económico, cultural, simbólico com que contamos na velhice*”. (Quaresma, 2006:39)

Pimentel (2001:57) refere, ainda que, “ *São a própria sociedade e o Estado que libertam o idoso das suas obrigações e o privam do estatuto social e económico que resulta, essencialmente, do exercício de uma atividade profissional*”.

De acordo com Cabrillo e Cachafeiro (1992), a atividade laboral é extremamente importante na integração social, na medida em que o seu abandono provoca na pessoa reformada sentimentos de rejeição. Ao valorizar muito o trabalho que desempenhou uma vida inteira e ao ver-se na reforma sem funções para desempenhar gera sentimentos negativos.

“ *Os idosos são assim, por um lado, estigmatizados e, por outro, tratados como um grupo especial. Usufruem de benefícios e regalias porque é reconhecida a sua desvantagem. No entanto, para muitos deles, as regalias de que usufruem podem constituir um sinal de perda de estatuto e de protagonismo social*”, (Pimentel, 2001:60).

Porém, “ *Nem a pessoa idosa é por definição um ser inútil, nem as suas qualidades e defeitos têm de ser encobertos. A questão de fundo não é a distribuição das despesas públicas, mas a*

*integração social dos idosos, que podem e devem desempenhar uma função na vida social e não têm que ser uma carga para as gerações jovens”, (Cabrillo e Cachafeiro, 1992:68).*

Após concluída a abordagem aos três níveis do fenómeno do envelhecimento, considera-se adequado introduzir nesta fase do trabalho o conceito de pessoa idosa. Assim, e valorizando o contributo de vários autores, pode-se concluir que a pessoa idosa é, segundo autora Luísa Pimentel, “ *extremamente difícil definir e geralmente muito imprecisa*”, (Pimentel, 2001:53).

O autor Philibert (1984) citado por Pimentel (2001), considera que a pessoa idosa é sempre uma pessoa com mais idade que a maioria daqueles que a rodeiam, facto este condicionado pelas épocas, culturas, modos de vida, meios científicos, médicos e tecnológicos vigentes.

Pimentel (2001), as pessoas idosas podem ter 30, 40 ou 85 anos, e sabem que o seu tempo de vida é mais curto do que aquele que já viveram, e que a maioria das pessoas que as rodeia têm mais tempo para viver e que tudo depende apenas de condicionantes, como as que foram referidas anteriormente.

De acordo com Cabrillo e Cachafeiro (1992:21), “ *O meio ambiente e a forma como cada um vive a sua vida estão bem associados à longevidade*”.

Nos dias de hoje, é complicado estabelecer limites de quando é que se inicia e termina a terceira idade, devido ao facto de a reforma não ter um marco certo, ela acontece quando se atinge uma certa idade ou quando ocorrerem situações de incapacidade, dando origem à reforma antecipada, o que não deixa precisar concretamente quem é idoso ou não.

Costa (2005:86), fala em três tipos de envelhecimento, “*O envelhecimento individual, devido à longevidade; envelhecimento populacional, no sentido de que existem mais pessoas nos grupos de idade mais elevada; e envelhecimento ativo, associado ao início mais tardio da vida ativa e às reformas precoces.*”

### **1.2.2- As Teorias do Envelhecimento**

Nas sociedades contemporâneas estão patentes alterações sociais, económicas e culturais inerentes ao processo de envelhecimento das populações. De acordo com Quaresma (2006:21), tal facto deve-se “*(...) ao aumento da esperança média de vida e desta forma a adesão à reforma precoce, logo a fase pré reforma é cada vez mais longa.*”

Por outro lado, o processo de envelhecimento de cada ser humano “(...) *varia consoante a sua trajetória vivencial tendo tanto mais possibilidade de se diferenciar quanto mais for a duração de vida e a riqueza de experiências.*” (Quaresma, 2006:21).

“ *Estamos, pois, perante a velhice plural – várias velhices, com trajetórias diversificadas decorrentes também do aumento da variação dos diferentes aspetos da vida ao longo da existência*”, (Quaresma, 2006:21).

Quaresma (2006), refere que desta forma se constata que as pessoas adultas alcançaram idades mais avançadas, oferecendo graus superiores de rendimentos, bem como de saúde em comparação com gerações passadas.

É importante não se esquecer a inequívoca constatação que a população está cada vez mais envelhecida, facto que acarreta situações ou problemas que comprometem o bem-estar das pessoas idosas, sendo importante que se perspetive que a pessoa idosa tem características diversificadas e que necessita que a sociedade em geral a observe com uma ação distinta.

A pessoa idosa é pioneira de novas vivências em idade adulta prolongada, mais exigente e participativa, mas também sujeita a elevados e novos riscos sociais, ambientais e de saúde, (Quaresma, 2006:22).

Mauss M. citado por Quaresma (2006: 22), refere que “... *o papel multifacetado da pessoa idosa diz respeito à construção das sociedades do futuro. Papeis estes que se apresentam como um desafio perante a investigação.*”

Guillermard citado por Quaresma (2006:22), diz que “...*o envelhecimento não é somente um fenómeno demográfico, mas é possuidor de alterações sociais, económicas e culturais, que o transformam num fenómeno estruturante da sociedade.*”

Muitos autores têm dedicado o seu estudo e investigação aos termos “Idoso” e “Terceira Idade”, cujas definições são vagas e contraditórias.

Poirier (1995:99), identifica o processo de envelhecimento como “ (...) *um processo inelutável caracterizado por um conjunto complexo de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo*”.

Fala-se então concretamente do envelhecimento como um facto natural. Porém, facilmente se coloca a questão sobre que tipologia de processos o origina, e a questão é complexa e de difícil resposta.



Daqui advêm um dado conjunto de perspetivas teóricas (biológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais) que estão na base da controvérsia, na tentativa de responder à questão referida anteriormente.

No que concerne às **Teorias do Envelhecimento Biológico**, percebeu-se que o envelhecimento tem sido sempre uma preocupação de todos os cientistas. Para explicar este processo várias teorias têm sido apontadas, embora algumas delas tenham somente um interesse académico, enquanto outras porém, baseiam-se na praxis. São raros os investigadores que identificam um único fator para o fenómeno do envelhecimento, mas referem complicados sistemas e mecanismos que na sua evolução natural culminam neste processo.

Desta forma, inúmeros investigadores explicam-no como um processo normal e universal intimamente ligado aos processos de diferenciação e de crescimento, dentro do ciclo de vida do homem, nascimento, maturidade e envelhecimento, refere Poirier (1995).

- **Teoria Imunitária:** Os investigadores tentam explicar o envelhecimento como sendo uma deficiência no sistema de defesa do organismo (sistema imunitário) tornando-o incapaz de reconhecer as suas próprias células, criando anticorpos que as atacam. No entanto, com somente esta teoria não é possível explicitar todos os fenómenos complexos do envelhecimento. Porém, Poirier (1995) refere “ (...) *A vantagem de ser compatível com a ideia da existência de relógios internos responsáveis por acionar o processo de envelhecimento*”, (Poirier 1995: 100).

- **Teoria Genética:** Segundo Poirier (1995), e de acordo com esta teoria o ser humano tem o envelhecimento programado, isto é, a última etapa de um ciclo genético definido. Mas, nesta teoria fica por explicar a diferença de longevidade entre as diversas espécies, entre cada espécie e mesmo dentro cada espécie. Por exemplo: Porque é que o homem tem uma esperança média de vida inferior ao da mulher? Também há quem aceite que a deterioração na informação genética vai modificando a molécula de ADN.

- **Teoria do Erro da Síntese Proteica:** Quando ocorre uma alteração nas moléculas de ADN, este falseia a informação incapacitando as células. Em concordância com Poirier (1995), a teoria resulta da morte celular, todavia, há investigadores que identificam que erros na síntese proteica desencadeiam a formação de proteínas incapazes de desenvolverem as suas competências. Assim, e de acordo com os investigadores, estes erros ou e/ou perturbações seriam responsáveis pelo envelhecimento.

- **Teoria do Desgaste:** O organismo é comparado a uma máquina que vai sendo desgastada com o uso. Existem autores que contradizem esta teoria, uma vez que existem, no organismo, tecidos e células que se renovam continuamente. Poirier (1995).

- **Teorias dos Radicais Livres:** Hayflick (1995:100) “(...) acredita que a morte celular e consequentemente o envelhecimento é devido à ação de radicais livres.” Estes seriam também responsáveis pelo aparecimento de neoplasia que provoca mutações a nível celular. Sabe-se que os radicais livres são os causadores do surgimento de substâncias tóxicas que foram identificadas já a nível das fibras musculares dos idosos. Assim, surgem como uma barreira à propagação das substâncias nutritivas, reduzindo a vitalidade dos seres humanos.

- **Teoria Neuro – Endócrina:** Alguns investigadores explicam os fenómenos do envelhecimento como uma desregulação do eixo endócrino. O controlo através deste sistema é efetuado por hormonas, que atuam na regulação de diferentes fenómenos como o crescimento, a homeostase sanguínea, o metabolismo dos glúcidos, entre outras. Com o decorrer da idade há uma redução de produção destas hormonas, podendo, assim levar ao envelhecimento. (Poirier 1995)

Após a análise das várias teorias enquadradas na teoria do Envelhecimento Biológico, conclui-se que apenas a teoria do desgaste descreve os resultados do processo de envelhecimento, no sentido de que existem zonas do organismo humano que se deterioram com o uso.

Relativamente às **Teorias do Envelhecimento Psicossocial**, estas suscitaram a curiosidade dos investigadores e levantaram tantas dúvidas como o envelhecimento biológico. Dos inúmeros estudos em gerontologia social, elaborados com o objetivo de explicar a influência dos fatores culturais e sociais sobre o envelhecimento, nasceram várias teorias, das quais:

- **Teoria da Atividade:** Alguns investigadores na área da terceira Idade pretenderam saber qual a relação entre as atividades sociais e a satisfação na vida. A teoria da atividade refere que a felicidade da pessoa idosa está condicionada de acordo com o seu grau de atividade, quanto mais ativa for, mais feliz será. Para um adequado envelhecimento, é necessário a descoberta de novos papéis, ou meios de conservação dos papéis antigos e comportar-se como um indivíduo de meia-idade. De acordo com esta teoria, qualquer perda de papel ativo causada, por exemplo pela morte de um parente, reforma, doença, afastamento dos filhos, entre outros, diminui o nível de atividade. Há no entanto, outras pesquisas de Lemon (1972), citado por Poirier (1995:104), que contradizem esta teoria e demonstram que “(...) existem outros fatores que poderiam incutir o índice de satisfação, nomeadamente a personalidade ou os fatores psicológicos, no sentido de que os mesmos estão associados ao estilo de vida e à personalidade”.

• **Teoria da Desinserção:** Esta teoria demonstra que o envelhecimento é acompanhado de uma desinteresse recíproco entre o indivíduo e a Sociedade. Para o autor Poirier (1995), o indivíduo põe fim de forma gradual, ao seu empenhamento e retira-se da sociedade, que por sua vez, tem muito menos para lhe oferecer do que anteriormente. No caso do desinteresse ser total, a pessoa atinge um novo equilíbrio, caracterizado pela modificação do seu sistema de valores.

As perdas a nível das relações interpessoais e ao nível do papel que desenvolvia foram encaradas como situações normalizadas para o indivíduo.

• **Teoria da Continuidade:** Refere que o envelhecimento é uma parte preponderante num percurso vital e não num período final, separado das outras fases. As pressões exercidas pelos acontecimentos sociais que surgem durante os últimos anos de vida de um indivíduo, levam à adoção de certos comportamentos que continuam a direção de vida já iniciada anteriormente indica o autor Poirier (1995).

De salientar, que o ser humano envelhece não só o plano biológico mas também social. Mesmo que a natureza exata da influência exercida pelos fatores biopsicossociais seja, ainda, motivo de discussão, cada idoso é dotado de uma entidade própria que se deve respeitar.

### 1.3-Doença Crónica

Vivemos numa sociedade cada vez mais consumista, virada para a competitividade e individualismo. O desenvolvimento da ciência e da técnica leva a que a esperança média de vida seja cada vez maior, resultando isto no aumento do número de portadores de doenças crónicas.

Citando o autor Black (1996), “ *As condições crónicas são problemas de saúde a longo prazo devido a um distúrbio irreversível, um acumular de distúrbios ou um estado patológico latente. Algumas condições crónicas causam alteração irreversível da estrutura ou função de um ou mais sistemas orgânico. Outras são condições porque ainda não foi encontrada a cura.*”

Giovanni, Bilti, Sarchielli e Speltini, citado por Ribeiro (1998), consideram a doença crónica:

*“ Todas as doenças de longa duração, que tendem a prolongar-se por toda a vida do doente, que provocam invalidez em graus variáveis, devido a causas não reversíveis, que exigem formas particulares de reeducação, que obrigam o doente a seguir determinadas prescrições terapêuticas, que normalmente exigem a aprendizagem de um novo estilo de vida, que necessitam de controlo, de observação e tratamento regulares.”*

A OMS (1989) subscreve a seguinte definição:

*Doenças que têm uma ou mais das seguintes características: “...são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.”*

### **1.3.1- O Envelhecimento e a Doença Crónica**

Os idosos apresentam uma série de particularidades diferenciais que condicionam a representação do seu estado de saúde. Quando ultrapassada a barreira dos 65 anos, os indivíduos deparam-se com maiores riscos de mortalidade e incapacidade, o que na maioria das vezes diz respeito a repercussões de doenças crónicas (WHO,2002).

É frequente cometer o erro de identificar sintomas de uma determinada patologia como sendo inerentes ao processo de senescência. Também a pluripatologia, isto é, a existência de múltiplas doenças, dificulta o diagnóstico diferencial.

Na verdade, as doenças interrelacionam-se de forma complexa, o que pode desencadear uma cascata de problemas em volta do idoso, com repercussões multidimensionais. A sintomatologia de uma determinada doença pode manifestar-se de forma variável de pessoa para pessoa e de acordo com a idade, podendo ser mascarada pela existência de uma outra. Martin, (1999)

No que concerne ao conceito de doença crónica, são diversas as definições existentes, embora haja a concordância perante o fato de não terem cura e, por isso mesmo, se manifestarem permanentemente.

A Organização Mundial de Saúde (OMS,1989) distingue a doença crónica como uma doença de carácter progressivo, lento e de longa duração, e que respeita determinadas

características primordiais, como ser permanente e induzir um estado de incapacidade ao indivíduo.

De facto, as doenças, cuja propensão é a de se prolongarem durante toda a vida, são avassaladas por causas irreversíveis, o que induz a situações de incapacidade como indica Ribeiro, (1999).

As repercussões induzidas pela doença podem interferir numa estrutura ou função biológica, determinando uma condição crónica, mas o conceito de doente crónico pode ser entendido pelo simples fato de ainda não existir uma cura para a mesma. (Black & Matessarini Jacobs, 1996) A autora Wendell (1996) acrescenta ainda que uma doença é considerada crónica se persistir durante mais de seis meses e que embora não tenha cura, não é fatal.

A nível nacional, a legislação existente, relativamente ao conceito em questão, é sustentada em diferentes documentos oficiais. De acordo com o Despacho Conjunto dos Ministérios da Saúde, da Segurança Social e do Trabalho, nº 407/98 de 18 de junho, a doença crónica engloba as doenças ou sequelas resultantes de patologias, como as cardiovasculares, respiratórias, geniturinárias, reumatológicas, endocrinológicas, digestivas, neurológicas e psiquiátricas.

Um ano mais tarde surge, o Despacho Conjunto dos Ministérios da Saúde, da Segurança Social e do Trabalho, nº. 861/99, de 10 de setembro que prevê que a doença crónica como uma “doença de longa duração, com aspetos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante” e em que a “situação clínica tem ser considerada no contexto de vida familiar, escolar e laboral”.

Perante uma doença de longa duração, verifica-se a necessidade de adaptação aos efeitos prolongados da doença. É fundamental que o doente respeite uma série de prescrições terapêuticas e que seja provido de meios e de informação imprescindíveis à sua readaptação ao novo estilo de vida com que se depara. Esta situação exige que haja um acompanhamento constante do doente, isto é, que haja um controlo periódico, seguido de observação e tratamento regulares de acordo com Ribeiro, (1999).

Todas as alterações às quais o doente crónico se submete podem ser desgastantes, física e psicologicamente, sendo muitas vezes acompanhadas por situações de isolamento, solidão e depressão (Balander, 1998).

A DC abala fortemente a homeostasia do indivíduo, uma vez que também há uma possante propensão em imiscuir-se em todas as suas vivências a nível emocional, familiar, social entre outras.

As exigências inerentes à DC dependem de diversos fatores, como as características individuais (como aceita a doença e como perspetiva o futuro), o fator económico e o contexto social. É essencial capacitar o indivíduo para que o próprio defina estratégias para lidar da melhor forma com a sua doença e para atuar na íntegra aquando da ocorrência de uma crise.

Contudo, este processo torna-se ainda mais complexo quando o doente encara a sua doença como aguda. Esta distorção da realidade resulta, em parte, da dificuldade em admitir a condição irreversível que a doença tem, cujo tratamento é permanente (Leventhal et al. 1985).

Evidencia-se a importância exponencial que as doenças crónicas têm adquirido, que induzem estados de sofrimento e incapacidade ao indivíduo. As estimativas mediais apontam para a existência de aproximadamente 80% de indivíduos, com idade igual ou superior a 65 anos, que padecem de pelo menos uma doença crónica (Benjamin al Cluff, 2001).

Em 2002 a OMS, apresentou um relatório referente às doenças crónicas a nível mundial, que afirma que, à data, “...de um total de 57 milhões de mortos, 59% eram o resultado de grande incidência de doenças crónicas.”

Destas, destacavam-se as doenças cardiovasculares, oncológicas, respiratórias, diabetes, cujas repercussões fatais continuaram a aumentar progressivamente (WHO, 2002).

Em 2005, as estimativas teriam aumentado cerca de 2 milhões de mortos (Strong et al., 2005). Destes 36 milhões de pessoas que morreram devido a uma doença crónica, metade tinha 70 anos. Além de constituírem a principal causa de morte no mundo, as doenças crónicas representam também o aumento da incapacidade, afetando os países em desenvolvimento, assim como os industrializados (WHO, 2002)

### **1.3.2- Perspetiva Biomédica e Biopsicossocial**

O conceito de doença surge primeiramente de acordo com uma visão muito elementar, cingindo-se apenas à “ausência de saúde”, enquanto saúde era definida como “ausência de doença”, e em que as dimensões emocional e social eram descuradas (Bolander, 1998).

São diversos os modelos sobre a doença que acompanham o período de evolução da medicina, destacando-se dois, sendo eles o modelo biomédico e o modelo biopsicossocial.

De carácter redutor, o modelo biomédico considera unicamente os fatores biológicos como possíveis causas para as doenças, adotando uma abordagem individualista, na qual se excluem os fatores psicossociais (Ribeiro, 1999). De acordo com este modelo, a doença irrompe das mutações a nível biológico, cujo tratamento fica, único e exclusivamente, sob a responsabilidade médica. Perante esta perspetiva, o doente assume um papel passivo, segundo o qual tem que obedecer às prescrições dos profissionais de saúde.

Ao focar a questão da DC de acordo com este modelo de carácter tão redutor, que se centra apenas no que é perceptível perante uma avaliação clínica, o doente é responsável pela sua doença e tem que se adaptar à sua própria realidade individualmente, uma vez que o modelo contesta a adaptação da sociedade para o integrar na mesma (Lyons, Sullivan & Ritvo, 1995).

A partir do final do século XX, a DC passou a constituir um dos primordiais alvos de interesse pela sociologia médica, pelo que cada vez mais surge a necessidade de postergar a abordagem centrada no modelo biomédico clássico.

Em 1977, Engel (1977) apresenta o modelo biopsicossocial que se centra no doente e não propriamente na doença. Este enfatiza os aspetos biológicos, psicológicos e sociais como pilares para a compreensão, avaliação e prevenção da doença.

Confirmando a teoria sistémica, Sousa (2004) refere que se centra na interação dos aspetos mencionados, o modelo biopsicossocial caracteriza-se como um modelo de intervenção em rede. O mesmo induz um equilíbrio na tríade composta por profissional de saúde, doente e contexto onde este se insere, que resulta da forte conexão estabelecida entre estes.

Abandonando um modelo que destaca o doente crónico num esquema unidirecional, surge cada vez mais o reconhecimento merecido de fatores associados ao doente que permitem uma abordagem mais holística da doença crónica. É fundamental que esta problemática seja analisada de acordo com uma perspetiva sociológica da doença, o que deverá implicar a interação de diversas áreas de conhecimento. Sousa (2004).

### **1.3.3- A Doença Crónica e a Qualidade de Vida no Idoso**

O Grupo de Qualidade de Vida da Divisão da Saúde Mental da OMS definiu Qualidade de Vida como a percepção que o próprio indivíduo tem relativamente à “sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, Padrões e preocupações” (WHOQOL, 1994). Como reforça Sousa, Galante & Figueiredo (2003), a QV depende de diversos fatores, nomeadamente da satisfação com a vida, do bem-estar social, do nível de independência e controle e de competências a nível social e cognitivo.

Na realidade, ao conceito de QV estão associadas inúmeras definições, pois de facto são diversas as disciplinas que tentam definir este conceito tão subjetivo, abrangente e, por isso mesmo, muito complexo, principalmente quando se pretende definir a QV na velhice.

Neste sentido, a definição de QV na idade avançada constitui um desafio multidimensional, pois existem diferentes padrões de envelhecimento (Fleck et al, 2008). Este desafio é ainda dificultado pela visão estereotipada da velhice que dificulta uma perspetiva positiva da mesma, nomeadamente ao afirmar que a maioria dos idosos é infeliz, doente e que se tratam de sujeitos menos produtivos que os jovens. Fernandes, (1997).

De acordo com Baltes e Cartenden (1996), citado por Paul & Fonseca, (2005), é fundamental que o idoso detenha a capacidade para se adaptar as perdas associadas ao envelhecimento, assim como adotar um estilo de vida que propicie a manutenção da sua integridade física e mental, de forma a conseguir uma velhice com qualidade. São as características da personalidade e as influências do desenvolvimento ao longo do curso de vida que prevalecem como determinantes para a QV individual, e não a idade e as condições de saúde associadas a velhice. Oliveira, (2008).

Outro fator que parece ser também preponderante na QV é o estabelecimento de contatos sociais, dado que a ausência de relações sociais determina uma diminuição da mesma. De acordo com alguns estudos, um bom apoio a nível emocional e/ou instrumental pode ter um efeito positivo na saúde. Silva et al, (2003).

Enquanto para alguns autores a QV no idoso diz respeito a uma percepção global da vida pessoal, à qual estão associados diversos domínios, para outros a QV fundamenta-se num bem-estar pleno ao nível da saúde, havendo uma grande divergência de definições. Porém, uma



avaliação da QV deve ser feita com base numa análise holística, isto é, devem ser consideradas as condicionantes a nível material, emocional, social e de saúde (Paul & Fonseca, 2001).

Uma vez que os idosos constituem um grupo muito heterogéneo, são reconhecidos diversos fatores de QV, que são definidos de acordo com o que cada um valoriza e com o seu próprio contexto. Contudo, verifica-se que a capacidade funcional é principalmente a saúde, que assume um papel primordial como dimensão da qualidade de vida para esta faixa etária. (Walker, 2005)

A QVRS diz respeito a um conceito mais específico, que representa a resposta de cada indivíduo face aos efeitos físicos, mentais e sociais que uma determinada doença induz na sua vida. Segundo Bowling citado por Dias, (2006) o conceito de QVRS contempla os aspetos positivos e negativos da vida, a saúde física, psíquica e social e a satisfação com a vida. São vários os autores que assumem os sinais e sintomas da doença, o desempenho nas AVD's, o estado emocional, a satisfação geral e bem-estar percebido como dimensões da QVRS.

#### **1.3.4- Impacto da DC no Idoso**

Uma vez que a DC não se resume exclusivamente a um problema biológico, a mesma implica uma análise sob uma perspetiva integral e o seu impacto deve ser determinado de acordo com a influência que causa na qualidade de vida do doente. Pibernik-Okanovic, (2001).

São muitas as doenças crónicas cujo impacto é mínimo, constituindo-se desta forma um processo relativamente simples, mas em contrapartida outras doenças podem implicar imensas dificuldades. Porém, o diagnóstico de uma doença crónica constitui um marco de vida deveras significativo para o doente segundo Santos, Ribeiro & Lopes, (2003). Este depara-se com diversas dificuldades complexas que interferem no tecido biopsicossocial, principalmente quando estas coexistem com outras doenças (Sachdev et al., 2004).

De acordo com Bolander (1998), verifica-se uma grande variância de necessidades que são sustentadas de acordo com a etiopatogenia e com as próprias características individuais. Deparamo-nos desta forma com duas faces da moeda, isto é, se por um lado, as necessidades variam ao longo do decurso da doença consoante a sua tipologia, por outro, as mesmas diferem de pessoa para pessoa, na medida em que cada uma encara o seu problema de forma exclusiva. Sob um ponto de vista mais generalizado, é possível estandardizar alguns problemas que os doentes crónicos partilham entre si, nomeadamente os sentimentos de perda, tristeza, ansiedade, revolta e a necessidade de reconstrução da vida pessoal e reestruturação de responsabilidades.

Strauss et al., citados por Bolander (1998), circunscrevem esta questão a sete problemas que consideram ser inerentes aos que sofrem de doenças crónicas, sendo eles (i) a prevenção e controlo de crises, (ii) a gestão de regimes prescritos, (iii) o controlo de sintomas, (iv) a prevenção do isolamento social, (v) a adaptação às demais alterações, (vi) a normalização do quotidiano e (vii) o controlo do tempo (Bolander, 1998). Uma doença crónica requer uma planificação eficaz, de forma a preparar situações adversas, pois quanto mais imprevisíveis e frequentes forem as alterações decorrentes da doença, mais difícil será a adaptação à mesma.

O paciente crónico tem que (con) viver com a doença até à finitude da sua existência, o que implica a mudança de hábitos do seu estilo de vida. Neste processo longo e demorado de adaptação à nova condição de vida existem muitos doentes crónicos que se afastam de outras pessoas, o que origina frequentemente situações de depressão e solidão (McDaniel, Hepworth & Doherty, 1994; Radley, 1995).

#### **1.4- Os Cuidados Continuados Integrados**

O aumento progressivo da esperança média de vida e de pessoas com patologias de evolução prolongada impulsionaram novas necessidades ao nível dos cuidados de saúde, exigindo uma forte componente de apoio psicossocial (MS, 2004). Deste modo, surge a necessidade de colmatar esta lacuna através dos Cuidados Continuados Integrados, por se fundamentarem precisamente na articulação de intervenções de apoio social e de saúde.

Lage (2005), considera os recursos formais, como as prestações e serviços sociais proporcionados pelos organismos privados e públicos. Estes últimos diferenciam-se em serviços sociais institucionais, prestados nos Lares de idosos, serviços sociais intermediários como por exemplo os de centro de Dia, e os serviços sociais comunitários como os cuidados integrais nomeadamente aos idosos, possibilitando a sua permanência no domicílio.

Os recursos formais contemplam entre outros, os recursos de saúde nomeadamente os Cuidados de Saúde Primários, com cuidados domiciliários.

Para Lage (2005), na sociedade atual, as instituições de saúde estão vocacionados essencialmente para a cura, cuja tipologia pelas suas características estão preparadas para cuidar destes doentes e não contemplam as necessidades reais, assim sendo tendencialmente os

cuidados destes doentes são transferidos para o domicílio, sendo assegurados essencialmente pelos familiares cuidadores.

As políticas de saúde têm vindo a considerar a família como uma prioridade de intervenção. A estratégia Regional Europeia da Saúde para todos no Séc. XXI, adotada na Assembleia Mundial de Saúde, realizada em Maio de 1998, considerou como prioritárias, entre outras, Cuidados de saúde Primários Integrados e orientados para a família (WHO, 1999).

De fato, a promoção de cuidados continuados é identificada como imprescindível a um sistema de saúde que deve estar preparado para responder às necessidades de uma população que está a envelhecer (DGS,2004). Ao abordar a questão dos Cuidados Continuados Integrados compreende-se um conjunto de intervenções que assentam em três pilares fundamentais, sendo eles a reabilitação, a readaptação do indivíduo e a sua reinserção familiar e social. Este processo envolve um processo terapêutico decorrente de uma avaliação que visa a recuperação global do indivíduo, a promoção da sua autonomia e a melhoria da sua funcionalidade. (Decreto de Lei nº 101/06,2006).

Perante esta crescente necessidade de intervenção articulada de apoio social e de cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência é criado o despacho conjunto nº 407/98, que advoga um modelo de intervenção dirigido às pessoas em situação de dependência.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletivo, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países. (DGS, 2004).

O impacto do envelhecimento da população, a mudança do perfil das patologias, as situações de dependência e de fragilidade, com grande necessidade de apoio social e familiar, a mudança de perfil das famílias, criaram problemas acrescidos de suporte e adequação de resposta diferentes das que tradicionalmente têm sido oferecidas (lares, centros de saúde, hospitais), levantando assim novos desafios aos cuidados prestados aos utentes. Sendo o envelhecimento um fenómeno que diz respeito a todos vai implicar necessariamente todos os setores sociais, exigindo a sua intervenção e coresponsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas e o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados, formais ou informais. (DGS, 2004).

Tal facto, representa um enorme desafio e responsabilidade para os serviços de saúde, nomeadamente para os cuidados de saúde primários, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas desta população.

#### **1.4.1- A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**

Com a criação da RNCCI, foram abrangidas todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados de saúde destinados à promoção, restauração e manutenção da qualidade de vida, do bem-estar e do conforto dos indivíduos que, em consequência de doença crónica ou degenerativa, necessitem dos mesmos, independentemente da sua idade (MS, 2004).

Sendo constituída por “unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas”, a RNCCI assenta em três princípios fundamentais, sendo eles a reabilitação, a readaptação e a reintegração social de indivíduos que careçam de cuidados devido à sua situação dependência.

*”A RNCCI, que se constitui como um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e da Saúde, é formado por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social. Estas novas respostas promovem a continuidade de cuidados de forma integrada, a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia.”*

**[www.rncci.min-saude.pt](http://www.rncci.min-saude.pt)**

Deste modo, a prestação de cuidados implica a avaliação multidisciplinar contínua de cada utente, desde o seu momento de admissão na unidade até ao momento em que recebe alta, através da qual é possível definir um plano individual de cuidados adequados, reformulando-os sempre que necessário.

São objetivos da RNCCI a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que independentemente da idade, se encontram em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra.

De acordo com o Decreto – Lei nº101/2006 de 6 de junho, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, foi criada no âmbito dos ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social e procura dar resposta às carências de cuidados, nomeadamente, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, doentes com patologia crónica múltipla, aumento de pessoas idosas com dependência funcional e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida. Desta forma, preconizou o modelo de intervenção articulado de Saúde e da Segurança Social, com natureza preventiva, recuperadora e paliativa.

O documento supracitado, descreve no artigo 4º, no “1- Constitui como objetivo geral da Rede a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontram em situação de dependência; 2- Constituem objetivos específicos da Rede:

a) a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou apoio social;

b) a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade, ou em risco de a perder, no seu domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;

c) o apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;

d) a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;

e) o apoio aos familiares ou prestadores de cuidados informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;

f) a articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;

g) a prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos”.

A rede baseia-se em princípios, prescritos no decreto anteriormente referido no seu artigo 6º. a) Prestação individualizada e humanizada de cuidados; “(...) *Participação e co-*

*responsabilidade da família e dos cuidados principais na prestação dos cuidados.”* (Diário da República 2006: 3858)

#### **1.4.2- Objetivos da Rede**

A RNCCI tem por objetivos prestar os cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, a qual se concretiza através dos seguintes objetivos:

- A melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
- A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;
- A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;
- A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de Cuidados Continuados Integrados. (MS, 2004)

A Missão da RNCCI vem assim dar resposta ao conjunto de pressupostos internacionais definidos para o desenvolvimento dos cuidados continuados integrados, e que são:

- Necessidade de diminuir internamentos desnecessários e o recurso às urgências por falta de acompanhamento continuado;
- Redução do reinternamento hospitalar ou internamento de convalescença dos idosos;
- Redução do número de altas hospitalares tardias (acima da média de internamento definida);
- Aumento da capacidade da intervenção dos serviços de saúde e apoio social ao nível da reabilitação integral e promoção da autonomia;

- Disponibilização de melhores serviços para o apoio continuado às pessoas em situação de fragilidade ou com doença crónica;
- Disponibilização de melhores serviços de apoio à recuperação da funcionalidade e continuidade de cuidados pós-internamento hospitalar;
- Flexibilização da organização e do planeamento dos recursos numa base de sistema local de saúde, através da identificação, pormenorizada, das necessidades de cuidados da população, a nível regional;
- Maior eficiência das respostas de cuidados agudos hospitalares.

Constituem Unidades de Internamento: Unidade de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção e Unidades de Cuidados Paliativos.

- A **Unidade de Convalescença** tem por finalidade a estabilização clínica e funcional devendo para esta tipologia ser referenciadas pessoas que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico, com elevado potencial de reabilitação com previsibilidade até 30 dias consecutivos.
- As **Unidades de Média Duração e Reabilitação** visam responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crónico, cuja previsibilidade de dias de internamento se situe entre 30 dias e 90 dias.
- As **Unidades de Longa Duração e Manutenção** tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o “status” do estado de saúde, num período de internamento em regra superior a 90 dias. Visam responder a doentes com processos crónicos que apresentem diferentes níveis de dependência e graus de complexidade e que não possam, ou não devam, ser cuidados no domicílio.
- As **Unidades de Cuidados Paliativos**, tal como são definidas no âmbito da RNCCI, destinam-se a doentes com doenças complexas em estado avançado, com evidência de falha da terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal e que requerem cuidados para orientação ou prestação de um plano terapêutico paliativo.

#### 1.4.2.1- Unidade de Média Duração e Reabilitação

A RNCCI prevê diferentes tipos de unidades e equipas, nomeadamente as unidades de internamento, as unidades de ambulatório, as equipas hospitalares e as equipas domiciliárias. As unidades de internamento compreendem as unidades de convalescença, as de média duração e reabilitação (UMDR), as de longa duração e manutenção (ULDM) e as de cuidados paliativos e de promoção da autonomia. Nas equipas hospitalares estão implicadas as equipas de gestão de altas e as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos. Por último, as unidades domiciliárias compreendem as equipas de cuidados continuados integrados e as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

Neste sentido, a investigação do presente trabalho irá decorrer numa Unidade de Média Duração e Reabilitação. A UMDR, é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio e articulado com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente da recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. Artigo 13º do Decreto de Lei 101/2006 de 6 de Junho.

A finalidade da UMDR é a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral de pessoa que se encontra na situação prevista anteriormente.

Na verdade, pretende-se com este tipo de unidades, responder as necessidades transitórias, visando maximizar os ganhos em saúde:

- Evitar permanências desnecessárias em hospitais de agudos;
- Contribuir para a gestão das altas dos hospitais agudos;
- Reduzir a utilização desnecessária de unidades de internamento de convalescença e de longa duração;
- Promover a reabilitação e a independência dos utentes.

A unidade de média duração e reabilitação é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, que presta cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.



O período de internamento na unidade de média duração e reabilitação tem uma previsibilidade superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão.

Os destinatários das UMDR são doentes oriundos de outras respostas de rede, de instituições de saúde ou de solidariedade social e segurança social ou, ainda do domicílio, que careçam de cuidados integrados em regime de internamento, mas não de cuidados tecnologicamente diferenciados.

Podem, ainda, existir unidades de média duração e reabilitação, com características próprias, destinadas a grupos específicos de doentes. O regime de unidade de dia destina-se a pessoas em situação de dependência, cujas condições clínicas e sociofamiliares lhes permitem a permanência no domicílio, mediante a prestação de cuidados em regime de dia.

## 2- Metodologia

De todos os métodos de aquisição de conhecimentos, a investigação científica é o mais rigoroso e o mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional. Um aspeto importante que o distingue dos outros métodos é que ele pode ser corrigido conforme a sua progressão como pode negar ou corrigir tudo o que ele propôs. (Lopes, 2008)

Fortin (2009:4) refere que: *“A investigação científica constitui um método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos. (...) Distingue-se de outros tipos de aquisição pelo seu caráter sistemático e rigoroso”*.

*“ A investigação define-se como um processo racional visando a aquisição de conhecimentos. Pode ser considerada sob diversos pontos de vista, mas é possível defini-la como um processo sistemático de colheita de dados empíricos tendo por objetivo descrever, explicar e prever fenómenos” (Fortin, 2009:20)*

De acordo com Norwood (2000) referenciado por Fortin (2009:26/27):

*“Um método de investigação comporta dois elementos: o paradigma do investigador e a estratégia utilizada para atingir o objetivo fixado. (...) O paradigma do investigador refere-se à sua visão do mundo, às suas crenças, que determinam a perspetiva segundo a qual ele coloca uma questão de investigação e estuda um fenómeno. Quanto à estratégia esta refere-se à metodologia ou aos procedimentos utilizados pelo investigador para estudar o fenómeno que suscita o seu interesse. Assim, aos diferentes métodos de investigação correspondem diferentes estruturas utilizadas para conceptualizar e compreender um fenómeno.”*

Segundo Fortin (2009:19), as metodologias de investigação *“devem adotar diferentes postulados em relação ao comportamento humano e à forma de encarar o conhecimento dos fenómenos. Ao escolher uma metodologia particular de investigação, o investigador adota uma visão do mundo e um fundamento filosófico”*. Assim sendo, é fundamental a justificação do tipo de estudo realizado, de forma a compreender os meios como se tentou atingir os objetivos delineados inicialmente.

No entanto, a metodologia a adotar no processo de investigação não é uma receita, uma vez que as opções metodológicas exigem uma reflexão, para que as tomadas de decisão se apresentem corretamente adequadas ao estudo em causa.

Assim sendo, tendo em conta a temática abordada por este estudo, surgiu a seguinte questão: qual seria o estudo que melhor se adequaria?

A escolha incidiu sobre um estudo de cariz qualitativo, na medida em que deixa abertura aos participantes para descreverem as suas experiências e exprimirem as suas emoções, sentimentos, valores e crenças, muito próprias. Parece então que este tipo de metodologia se encontra adequada ao presente estudo, permitindo aos sujeitos dissertar em torno das suas vivências.

Após a delimitação do tema, o primeiro passo a seguir foi a procura de documentação/bibliografia sobre o tema escolhido. Foi assim, iniciado um processo de pesquisa, ou seja, segundo Gil (1999) um procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. Não esquecendo que a pesquisa tem de apreender os conhecimentos disponíveis pelo investigador, acerca do fenómeno, de modo a ocorrer o desenvolvimento ou a eliminação de um estado de desordem da informação.

Deste modo, para concretizar a atividade de investigação é necessário planear e definir as etapas e métodos componentes do referido processo.

Na fase metodológica, para Fortin (2009:53), o investigador, terá que“(...) definir os meios de realizar a investigação” de modo a obter respostas às questões de investigação colocadas.

## **2.1- Tipo de estudo**

Na verdade, trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa.

Fortin (2009:237) considera a investigação descritiva como, um “método de investigação que fornece informação sobre as características de pessoas, situações, grupos ou acontecimentos”.

Da mesma forma Polit e Hungler (1995) consideram que o estudo descritivo procura observar, descrever e explorar aspetos de uma investigação.

O estudo é descritivo, visando uma descrição tão exaustiva quanto possível de determinado acontecimento. Vala (1993), considera que em muitos destes estudos, o investigador dispõe de hipóteses de partida, reunindo de forma controlada e sistemática a informação, para depois a organizar e clarificar.

Fortin (2009:236) refere ainda que “os estudos descritivos são geralmente baseados em questões de investigação ou objetivos e não em hipóteses”.

Carmo e Ferreira (1998) argumentam que a investigação é descritiva, na medida em que a descrição, resulta diretamente dos dados e é feita de forma rigorosa.

Este estudo poderá ser considerado descritivo, dado que, em consonância com Cervo e Bervian (2002:69), “(...) há poucos conhecimentos sobre o problema a ser estudado” e não houve pretensão da elaboração de (...) hipóteses a serem testadas no trabalho, restringindo-se a definir objetivos e buscar mais informações sobre determinado assunto de estudo.”

Fortin (1999) e Hesbeen (2001), acerca do estudo descritivo, referem que o objetivo do investigador não é o de determinar a verdade de determinado fenómeno, mas o de acumular a maior quantidade de informações possíveis, a fim de compreender os diversos aspetos do mesmo.

Para Bogdan e Biklen (1994) dão ênfase à subjetividade dos indivíduos, tentando penetrar no mundo conceptual destes de forma a aprender como e qual o significado que estes atribuem aos acontecimentos do seu dia-a-dia. Munhall et Al. (1986), citados por Costa (2005), acerca da utilização dessa perspetiva como forma particular de focar, pensar e agir, atribui-lhe um valor redobrado na medida em que fornece um paradigma geral para a investigação qualitativa. É um estudo de natureza qualitativa, porque este tipo de estudo permite conhecer a natureza das experiencias vividas pelos sujeitos tal como eles o descrevem (Polit & Hungler, 1995).

De acordo com Fortin (2009:27): “(...) o método de investigação qualitativa consiste na descrição de modos ou de tendências e visa fornecer uma descrição e uma compreensão alargada de um fenómeno. Segundo o paradigma qualitativo, os fenómenos são únicos e não previsíveis e os esforços são orientados para a compreensão total do fenómeno estudado.”

Fortin (2009:31) refere também que *“O investigador escolhe um fenómeno, estuda-o em profundidade, no seu conjunto, reúne e liga várias ideias entre si, a fim de construir uma nova realidade que tem sentido para os indivíduos que vivem o fenómeno do estudo:”*

Deste modo, as questões de investigação que necessitam de uma exploração ou de uma descrição do vivido ou da experiência humana devem ser abordadas pela investigação qualitativa, sendo que *“o objetivo das investigações qualitativas é descobrir, explorar, descrever fenómenos e compreender a sua essência.”* Fortin (2009:32)

Segundo Polit e Hungler (1995:27), a pesquisa qualitativa é descrita como *“holística, preocupada com os indivíduos e seu ambiente, e naturalista, sem qualquer limitação ou controle impostos pelo pesquisador”*. Desta forma, numa investigação qualitativa, os dados são analisados em toda a sua riqueza, respeitando tanto quanto possível a forma como foram registados. Quivy, et al (2003)

Para Polit, Beck e Hungler (2004), a investigação qualitativa dá ênfase à compreensão da experiência humana como vivida e tal como é definida pelos próprios autores.

Segundo Bogdan e Biklen (1994:47):

*“(...) a investigação qualitativa comporta cinco características, as quais poderão não estar presentes em todos os tipos de estudos qualitativos: na investigação qualitativa a fonte direta de dados e o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal. (...); a investigação qualitativa é descritiva. (...); os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo, do que tendem a analisar os seus dados de forma indutiva (...); o significado é de importância vital na abordagem qualitativa (...).”*

Segundo Belo (1999:4), *“a pesquisa qualitativa interessa-se em compreender a conduta humana a partir dos pontos de vista daquele que atua; há uma maior preocupação com o processo de investigação do que unicamente pelos resultados...”*. Ainda de acordo com Belo (1999:3) os métodos qualitativos apresentam várias características principais, tais como: a indutividade, o holístico, o naturalismo, a sensibilização para o contexto, o humanismo, a flexibilidade e a descrição rigorosa.

De acordo com Polit e Hungler (1995:270):

*“Este tipo de pesquisa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores. Pesquisadores qualitativos coletam e analisam materiais pouco estruturados e narrativos que proporcionam campo livre ao rico potencial das percepções e subjetividade dos seres humanos.”*

Em termos gerais a escolha do método qualitativo prende-se com o facto deste método: *“(...) tentar compreender um determinado fenómeno na sua totalidade, não focalizando conceitos específicos; possuir poucas ideias pré-concebidas e salienta a importância das interpretações dos eventos e circunstâncias pelas pessoas, mais do que a interpretação do pesquisador; não tentar controlar o contexto da pesquisa mas sim captar o contexto na sua totalidade, analisar as informações narradas de uma forma organizada e intuitiva.”* Belo (1999:5)

Sendo um estudo de natureza qualitativa e de acordo com Guerra (2006), pode ainda ser classificado como um “estudo de caso”- “amostragem por caso único”, a qual *“(...) consiste na escolha de uma pessoa, situação ou local para fazer uma análise intensiva”* (Guerra, 2006:44). Ainda de acordo com a autora supracitada, estes “casos únicos”, podem servir também de pesquisa exploratória, abrindo pistas à investigação (...) Guerra (2006:45).

De acordo com Fortin (2009:241):

*“O estudo de caso consiste no exame detalhado e completo de um fenómeno ligado a uma entidade social. A entidade pode ser um individuo, um grupo, uma família, uma comunidade ou uma organização. O estudo pode ser um exame em profundidade de uma situação num dado momento (...).*

A mesma autora, citando (Yin, 2003), refere que *“o estudo de caso é apropriado quando se dispõe de poucos dados sobre o acontecimento, ou fenómeno considerado”* Fortin (2009:241)

No estudo de caso de natureza qualitativa, o investigador manifesta interesse na significação das experiências vividas pelos próprios. Fortin (2009:242)

Fortin (2009) refere ainda que muitas vezes se aponta como desvantagem do estudo de caso a ausência de rigor científico. No entanto, referenciando Yin (2003), a autora refere que: “(...) o estudo de caso tem um valor real científico pelo facto, entre outros, do carácter profundo da análise, das múltiplas observações a que dá lugar e dos comportamentos tipo que permite isolar”.Fortin (2009:242)

No entanto, entre as vantagens de estudo de caso destacam-se:“(...) a informação detalhada que se obtém sobre um fenómeno novo, as ideias que ele permite destacar (...)” Fortin (2009:242).

Considera-se por isso, este estudo como um estudo de caso de cariz qualitativo, fenomenológico-descritivo (apresentado sob a forma de um estudo de caso, na medida em que se pretende conhecer e perspetivar a expectativa da família do utente idoso face à evolução da reabilitação após a entrada na Unidade de Cuidados Continuados).

## **2.2- População e Amostra**

Dado o caráter do presente estudo, a após a definição do método de investigação, torna-se agora fundamental definir a população junto da qual se deseja obter a informação.

Fortin (2009:55), define população como um “conjunto de indivíduos ou de objetos, que possuem características semelhantes, as quais formam definidas por critérios de inclusão, tendo em vista um determinado estudo”.

Desta forma, a população alvo em estudo no presente trabalho são os familiares dos utentes idosos (com mais de 65 anos de idade), com doença crónica internados na UCC de média duração e reabilitação, em Arronches no início do mês de setembro de 2012. Foram escolhidos cinco familiares para responder ao questionário, pois era a população disponível e que correspondia as características pretendidas.

## **2.3- Instrumentos de colheita de dados**

A natureza da exploração da pesquisa determina qual o método a utilizar no procedimento de colheita de dados. Para Fortin (2009:369), “no momento da escolha do método

*de colheita de dados, é preciso procurar um instrumento de medida que esteja em concordância com as definições conceptuais (...).”*

Entretanto, a técnica da colheita de dados utilizada no presente estudo foi a entrevista, que de acordo com Fortin (2009:375), *“a entrevista é o principal método de colheita de dados nas investigações qualitativas. Esta é um modo particular de comunicação verbal entre duas pessoas, um investigador que recolhe dados e um respondente que fornece a informação.”* Assim, a utilização de uma entrevista tem geralmente três funções, sendo elas: examinar conceitos e compreender o sentido de um fenómeno, tal e como é percebido pelos participantes, servir como principal instrumento de medida e servir de complemento aos outros métodos de colheita de dados.

Segundo Cuesta (1997), a utilização de métodos naturais, proporciona a recolha de informação relacionada com a experiência quotidiana dos participantes. Desta forma, utiliza-se a entrevista para a colheita de dados, uma vez que Gil (1999:117), citando Selltiz et al., refere que esta *“(...) é bastante adequada para a obtenção da informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram (...).”*

Os autores Bogdan e Biklen (1994), defendem que é através da entrevista que o investigador consegue desenvolver de forma intuitiva uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo. Assim, também Parreira (2000), acerca do uso desta técnica, refere que, para além de criar uma relação de interação em que se gera uma atmosfera de influência recíproca entre o entrevistador e o entrevistado, permite a apreensão imediata da informação que desejamos.

A utilização da entrevista apresenta como principais vantagens o contato direto com a experiência individual das pessoas, uma maior possibilidade de obter informações sobre temas de elevada complexidade associados a aspetos emocionais, permite ainda uma taxa de resposta elevada e a obtenção de respostas detalhadas. Fortin (2009)

Para Polit e Hungler (1995), o fato de o entrevistador estar presente, permite-lhe averiguar se as perguntas foram compreendidas pelo entrevistado e observar toda a linguagem não-verbal envolvida, contribuindo, assim, para que não haja interpretações incorretas. Quando este se apercebe de que a pergunta não foi compreendida pelo entrevistado, deverá ser reformulada para que não haja desvios do tema que se pretende investigar. Gil (1999) refere que, para além destas vantagens, a entrevista não exige que o entrevistado saiba ler ou escrever.



No entanto, a sua utilização também se pode fazer acompanhar de algumas desvantagens: “ *O tempo requerido para a entrevista e o seu custo elevado (...) os dados podem ser difíceis de codificar e de analisar.*” Fortin (2009:379)

O formato da entrevista utilizado foi o da semiestruturada, onde a formulação das questões é deixada à disposição do investigador, este recorre a este tipo de entrevista quando “ *(...) deseja obter mais informações particulares sobre um tema (...) é particularmente utilizada quando o investigador quer compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos participantes.*” Fortin (2009:376)

Zjac (2003), citado por Fortin (2009:377) define a entrevista semiestruturada como sendo: “*(...) uma interação verbal animada de forma flexível pelo investigador. Este deixar-se-á guiar pelo fluxo da entrevista com o objetivo de abordar, de um modo que se assemelha a uma conversa, os temas gerais sobre os quais deseja ouvir o respondente, permitindo assim destacar uma compreensão rica do fenómeno em estudo.*”

Este tipo de entrevista permite assim que o participante exprima os seus sentimentos e a sua opinião sobre o tema em estudo, assemelhando-se a entrevista a uma conversa informal.

Para a realização das entrevistas foi elaborado um guião (Apêndice I), o qual serve de linha orientadora para o investigador, sendo que “*(...) a função do entrevistador é encorajar os participantes a falar livremente sobre os tópicos consoantes no guião*” Polit, Beck e Hungler (2004:252).

Assim, esta técnica permite uma maior amplitude de obtenção de respostas, como referem Streubert e Carpenter (2002). Para Polit, Beck e Hungler (2004), a entrevista permite ao participante descrever o que é importante para ele, sem que lhe seja fornecida a opinião do investigador.

Para Ghiglione e Matalon (1993), neste tipo de entrevista apenas é fixada uma orientação inicial da conversa, a ordem e forma como os restantes temas são introduzidos, são deixados ao critério do entrevistador.

Parreira (2000), faz um alerta que o investigador deverá estar atento para surgir de questões não previstas no plano inicial e, caso isso aconteça, para ele controlar a situação, dirigindo a entrevista para os objetivos da investigação. Entretanto, essas informações devem ser valorizadas porque podem enquadrar-se no estudo, revelando aspetos não previstos.

O guião de entrevista foi elaborado com base na literatura consultada, nos objetivos do estudo e nas questões de investigação. Foi validado com o orientador do estudo.

Deste modo, o guião da entrevista foi constituído por quatro “blocos temáticos” diferentes, sendo que no primeiro bloco, designado legitimação da entrevista, pretendia-se motivar o entrevistado para a participação no estudo e obter o consentimento legal para a respetiva participação, assegurando sempre a confidencialidade e o anonimato.

Foi solicitada a autorização verbal dos participantes para proceder à gravação da entrevista (para além do consentimento informado já referenciado).

No segundo bloco, designada caracterização sócio cultural, pretende-se a obtenção de dados sócio culturais do familiar e do utente idoso. Estes dois blocos referidos têm um carácter essencialmente introdutório, permitindo assim que o entrevistado ficasse mais à vontade.

De modo a permitir a caracterização do utente idoso e do familiar, foram colocadas determinadas questões que permitiram uma caracterização mais pormenorizada dos participantes, quer dos utentes quer dos familiares (amostra), descritas posteriormente na apresentação e análise de dados.

O terceiro bloco é designado de perspetivas face à reabilitação do utente idoso na Unidade de Cuidados Continuados. Assim, o principal objetivo deste bloco é analisar a perspetiva do familiar do utente no que refere à evolução da reabilitação do utente. De modo, para se conhecer as perspetivas dos familiares face à reabilitação dos utentes idosos foram colocadas determinadas questões referentes aos sentimentos da reabilitação dos utentes idosos por parte dos familiares em várias áreas da reabilitação; o que esperam os familiares da reabilitação dos utentes idosos; de que forma os técnicos contribuem para uma evolução positiva dos utentes idosos e se os mesmos técnicos podem fazer mais para melhores resultados na reabilitação dos utentes idosos.

Por fim, no quarto e último bloco, foi agradecida a atenção e disponibilidade apresentada para participar no estudo.

Durante as entrevistas salvaguardou-se a privacidade dos entrevistados, evitou-se interrupções, bem como, o entrevistado foi deixado mais à vontade. Desta forma, Ghiglione e Matalon (1993) e Streubert, in Streubert e Carpenter (2002), defendem que mais facilmente será revelada a informação procurada.

No entanto, constatou-se que a presença do gravador não foi fator inibidor da conversa. Ao longo da entrevista, foi sempre mantida uma atitude de interesse, redirecionando a temática

abordada para os objetivos do estudo- sempre que isso não se verificava. No final da mesma, foi-lhes agradecida a disponibilidade e a valiosa contribuição.

As entrevistas tiveram em média, doze a quinze minutos. A colheita de dados foi feita nos primeiros dias do mês de setembro de 2012.

A concretização das entrevistas foi feita de acordo com a disponibilidade dos entrevistados e tentamos que cada entrevista, como refere Patton (1990) e Quivy (2003), fosse uma situação única e particular, criando um ambiente de “à vontade”, para facilitar as respostas.

## **2.4- Procedimentos de Tratamento e Análise dos Dados**

A apresentação, a análise e a interpretação dos resultados de uma investigação são etapas distintas no processo de investigação.

Após a colheita de dados, foi feita a organização e tratamento de todo o material recolhido, de modo a que, posteriormente, fosse possível a sua análise e interpretação. Assim, a técnica escolhida para compreender os resultados foi a análise de conteúdo enquanto técnica de investigação qualitativa.

Neste sentido, pela técnica de análise de conteúdo foi possível uma *“desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de localização – atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção de análise”* (Vala, 1986).

Para Bogdan (1994), os dados são materiais em bruto que os investigadores recolhem do mundo que se encontram a estudar, sendo os elementos que formam a base de análise. Assim, a análise de conteúdo tem como principal intuito produzir interferências válidas e reprodutíveis a partir da análise de textos. Uma descrição objetiva, sistemática e até quantitativa dos conteúdos em análise busca, através de um processo inferencial, atingir intenções, representações, pressupostos e quadros de referência da fonte de comunicação, entre outro tipo de variáveis como o sexo, idade, classe social e momento histórico. (Amado, 2000)

Ao longo de todo o processo de tratamento e análise de dados, valorizam-se alguns princípios de conduta defendidos por Bogdan e Biklen (1994:233) como *“seja autêntico quando escreve os resultados. A característica mais importante de um investigador deve ser a sua devoção e fidelidade aos dados que obtém”*

A primeira etapa do processo de tratamento e análise de dados é a transcrição das entrevistas, ou seja, as entrevistas gravadas são transcritas na íntegra e as gravações conservadas.

Segundo Bardin (2009), a transcrição total das entrevistas constitui o corpus da análise, pois constituirão o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos processos analíticos.

Uma vez transcritas as entrevistas, as mesmas foram impressas o que de acordo com Guerra (2006:70) permite “(...) uma leitura cuidadosa de cada entrevista”.

Na fase de leitura das entrevistas, foram realizadas anotações na margem direita e esquerda de modo a proceder à síntese das narrativas. Optou-se ainda por sublinhar com cores as entrevistas impressas, de modo a permitir uma visualização mais rápida.

As entrevistas decorreram maioritariamente segundo a ordem preconizada no guião da entrevista. Após a realização de cada entrevista foi feita a sua transcrição para suporte informático, tendo cada entrevista sido codificada com um número, consoante a ordem de realização.

Como refere Fortin (2009: 379), “ (...) a transcrição dos dados é fundamental, de modo a proceder posteriormente à sua análise”.

Na realidade, houve a preocupação das transcrições serem realizadas o mais próximo possível da data da entrevista, de modo a descrever os aspetos emocionais vivíveis dos participantes.

A cada familiar participante atribuiu-se a letra (E) e a cada entrevista atribuiu-se uma letra de acordo com a ordem da realização das mesmas (EA a EE).

No início de cada transcrição, colocou-se a letra, a data e o período de duração e de transcrição da mesma.

Desta forma, as transcrições efetuadas tiveram em média noventa minutos (uma hora e meia). Nas transcrições das entrevistas, foi utilizada uma chave de modo a aumentar a fidelidade dos dados transcritos:

(...)- Pausa

« »- não relacionado com o tema

E- Entrevistador

F- Familiar

O segundo passo, preconizado por Bardin (2009:121), passa pela exploração do material, que segundo o autor é uma fase “(...) longa e fastidiosa, que consiste essencialmente e operações de codificação.”

Para Holsti citado por Bardin (2009:129), “ a codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo”.

No processo de codificação dos dados, torna-se importante definir as unidades de registo e as unidades de contexto.

A unidade de registo de acordo com Bardin (2009:130) “ é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização (...). A unidade de registo pode ser de natureza e de dimensões muito variáveis.”

No presente estudo irá ser utilizado como unidade de registo o Tema, o qual pode surgir como sendo: “Uma afirmação acerca de um assunto. Quer dizer, uma frase, ou uma frase composta, habitualmente um resumo ou uma frase condensada, por influência da qual pode ser afetado um vasto conjunto de formulações singulares” Berelson referenciado por Bardin (2009:131).

O tema surge assim, como a unidade de significação que de forma natural se liberta da análise de um texto, de acordo com critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. Bardin (2009:131)

Em concordância com Bardin (2009:131), “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

Por unidade de contexto, entende-se o segmento mais longo de conteúdo que o investigador considera quando caracteriza uma unidade de registo, sendo a unidade de registo o segmento mais curto. A unidade de contexto tem a função de assegurar a fidelidade e a validade de análise. (Bardin, 2009)

Por unidade de contexto foi considerada a totalidade da entrevista, visto que permite “apreender o significado exato da unidade registo, sem que se deixem de revelar as opiniões, atitudes e preocupações dos seus autores” (Amado, 2000).

Bardin (2009:133), refere que *“A unidade de contexto serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são ótimas para que se possa compreender significação exata da unidade de registo.”*

De acordo com Bardin (2009:146), *“A partir do momento em que a análise de conteúdo decide codificar o seu material, deve produzir um sistema de categorias.”*

Neste estudo optou-se por ser pela unidade de registo, a unidade formal, que segundo Bardin (2009:130) é *“a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização.”*

O processo de categorização dos dados *“tem como primeiro objetivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados em bruto.”* Bardin (2009:147)

Segundo Bardin, (2009:145), a categorização *“ é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos.”*

Deste modo, são definidas categorias e subcategorias *a priori* e *a posteriori*, ou seja, as categorias e subcategorias estabelecidas não são de carácter estático, podendo ser alteradas à medida que o trabalho se desenvolve.

As categorias foram estabelecidas com base nos objetivos do estudo e na revisão bibliográfica efetuada, enquanto as categorias surgiram de um processo *a posteriori* resultante da análise e tratamento dos dados e de acordo com a informação obtida.

Bardin (2009:145), refere que as categorias podem ser definidas como *“(…) rubricas ou classes, as quais reúnem um conjunto de elementos (unidades de registo, (…) sob um titulo genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos.”*

Segundo Hogenraad (1984), citado por Vala (1986:110) *“Uma categoria é habitualmente composta por um termo chave que indica a significação central do conceito que se quer apreender, e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito.”*

Para Amado (2000): *“ A obtenção de resultados cada vez mais refinados, satisfatórios e definitivos são alcançados através de uma comparação constante das unidades de*

*significação. Com este processo é possível definir categorias e subcategorias que especificarão as qualidades das categorias e os indicadores que traduzirão, o mais adequado e exaustivamente possível o sentido das unidades de registo.”*

Com o decorrer do processo de categorização dos dados foram consideradas determinadas características, de modo a que as mesmas fossem consideradas “boas categorias”, como sendo: a exclusão mútua, *“esta condição estipula que cada elemento não pode existir em mais do que uma divisão”*, a homogeneidade *“em que o princípio da exclusão mútua depende da homogeneidade das categorias (...). Num mesmo conjunto categorial só se pode funcionar com um registo e com uma dimensão da análise”*; a pertinência, *“o sistema de categorias deve refletir as intenções da investigação (...)”*; a objetividade e a fidelidade, em que *“as diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma grelha categorial, devem ser codificados da mesma maneira, mesmo quando submetidas a várias análises”*; e por último a produtividade, *“um conjunto de categorias é produtivo se fornece resultados férteis: férteis em índices de interferências, em hipóteses novas e em dados exatos.”* Bardin (2009:148)

A codificação foi realizada manualmente, tendo sido criadas “siglas” identificativas das categorias e subcategorias identificativas.

Tanto o processo de categorização como o de codificação foram ações determinantes na decisão da associação de cada unidade a uma determinada categoria, uma vez que à medida que se avançou na codificação de dados, as categorias foram sendo consolidadas ou modificadas. Esta foi uma das dificuldades encontradas, quer na construção das categorias, quer na inclusão dos segmentos de texto em cada uma delas garantindo simultaneamente os princípios anteriormente referidos por Bardin (2009).

Assim, face ao exposto anteriormente, foi elaborada a Matriz de Codificação Global. Esta pretende estar em consonância com o enquadramento teórico realizado, assim como com as Grades de Análise identificadas a partir da técnica da análise de conteúdo por leitura exaustiva do *corpus*.

Desta forma, foi estabelecido como tema principal: Perspetivar a expectativa da família do utente idoso face à evolução da reabilitação após a entrada na Unidade de Cuidados Continuados.

A partir deste tema e ainda num processo “*a priori*”, foram definidas duas categorias. Num processo “*a posteriori*”, e com base nas unidades de registo obtidas a partir do processo

de categorização, foram então estabelecidas subcategorias. Como etapa final deste processo foi construída a Grelha de Análise final dos dados – para cada subcategoria identificada. Considerando os objetivos do estudo, dentro deste tema foram consideradas as seguintes

- Sentimentos dos familiares face ao internamento do utente idoso
- Perspetivas dos familiares face à reabilitação dos utentes
- Perceção dos contributos dos técnicos na reabilitação dos utentes

## **2.5- Validade e Fidelidade dos Dados**

Durante todo o processo de análise de dados colocou-se a questão da sua validade, ou seja, até que ponto os procedimentos efetuados levam à obtenção de dados credíveis e em conformidade com os verdadeiros dados produzidos pelos sujeitos do estudo. Para tal importa atender a critérios de validade e fidelidade. Polit e Hungler (1995:203) defendem que *“a validade seria defendida em função da capacidade de um procedimento em produzir a resposta correta (...) a validade levanta o problema de saber se o investigador observa realmente aquilo que pensa estar a observar.”*

Segundo Streubert e Carpenter (2002:33), o objetivo da investigação qualitativa é apresentar, com rigor, as experiências dos participantes no estudo. Estes referem que o rigor *“(...) é demonstrado através da atenção que o investigador dá à confirmação da informação descoberta.”*

A validade diz respeito àquilo que o investigador pretendia medir, assim, deve assegurar-se e assegurar os seus leitores de que mediu o que pretendia, ou seja, que alcançou os seus objetivos. A análise de conteúdo será válida quando a descrição do conteúdo é significativa relativamente ao problema em causa e reproduz a realidade dos factos.

No que concerne à fidelidade dos dados, esta é igualmente um problema comum a todas as investigações, tendo algumas dificuldades específicas no caso da análise de conteúdo. Uma vez que qualquer conteúdo possibilita fazer múltiplas interpretações, o estudo deve garantir que vários codificadores/investigadores cheguem a resultados idênticos e que um mesmo codificador use, de forma igual, os critérios de codificação ao longo do trabalho.



Neste sentido, tendo sido a análise, codificação e interpretação dos dados realizadas por uma investigadora, o processo foi submetido a rigorosa supervisão do orientador do trabalho, sendo de salientar que com a utilização dos mesmos critérios, alcançaram-se os mesmos resultados.

Como forma de assegurar a fidelidade da análise de conteúdo, foi utilizada a fidelidade intracodificador que, de acordo com Carmo e Ferreira (1998), diz respeito a que um mesmo codificador ao longo do trabalho aplique de igual forma os critérios de codificação, sendo necessário que estes critérios estejam explicados pormenorizadamente e sejam rigorosamente utilizados.

Patton (1990) defende também a validação dos dados com recurso aos próprios participantes. Na validação dos dados realizada com os participantes do estudo houve concordância na maioria das inferências realizadas.

Lincoln e Guba (1985), citados por Polit e Hungler (1995), estabelecem quatro critérios fundamentais para assegurar a cientificidade do estudo: credibilidade, transferibilidade, segurança e confirmabilidade.

A credibilidade segundo Polit e Hungler (1995:210/211) refere-se a “(...) *confiança na verdade dos dados*”, e envolve dois aspetos: “(...) *executar a investigação de forma a que a credibilidade das descobertas fique realçada, e (...) percorrer os passos necessários para demonstrar a credibilidade*”.

A transferibilidade para Polit e Hungler (1995:212) “(...) *refere-se (...) a capacidade de generalização dos dados. Isto é, em que medida as descobertas a partir dos dados podem ser transferidos a outros locais ou grupos (...) é de certa forma, uma questão de amostragem e planeamento, e não uma questão relativa a importância dos dados em si.*”

Para os autores Polit e Hungler (1995) a segurança de dados refere-se à estabilidade desses mesmos dados através do tempo e mediante condições. Desta forma, toda a documentação foi entregue e revista pelo orientador de estudo.

A confirmabilidade para Polit e Hungler (1995:212) é definida como a “(...) *objetividade ou neutralidade dos dados, de modo que haja concordância entre duas ou mais pessoas independentes acerca da relevância ou significado dos dados.*”

Patton (1990) salienta que uma das formas de tornar um plano de investigação mais “sólido/consistente” será através de um processo de “triangulação”, ou seja, através “da combinação de metodologias no estudo dos mesmos fenómenos ou programas”.

Carmo (1998) referenciando Denzin (1978) identificou quatro “grupos” distintos de triangulação:

1. Triangulação de dados – recurso a fontes variadas num mesmo estudo;
2. Triangulação de investigadores – contributo de vários investigadores ou avaliadores;
3. Triangulação de teorias – utilização de vários pontos de vista de forma a interpretar, sob diferentes prismas, um mesmo conjunto de dados;
4. Triangulação metodológica – utilização de diferentes métodos para estudar um dado problema ou programa.

## **2.6- Considerações Éticas**

A realização de um trabalho de investigação implica, por parte do investigador, conhecimento e respeito pelos aspetos éticos e morais, do modo a que a individualidade humana seja preservada.

Desta forma, neste estudo houve o cuidado de assegurar que os procedimentos efetuados fossem regidos por princípios éticos e deontológicos.

Bogdan e Biklen (1994:217) defendem estas questões na medida que afirmam que, “*duas questões dominam o panorama recente no âmbito da ética relativa à investigação com sujeitos humanos: o consentimento informado e a proteção dos sujeitos contra espécie de dano*”.

Considerando que a ética “*(...) é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta... conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que este se inspira para guiar a sua conduta.*” (Fortin, 1999: 114), qualquer investigação, realizada com seres humanos implica a abordagem de questões éticas e morais. Sendo fundamental a sua presença ao longo da pesquisa.

Lessard- Hérbert et al (2008:142), segundo Eriksoc (1986), “ *A responsabilidade ética deve andar a par com a preocupação científica numa investigação conduzida no campo*”.

Polit et al (2004) referem três princípios éticos ao salientarem o relatório de Belmont (2003), sendo estes a beneficência, o respeito pela dignidade humana, e o princípio da justiça. O cumprimento destes princípios permite ao investigador garantir aos participantes envolvidos no estudo o respeito pelos direitos da pessoa humana, enquanto valor imensurável.

Neste estudo de investigação foram tomadas as diligências necessárias para proteger os direitos e liberdades dos familiares que nele participaram. Desta forma, foi pedida e obtida a autorização, por escrito à Santa Casa de Misericórdia de Arronches (Apêndice III) e obtido o consentimento informado dos cuidadores (Apêndice II).

Desta forma, o princípio do respeito pela dignidade humana, “...Inclui o direito à autodeterminação e o direito à revelação completa.” (Queiroz et al 2007:29). No primeiro direito, os participantes no referido estudo decidiram de forma voluntária querer participar ou não, e em qualquer momento ser excluído ou recusar. Decorrente deste princípio, segundo Polit et al (2004), foi salvaguardado também o direito à revelação completa, em que o participante tem que ser informado da natureza do estudo, do seu direito a recusar participar ou desistir, dos benefícios e riscos prováveis e das responsabilidades do pesquisador. Em consequência, foi obtido o consentimento informado formal dos participantes do estudo, de acordo com Polit e Hungler (1997), Carpenter (2002), Queiroz et al (2007), sendo salvaguardado o poder dos mesmos livremente optarem por participar ou não. Após ter sido transmitida a informação, foram assinados os consentimentos pelos participantes do estudo. Ao longo do presente estudo foi recordado aos participantes os aspetos inerentes ao consentimento informado indo ao encontro de Carpenter (2002), segundo Munhall (1988). Todos eles consideram o consentimento como um processo contínuo.

A folha de consentimento informado que foi elaborada, e tal com Queiroz et al (2007) referem, deve conter determinados aspetos:

- A natureza, os objetivos e a duração do estudo;
- Os procedimentos na colheita de dados (utilização de gravador de voz, etc.);
- A maneira pela qual os sujeitos foram selecionados;

- Potenciais desconfortos físicos e emocionais, ou efeitos colaterais e apoios a disponibilizar;
- Descrição da natureza voluntária da participação e do direito a recusa em qualquer momento sem penalidades;
- Benefícios, além de potenciais benefícios a outros;
- Garantia de que a privacidade do sujeito será protegida em todos os momentos;
- Disponibilização do nome do investigador a ser contactado para informações ou eventual queixa a cerca do assunto.

Adaptado de Queiroz et al (2007:33)

O princípio da justiça “... *Decorre o direito ao tratamento justo e o direito à privacidade.*” (Queiroz et al 2007:30). No direito ao tratamento justo, segundo Polit et al (2004), são contemplados os seguintes aspetos: a seleção justa e não discriminatória dos participantes; e a sensibilidade e respeito pelos hábitos, crenças, estilos de vida, de diferentes culturas, cortesias e habilidades no tratamento dos participantes em todos os momentos. Estes aspetos tiveram presentes ao longo de todo o estudo. Foi mantido o direito à privacidade dos participantes ao longo da pesquisa, foi considerado também o direito à confidencialidade no qual, segundo Polit & Hungler (1993), os sujeitos têm direito de esperar que os dados colhidos ao longo do estudo sejam mantidos em sigilo e o seu compromisso “ *é uma garantia de que qualquer informação que o informante forneça não será publicamente divulgada ou acessível a fontes que não as envolvidas na investigação.*” (Strebert & Carpenter, 2002:43).

Na verdade, é considerando que a entrevista é um processo de interação pessoal, sendo por isso inevitável conhecer a fonte de dados, “*A própria natureza da colheita de dados na investigação qualitativa torna o anonimato impossível.*” (Streubert & Carpenter, 2002: 43).

Os participantes foram informados acerca da finalidade do estudo, da decisão de não participarem ou desistirem ao longo do mesmo e da confidencialidade da informação fornecida, ou seja, que apenas o investigador e o orientador tem acesso aos dados.

Lessard- Hébert (1994), referem que um consentimento livre e esclarecido é fundamental para a participação de uma pessoa na investigação, sem qualquer tipo de ameaças ou pressões, ou até mesmo omissões.

Foi assim pedida autorização para a gravação da entrevista e fornecida a informação necessária sobre a mesma. Da mesma forma, foi assegurado que as informações obtidas seriam utilizadas para o fim a que tinham sido propostas.

Todas a referidas informações constavam no consentimento informado, que foi datado e assinado por cinco participantes.

O anonimato e a confidencialidade de todos os dados partilhados é um direito que assiste as pessoas, pelo que a garantia de que estes são cumpridos assegura quer o respeito pela sua identidade, bem como pelas declarações feitas. Fortin (2009)

Foi fornecido a todos os participantes o contato do investigador, ficando assim aberto um canal de comunicação que poderá ser utilizado sempre que os participantes assim o desejarem.

## **2.7- Limitações e Dificuldades do Estudo**

Durante a realização deste processo de investigação, foi ocorrendo progressivamente uma tomada de consciência de alguns limitadores que interferiram de alguma forma no seu desenvolvimento e que se relacionam maioritariamente com limitações pessoais do investigador, sendo elas: pouca prática na realização de investigação; pouca formação na área de investigação qualitativa; inexperiência no âmbito da investigação qualitativa; e escassez de bibliografia específica.

### **3- Tratamento e Análise da Dados**

Em investigação qualitativa, a análise dos dados é uma fase integrada no processo de investigação, está presente em todas as vezes que o investigador se remete a um período de colheita de dados e deve situar-se em relação ao que emergiu dos dados e resta descobrir. A mesma permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador refere Fortin, (2009).

#### **3.1- Caracterização da População**

A população em estudo foi constituída por cinco participantes.

Os quadros que se seguem resumem as questões colocadas na fase inicial da entrevista de modo a proceder a uma caracterização da população.

Pela observação do quadro nº1 é possível proceder à caracterização dos utentes idosos e com Doença Crónica participantes no estudo.

Dados Utentes	Género	Idade	Diagnóstico	Tempo de Entrada do utente na UCCI até à situação atual
Utente A	Feminino	79 Anos	AVC	2 Meses
Utente B	Feminino	85 Anos	Úlcera de pressão e fratura da Anca	2 Meses
Utente C	Masculino	89 Anos	AVC	3 Meses
Utente D	Feminino	67 Anos	AVC	1 Mês
Utente E	Masculino	73 Anos	AVC	2 Meses

#### **Quadro nº1- Caraterização dos utentes**

No que concerne ao género pode-se verificar que existem três (3) utentes do sexo feminino e dois (2) utentes do sexo masculino.

Relativamente às idades dos utentes estão compreendidas entre os sessenta e sete (67) e os oitenta e nove (89) anos de idade. A maioria tem idades entre os 70-80 anos, três (3) utentes, seguindo a faixa etária entre os 60-70, com um (1) utente, e na faixa etária entre os 80-90, dois (2) utentes.

### **Diagnóstico**

Em relação ao Diagnóstico, pode-se dizer que o diagnóstico predominante é o AVC, com três (3) utentes vítimas da doença, uma (1) com fratura de Anca e úlcera de pressão. A fratura de anca e úlcera de pressão coincide com a pessoa mais velha do estudo. E os restantes utentes o diagnóstico é o AVC.

### **Tempo de entrada na UCCI do utente até ao momento**

No que diz respeito ao tempo decorrido desde da entrada na UCC até à data da entrevista, é possível verificar que os valores oscilam entre um (1) mês e três (3) meses. Existem três (3) utentes idosos que se encontram em reabilitação há cerca de dois (2) meses, um (1) utente idoso que está em reabilitação há três (3) meses, e um (1) utente idoso apenas há um mês que deu entrada na UCC.

No Quadro nº2 é possível proceder à caracterização dos familiares participantes no estudo.

Dados Familiares	Género	Idade	Grau de parentesco com o utente	Habilitações Literárias
Familiar A	Masculino	82 Anos	Marido	4º Ano
Familiar B	Feminino	54 Anos	Filho	Licenciatura
Familiar C	Feminino	49 Anos	Filha	6º Ano
Familiar D	Masculino	62 Anos	Irmão	9º Ano
Familiar E	Feminino	66 Anos	Esposa	6º Ano

### **Quadro nº2- Caracterização dos Familiares entrevistados**

### **Caracterização dos familiares entrevistados de acordo com género e faixa etária**

Em relação ao género, podemos verificar que três (3) familiares são do sexo feminino e dois (2) do sexo masculino.

As idades dos familiares estão compreendidas entre os quarenta e nove (49) e os oitenta e dois (82). Por sua vez, existe um (1) familiar com idades compreendidas entre 40-50, entre os 50-60 existe também um (1) familiar, depois na faixa entre os 60-70 existem dois (2) familiares, e ainda um (1) familiar na faixa etária entre os 80-90.

### **Grau de parentesco com o utente**

É a família a principal responsável pelos utentes internados. Em relação ao grau de parentesco, pode-se verificar que duas (2) são filhos, um (1) irmão, um (1) marido e uma (1) esposa. Pode assim, verificar-se que de acordo com o referido na bibliografia encontrada, a família é ainda a principal responsável pelos seus entes queridos. Na presente amostra é possível verificar que há uma afinidade familiar entre os familiares e os utentes, havendo no entanto uma heterogeneidade dos familiares.

### **Habilitações Literárias**

No que diz respeito ao grau de escolaridade pode-se verificar que existem dois (2) familiares com o 6º ano. O 4º ano é representado por um (1) familiar tal como se faz representar o 9º ano. Como está patente neste resultado, a escolaridade em Portugal continua a ser relativamente baixa.

Após as análises do **Quadro nº1** e do **Quadro nº2**, pode-se dizer que em ambos os quadros, o género feminino é predominante. Este dado vem de encontro à bibliografia referenciada. Neto (2010) refere que quanto ao género dos familiares cuidadores, estes são predominantemente mulheres, estando também de acordo com Collière (1999) que refere que na sociedade ocidental, desde os tempos mais remotos, a prática de cuidados se identifica com a mulher, a qual foi adquirindo ao longo do tempo o seu valor social.



No entanto, no que se refere à idade do familiar cuidador, segundo Figueiredo (2007), as várias pesquisas revelam que a maioria tem uma média de idade entre os 45-60 anos. Neste estudo o mais relevante encontra-se na faixa etária entre os 60-70 anos de idade. Esta idade é influenciada pela idade da pessoa que necessita de cuidados, ou seja, quanto mais velha for a pessoa doente que necessita de acompanhamento, mais velho será o familiar responsável pelo doente. Large (2005).

Relativamente às habilitações literárias dos familiares não se pode dizer que tenham em média baixa escolaridade, visto que existem duas licenciaturas, um 12º ano e um 9º ano de escolaridade. Portanto, a escolaridade dos familiares entrevistados é de certa forma positiva.

### **3.2- Sentimentos dos familiares face ao internamento do utente idoso (SFI)**

Os sentimentos do familiar face ao internamento do utente idoso em UCC, predem-se não apenas com as alterações que ocorrem na vida familiar com o internamento do doentes.

Sendo a família um sistema, tenderá para o equilíbrio. A dinâmica de uma família ou relação cuidador/doente, é desenvolvida no sentido de manter esse equilíbrio, para que seja possível promover um desenvolvimento harmonioso, tanto em termos económicos, sociais e principalmente emocionais.

O aparecimento de um problema de saúde, especialmente uma doença crónica, vai por em causa essa segurança. Essa alteração irá afetar todos os membros da família forçando-os a uma nova adaptação à situação atual, terão que “aprender” a reconhecer e a lidar com um conjunto de emoções e sentimentos até ali desconhecidos.

Para uma melhor análise, foram criadas três subcategorias: a evolução da fala, evolução da locomoção e evolução nas AVD'S.

Neste trabalho, a população alvo foram pessoas idosas e com doença crónica, e verificou-se que existia uma grande incidência de idosos com AVC, o que causou a criação destes itens, visto que o AVC atinge normalmente o funcionamento destas áreas.

Para a DGS (2004), os Cuidados Continuados Integrados compreende-se um conjunto de três pilares fundamentais, a reabilitação, readaptação do individuo e reinserção familiar e social. Assim, é de realçar neste ponto a reabilitação quer da fala, da locomoção e das AVD'S,

pois para que exista uma reinserção familiar é importante para que possam ter uma vida minimamente normal e integrada tanto na família como na sociedade.

### **3.2.1- Evolução da fala**

A fala é o meio de comunicação mais utilizado em todo o mundo. E assim, quando existe um problema de saúde que atinge a fala é muito complicado comunicar é neste sentido que a reabilitação da fala é muito importante para os familiares dos utentes.

Na verdade, o isolamento social e do mundo por falta de comunicação, faz com que estas pessoas se sintam discriminadas, pois a nossa sociedade não está preparada para lidar com estas limitações. E conseqüentemente também os familiares destas pessoas não estão preparados para lidar com a afasia dos seus familiares.

*“(...) já se entende um bocadinho mais do que quando veio para aqui,(...) não se percebia nada do que ela (...) agora já se entende algumas das coisas “; EA*

O EA refere que o utente quando foi para a unidade não se percebia nada do que ele dizia, e agora que se encontra lá algum tempo, já começa a ter melhoras na evolução da fala.

Nas entrevistas realizadas apenas um dos utentes ficou com a fala muito condicionada devido ao AVC, os outros três utentes a fala não foi um problema.

Para a DGS (2004), os Cuidados Continuados Integrados compreende-se um conjunto de três pilares fundamentais, a reabilitação, readaptação do individuo e reinserção familiar e social. E deste modo, a evolução da fala é de grande importância porque é o meio de comunicação mais importante do ser humano, e sem a fala é muito difícil comunicar com as outras pessoas.

Quando se entra numa UCC, o objetivo principal é a recuperação das faculdades perdidas pela doença. Assim, os técnicos trabalham arduamente para conseguirem a máxima recuperação possível dos seus doentes.

### **3.2.2- Evolução na Locomoção**

O EB refere que claramente já existiu uma evolução na mobilidade da pessoa internada, pois o familiar entrou na UCC e vinha na cadeira de rodas e neste momento já caminha com o andarilho.

Na verdade, esta evolução deve-se ao trabalho dos técnicos da instituição e ao empenho e motivação do utente.

*“(...)vinha na cadeira de rodas e só dava um ou dois passinhos(...)não conseguia dar mais”;*

*EB*

*“(...) já caminha com o andarilho (...)” EB*

O EB relata estar contente com a evolução do seu familiar, pois para o cuidador e o utente quanto mais independente o utente estiver melhor, na medida em que não necessita de depender de terceiros constantemente aquando da sua alta para o domicílio.

*“(...) porque ele quando veio andava de cadeira de rodas (...) já está a começar a dar uns passinhos sozinho. “ EE;*

O EE menciona a evolução positiva do seu familiar, valorizando assim, os passos que começa agora a dar sozinho.

Os EB e EE, estão a ter resultados muito positivos no que diz respeito à evolução dos seus familiares. A sua mobilidade começa a dar sinais de melhoras, devido ao trabalho diário dos técnicos com muita fisioterapia e muitas atividades ao longo do dia que contribuem em muito para as melhoras na mobilidade destas pessoas.

*“(...) está praticamente igual(...) não vejo grandes melhoras.”; EC*

*“(...) até as expressões dele são tristes (...) e está muito apático”; EC*

Contrariamente ao EC, revela o contrário ao EB, pois a evolução do seu familiar é praticamente nula, mas o EC refere em inúmeras vezes que o familiar em questão não tem qualquer tipo de motivação. O utente encontra-se desmotivado por se apresentar dependente de outras pessoas, e conseqüentemente triste por se sentir um fardo para o resto da sua família.

Deste modo, estes sentimentos, de desmotivação que refere o EC, podem ser devidos à revolta. Pois são pessoas que foram independentes durante toda a sua vida, e de repente deparam-se com uma situação de dependência para muitas das tarefas que até à data eram básicas.

Para a DGS (2004), a promoção da autonomia e da independência das pessoas e o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados, formais ou informais. Desta forma, a locomoção, é o meio mais valorizado para a independência e para a autonomia, pois se um individuo tiver uma boa locomoção, já consegue fazer uma vida mais ou menos independente e autónoma.

O EC, encontra-se desmotivado com a evolução do seu familiar, mas é de salientar um fator muito importante para a sua reabilitação, a idade, a idade de oitenta e nove anos é um fator que não é favorável a uma reabilitação positiva. Normalmente as pessoa que tem mais idade não tem uma reabilitação muito proveitosa. Para a maioria dos familiares a entrada numa UCC, significa que o seu idoso que se encontra debilitado e até com um certo grau de dependência, sairá completamente reabilitado e como estava antes de sofrer o AVC. A família nunca está preparada para um cenário de dependência das pessoas mais velhas.

### **3.2.3- Evolução nas AVD'S**

As AVD'S, dizem respeito a todo o quotidiano de qualquer pessoa. Estas atividades são referentes a: higiene pessoal, idas à casa de banho, comer, vestir, entre outras.

Nas entrevistas realizadas, as atividades mais apontadas foram a higiene pessoal, o comer e o vestir. Para uma pessoa que não possui parte da sua mobilidade é complicado realizar estas tarefas sem ajuda.

*-“(...)ainda não consegue comer muito bem sozinha, porque ficou apanhada de um dos lados(...)”;EA*

*“ (...) não consegue comer sozinho EE*

O EA e o EE salientam que o familiar ainda tem algumas dificuldades da alimentação sozinha.

*“(...) e não conseguir ainda tomar banho sozinha”, EB*

O EB refere os cuidados de higiene pessoal, que o seu familiar ainda se encontra um pouco debilitado, e não consegue sozinho, por vezes, isto acaba por desmotivar os doentes, pois querem melhoras rápidas e não aceitam a sua limitação e nova condição de vida.

*“Está muito melhor.” EB*

*“(...) agora já está a começar a melhorar (...); ED*

Os sentimentos dos familiares EB e ED são de que os familiares internados estão a começar a melhorar. Contudo, e com estas evoluções os utentes sentem-se mais motivados e incentivados para continuarem os exercícios de reabilitação, e este facto é parte integrante nas suas melhoras. Neste sentido, começam a ver melhoras na sua evolução, e isso fornece mais incentivo e coragem para enfrentarem as próximas etapas.

Na ótica de Sousa, Galante & Figueiredo (2003), a qualidade de vida e as melhoras dependem de diversos fatores, nomeadamente da satisfação com a vida, do bem-estar social, do nível de independência e controle e de competências a nível social e cognitivo.

*“(...) ainda é pouco tempo (...); ED*

*“Eu acho que com o tempo vai lá.” EE*

Os familiares dos EE e ED encontram-se internados à dois e um mês respetivamente, por isso a evolução para estes familiares ainda não é muito notória. Verifica-se assim novamente que os seus familiares pretendem a sua recuperação.

*“(...) Dependendo das pessoas para quase tudo (...) é muito triste EC*

*“(...) está praticamente igual(...) não vi grandes melhoras.”; EC*

O EC é visivelmente o participante que se encontra mais desiludido com a evolução do seu familiar. Este participante referiu que tinha muitas esperanças na recuperação do seu familiar, mas esses resultados não estão a aparecer. Mas, como foi referido anteriormente o

individuo apresenta a idade de oitenta e nove anos. Na realidade, a família não aceita a dependência do doente idoso e nem aceita a idade que o mesmo tem, e pretendem que o familiar internado recupere e fique como estava antes do seu problema de saúde, mas não podemos esquecer da idade do individuo que influencia em muito a recuperação nestes casos.

Na visão de Balander (1998), todas as alterações às quais o doente crónico se submete podem ser desgastantes, física e psicologicamente, sendo muitas vezes acompanhadas por situações de isolamento, solidão e depressão.

Para RNCCI, os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra.

Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra.

<b>Entrevistados</b>	<b>EA</b>	<b>EB</b>	<b>EC</b>	<b>ED</b>	<b>EE</b>
<b>Dimensões</b>					
<b>Evolução da locomoção</b>		<b>X</b>	<b>X</b>		<b>X</b>
<b>Evolução da Fala</b>	<b>X</b>				
<b>Evolução nas AVD'S</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Melhoras</b>		<b>X</b>		<b>X</b>	

**Quadro nº 3-** Matriz de Síntese- Sentimentos dos familiares face ao internamento do utente idoso

Pode-se verificar que todos os entrevistados referiram a evolução (positiva ou não) nas AVD'S, todos estes utentes se depararam com dificuldades na execução das tarefas do dia-a-dia. O que para os cuidadores é muito importante que os utentes consigam fazer minimamente,

porque para a sua independência é necessário que consigam fazer minimamente as tarefas diárias, para não estarem constantemente dependente de terceiros.

No que diz respeito à evolução da locomoção apenas três entrevistados se referiram à locomoção dos seus familiares internados. Por outro lado, no que concerne às melhoras em geral foram referidas por dois dos familiares entrevistados, referem que os utentes internados estão a apresentar melhoras no seu tratamento. Na verdade, para estes entrevistados as melhoras são muito importantes, na medida em que é um incentivo à recuperação, ver algumas melhoras de dia para dia conduz a uma maior motivação tanto para os utentes como para os familiares.

Por outro lado, a evolução da fala foi referida apenas por um entrevistado, pois apenas um utente ficou afetado ao nível da fala. Mas as melhoras da sua fala já são de certo modo evidentes, o que é um bom passo para a sua evolução em geral.

### **3.3- Perspetivas dos familiares face à reabilitação dos utentes (PFR)**

Para os familiares dos utentes internados na UCC, é de grande importância a evolução dos seus familiares que se encontram em internados para reabilitação.

Assim, para os familiares que prestam cuidados, o mais importante é o bem-estar e a autonomia dos utentes idosos e sobretudo que tenham uma boa qualidade de vida e integração no dia-a-dia no seio familiar.

*“(...) foi por isso que eu quis que ela viesse para aqui (...) para que estivesse bem e que consiga fazer tudo como antes (...) era tão bom.”; EA*

*(...) Sobretudo que tenha uma vida com mais qualidade possível.” EB*

A maioria dos familiares entrevistados EA e EB referiram esses aspetos como os mais importantes para a vida dos seus idosos.

*“(...) já não vai ser uma pessoa independente”; EC*

O familiar internado do entrevistado EC mostra-se algo desmotivado na sua reabilitação. E para que a recuperação seja positiva tem que existir empenho, motivação e

vontade por parte do utente. O EC não aceita a doença do seu familiar, e não está preparado para a readaptação à nova vida do mesmo, queria que ficasse com a sua autonomia total, facto que não é possível devido ao problema de saúde. A opinião deste familiar em nada indica que o trabalho desenvolvido na instituição não seja bom, apenas a desmotivação do utente não ajuda a umas ligeiras melhoras.

Relativamente à autonomia os familiares entrevistados *EB e EC*, a autonomia é muito importante, pois os seus doentes sempre foram pessoas com a sua independência total e depararem-se neste momento com uma situação de dependência.

Para as pessoas que se encontram em reabilitação nestas unidades, as vitórias por mais pequenas que sejam, são sempre um estímulo para mais resultados positivos. Estes doentes e os seus familiares querem muito a autonomia que tinham anteriormente. De certa forma, alguns já aceitam as suas novas limitações, e querem apenas começar a readaptar-se à nova vida.

*“com o trabalho aqui ele vai ficar muito bem.” EE*

*“Eu acho que vai sair daqui muito bem (...) ED*

*“Sobretudo que fique bem(...)” EC*

É visível que os entrevistados EE, EC e ED são bastante otimistas relativamente à evolução dos utentes. Quando o utente se encontra motivado positivamente para abordagem de cuidados, a adesão aos planos é maior, com consequentes ganhos na saúde.

*“ (...) Acho que o resultado vai ser muito positivo (...)” ED*

O ED assume uma postura de grande otimismo e de muita esperança na recuperação do seu utente internado.

Os familiares revelam muita esperança na reabilitação, à exceção de um entrevistado (EC) que se demonstra algo pessimista no que diz respeito às melhoras do familiar que se encontra internado.



O pessimismo de EC deve-se ao facto do seu familiar internado se encontrar desmotivado e sem vontade de recuperar.

Com a criação da RNCCI, foram abrangidas todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados de saúde destinados à promoção, restauração e manutenção da qualidade de vida, do bem-estar e do conforto dos indivíduos que, em consequência de doença crónica ou degenerativa, necessitem dos mesmos, independentemente da sua idade (MS, 2004).

Em concordância com a bibliografia utilizada, a autonomia e o bem-estar, são de total importância para a vida dos mais velhos e das suas famílias.

*“(...) que ficasse independente com a sua autonomia, como sempre teve.”; EC*

*“(...) que seja autónoma (...)” EB*

*“(...) que fique com autonomia suficiente para poder fazer a vidinha dela (...)”; ED*

Os entrevistados EB, EC e ED, referem comumente a autonomia como resultado mais importante que esperam deste internamento. Em geral todos os familiares esperam destas unidades que os doentes recuperem totalmente, a maioria das vezes isso não é possível, devido a vários fatores como a idade, antecedentes, motivação, entre outros, por isso estas unidades tem como objetivo além da reabilitação a readaptação da vida destas pessoas.

Desta forma, o Decreto de Lei nº 101/06,2006 defende que este processo envolve um processo terapêutico decorrente de uma avaliação que visa a recuperação global do indivíduo, a promoção da sua autonomia e a melhoria da sua funcionalidade.

Na sociedade existe a ideia que as unidades de cuidados continuados servem para as pessoas entrarem e saírem, perfeitamente autónomas e capazes de uma vida independente, e na realidade não é só essa a função das unidades.

*“(...) Não quero que fique numa cama ou então constantemente dependente de outras pessoas (...).” EB*

O EB menciona também que não quer que o seu familiar fique dependente de outras pessoas, pois sempre foi uma pessoa muito autónoma. Sabe-se que nos dias de hoje não é fácil ter uma pessoa a cargo. Pois hoje em dia a mulher também trabalha, antigamente é que a mulher ficava em casa a tomar conta dos filhos e também dos mais velhos quando já não conseguiam estar sozinhos.

Segundo Amaro (2006), a mulher não trabalhava ficava em casa para cuidar do marido, dos filhos e dos mais velhos quando eles começassem a precisar de cuidados.

E de acordo com a DGS (2004), envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletivo, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países.

No entanto, é normal os participantes não quererem ver os seus familiares nestas condições, de dependência de outras pessoas para fazerem todas as tarefas do dia-a-dia. São pessoas que eram autónomas e faziam todas as suas tarefas diárias sozinhas e de repente encontram-se numa situação de dependência, e isto causa aos cuidadores sentimentos de tristeza e angustia por eles estarem nestas condições.

E por outro lado, os utentes ficam mais deprimidos psicologicamente, porque sentem que já não são úteis, e começam a sentir-se como um “fardo” para os filhos o que conduz a uma desmotivação.

Na verdade, os familiares zelam pelo bem-estar e pela qualidade de vida dos seus entes. Autores defendem a família como o apoio para as situações mais complicadas como a falta de saúde, Duvall e Miller (1985) citados por Germano (2003) *“(...) que a família se vê confrontada com a necessidade de prestar apoio aos seus membros mais idosos.”*

De acordo com MS (2004), refere que as UCC *“(...) estão habilitadas à prestação de cuidados de saúde destinadas à promoção e manutenção da qualidade de vida, do bem-estar e*

do conforto dos indivíduos que, em consequência de doença crónica ou degenerativa, necessitem dos mesmos, independentemente da sua vida.”

Também de acordo com o Decreto – Lei nº101/2006 de 6 de junho no artigo 4º a), faz referencia “ a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou apoio social; “

Segundo MS (2004) para garantir a melhor qualidade de vida possível, é necessária a compreensão das necessidades, potencialidades, recursos e limitações existentes de modo a permitir a disponibilização dos suportes que possam promover a autonomia.

A saúde e o bem-estar, são assim influenciados pelas oportunidades do individuo se envolver satisfatoriamente em atividades e participar em situações de vida no seu dia-a-dia.

Entrevistados Dimensões	EA	EB	EC	ED	EE
Autonomia	X	X	X	X	
Otimismo	X	X		X	X
Bem-estar	X		X		

Quadro nº4- Matriz de Síntese: Perspetivas dos familiares face à reabilitação dos utentes

É possível verificar que a maioria dos familiares refere a autonomia com que pretendem que os seus familiares saiam da unidade, bem como, a referência ao otimismo que os familiares sentem na recuperação dos utentes idosos internados, estes fatores conduzem a uma motivação por parte do doente, e o doente e familiares motivados são uma parte muito importante para um resultado positivo na recuperação. Relativamente ao bem-estar apenas dois

dos entrevistados visaram o bem-estar dos seus familiares, quer pelas condições quer pela equipa multidisciplinar que trabalha naquela instituição.

Por isso, é de salientar que o otimismo e a autonomia têm maior relevância para estes indivíduos entrevistados.

### **3.4- Perceção dos contributos dos técnicos na reabilitação dos utentes (PCR)**

É de salientar que para os familiares dos utentes na UMDR, os contributos dos técnicos na Unidade, são a parte mais importante para a recuperação dos utentes. E para os resultados serem positivos estas equipas são multidisciplinares, e traçam planos de reabilitação adaptados a cada utente.

*“(...) estão sempre a tentar que comece a fazer as coisas sozinha(...) são incansáveis.”; EB*

Existe um interesse por parte da equipa multidisciplinar em que o plano terapêutico seja cumprido, pois na verdade, conduz a um entusiasmo por parte da família saberem que os técnicos estão sempre a trabalhar com os seus familiares. Isso transmite aos familiares cuidadores um sentimento de interesse e investimento por parte dos técnicos nos cuidados aos seus entes queridos em recuperação na unidade.

*“Fazem muitas coisas com ela (...) está sempre ocupada (...)”;EA*

O EA realça que o familiar internado está sempre ocupado com atividades ao longo do dia e que ao mesmo tempo contribuem para a sua recuperação.

*“(...) eles fazem muitas atividades (...) mantem-nos ocupados a maior parte do dia (...)”;EC*

*(...) fazem muita fisioterapia, e outras atividades (...) ED*

Estas atividades realizadas durante o dia são muito benéficas para o seu desenvolvimento, ou então mesmo que seja apenas para manterem as faculdades que não foram afetadas pelo problema de saúde, como para manter a massa muscular e a mobilidade, porque se

essas áreas não afetadas não forem trabalhadas vão acabar por atrofiar e deixarem também de funcionar.

Os entrevistados EA, EB, EC e ED relatam que os seus familiares mantêm atividades durante todo o seu internamento, mesmo que não tenha algo a ver com o seu problema diretamente. O entrevistado EB refere também o incentivo dos técnicos para com os utentes.

*(...) mas fazem outras atividades com ela (...) para não perder mobilidade e a musculatura nos braços(...); EB*

O EB refere as atividades desenvolvidas ao longo do dia que são benéficas para que os utentes não percam a mobilidade que ainda tem noutras partes do corpo. Ou seja, reabilitam a parte afetada pelo problema de saúde e reforçam a parte não afetada.

É importante que os utentes enquanto se encontram em reabilitação, desenvolvam outras atividades no que diz respeito à manutenção da mobilidade e atividade dos utentes. Como foi referido pelo EB, durante o internamento, os técnicos estimulam os utentes à prática de outros exercícios não diretamente relacionados com o problema de saúde que os conduziu ao internamento na unidade. Assim, muitas destas atividades, estão relacionadas com tarefas tem gosto em fazer como os trabalhos manuais.

Neste capítulo foi geral a opinião dos familiares relativamente às atividades dos utentes. Os familiares referem que os técnicos na Unidade estão sempre a fazer atividades para que os utentes estejam parados o menos tempo possível.

É importante mesmo para que os próprios utentes não percam a sua pouca atividade. Porém, e como relata o EB estas atividades são importantes para não perderem a musculatura e a mobilidade nos membros que não foram afetados pelo problema de saúde que os conduziu ao internamento.

*“Prestam muito apoio aos familiares (...); EB*

O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados é um dos objetivos da RNCCI.

De salientar que a família é parte integrante na reabilitação dos utentes e deste modo também são incluídas no plano terapêutico.

*-“(...) e mesmo com a família eles são muito queridos dão-nos muito apoio e falam connosco para nos explicar as coisas (...) ED*

O familiar tem o direito a saber informações sobre a evolução e as condições em que se encontra o doente, as suas limitações, as suas vitórias e sobretudo as suas dificuldades, pois o doente está internado durante mais ou menos três meses e depois volta para o seu domicílio, e os familiares tem que saber lidar com a nova forma de vida dos seus mais velhos. E desta forma, o apoio prestado na instituição pelos técnicos é relevante para a mentalização dos familiares para o que futuramente serão as suas vidas.

Os familiares EB e ED, mencionam o apoio que os técnicos transmitem aos familiares, que na sua ótica é muito importante para a evolução positiva dos utentes idosos internados para reabilitação na UCC e acabam por deixar os familiares mais tranquilos e informados.

*“(...) Senão fossem eles, ela não estava a recuperar tão bem como está.”; ED*

O ED indica que o seu familiar está a recuperar muito bem graças ao trabalho dos técnicos desta unidade o que demonstra profissionalismo e humanismo por parte de toda a equipa.

*“Tratam-na muito bem (...) tem muito paciência para ela (...) estão sempre a insistir para que faça as coisas (...)”; EA*

No entanto, o EA refere que os técnicos estão sempre a insistir para que o utente realize os exercícios necessários às suas melhoras. A insistência o maio mais produtivo na reabilitação,

recuperação e readaptação destes doentes, pois facilmente se desmotivam e desistem dos exercícios propostos na sua recuperação.

*-“(…) são incansáveis no seu trabalho(…) fazem tudo o que está ao seu alcance para conseguirem resultados positivos(…)”; EE*

*Para o EE, os técnicos intervenientes são incansáveis no seu trabalho, para obterem os melhores resultados.*

*(…) tratam-na muito bem e ela gosta muito de aqui estar (…)”; EB*

O EB, declara que o familiar gosta muito de estar lá, para os familiares são muito positivo os seus idosos se sintam bem nestes locais. Porém, o facto o espaço físico ser do agrado do doente é logo um passo para que se sinta bem, logo tem mais motivação e vontade para trabalhar na sua recuperação, favorece também a ligação aos profissionais de saúde e conduz assim a uma facilidade na relação terapêutica que pode levar a uma excelente recuperação.

Neste sentido, estas entrevistas, revelam que todos os familiares estão de acordo que o trabalho desenvolvido aqui é de grande persistência e apoio para a recuperação dos seus doentes. Estas observações realizadas pelos familiares devem-se ao fato de a instituição apresentar excelentes condições, quer de trabalho quer de infraestruturas. Estes fatores refletem assim os bons resultados apresentados e as posteriores avaliações positivas das famílias.

Durante as entrevistas, foi notório que para os cuidadores, a instituição presta todo o apoio que necessário, bem como a relação com os utentes que foi sempre muito elogiada. Os familiares elogiaram a equipa e o seu trabalho durante tempo de entrevista e que não podiam estar em melhores mãos.

Em concordância com o descrito por MS (2004), a Prestação de Cuidados na RNCCI significa fornecer os melhores cuidados possíveis disponíveis a um indivíduo e ou família/cuidador com uma necessidade, num contexto específico.

A identificação das expectativas e objetivos do indivíduo e da família são partes importantes na qualidade dos cuidados prestados.

A Saúde e o bem-estar, são assim influenciados pelas oportunidades do indivíduo se envolver satisfatoriamente em atividades e participar em situações de vida, no dia a dia.

Envolvimento do doente, familiares/cuidadores informais na elaboração do seu Plano Individual de Intervenção no respeito pelas suas capacidades, necessidades e preferências.  
Respostas organizadas e flexíveis de acordo com as necessidades e preferências do utente.

Sendo o envelhecimento um fenómeno que diz respeito a todos vai implicar necessariamente todos os setores sociais, exigindo a sua intervenção e coresponsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas e o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados, formais ou informais. (DGS, 2004).

Na prestação de cuidados aplicar-se a melhor evidência disponível, associada à perícia profissional, sendo esta um contínuo de múltiplas dimensões – resultados obtidos, atributos pessoais e conhecimentos, bem como proficiência cognitiva e valores do indivíduo.

Particularmente em situações de doença crónica, deve tornar-se perceptível para o doente que apesar da situação de doença é possível continuar a envolver-se em situações de vida no dia-a-dia e desempenhar as suas atividades, ainda que de uma forma adaptada.

<b>Entrevistados</b> <b>Dimensões</b>	<b>EA</b>	<b>EB</b>	<b>EC</b>	<b>ED</b>	<b>EE</b>
<b>Apoio</b>		<b>X</b>		<b>X</b>	
<b>Insistência</b>	<b>X</b>	<b>X</b>			<b>X</b>
<b>Atividades/ Ocupação</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	

**Quadro nº 5-** Matriz de síntese: Perceção dos contributos dos técnicos na reabilitação dos utentes



A maioria dos entrevistados refere as Atividades /ocupação que esta instituição distribui ao longo do dia, o que para estas famílias tem grande relevância para a sua recuperação e para o bem-estar ao longo do dia, pois assim os doentes sentem-se bem. Seguidamente a insistência foi o fator mais referenciado, para os familiares a insistência é parte integrante e uma das mais importantes para que os doentes recuperem pelo menos grande parte da sua autonomia. Por último, o apoio foi referido por dois dos participantes. Para os familiares o apoio é importante na medida em que, vem os seus idosos debilitados e que possivelmente não voltam a ter as suas vidas como tinham anteriormente, e uma palavra amiga por parte dos técnicos que trabalham na instituição é confortante.

## **4- Conclusão**

Pretendeu-se com o presente estudo, conhecer uma realidade, num contexto único na voz dos familiares cuidadores, com o objetivo de perspetivar qual a expectativa dos familiares no que diz respeito à reabilitação dos utentes internados numa Unidade de Cuidados Continuados.

Neste sentido, a elevada expectativa de uma reabilitação total conduziu a que fosse desenvolvido um estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa, na Unidade de Média Duração e Reabilitação da Unidade de Cuidados Continuados de Arronches.

Apesar de a tipologia das doenças não ter sido objeto de estudo, foi tido em consideração que os utentes internados nas UCCI enfrentam doenças crónicas incapacitantes, e pode-se afirmar que, em consonância com os resultados obtidos, os familiares dos doentes inquiridos parecem perspetivar a sua vida de forma positiva.

Foi possível verificar níveis de dependência elevados a diversos níveis, nomeadamente na mobilidade, autocuidado e bem-estar. De facto, verifica-se que as doenças crónicas têm impacto na capacidade de os indivíduos manterem uma vida autónoma. Lichtenberg MacNeill & Mast (2000) afirmam que existe uma correlação direta entre a co morbilidade e a capacidade funcional. A deterioração funcional começa por atingir a capacidade de andar e posteriormente a de tomar banho, a de vestir, de cuidar da higiene diária e de se alimentar (Lichtenberg, MacNeill & Mast, 2000).

Tendo em conta este cenário, arrisca-se a afirmar que a existência das UCCI é de extrema pertinência e importância para os indivíduos. São unidades com grande potencial para responder as necessidades dos idosos, população crescente, e que devem ser valorizadas pois, apesar da sua recente existência, exercem um muito bom trabalho e que deverá ser continuado.

Da revisão bibliográfica e durante o processo de análise e tratamentos de dados colhidos nas cinco entrevistas aos familiares cuidadores dos utentes idosos internados, emergiram algumas conclusões que irão contribuir para alcançar a finalidade do estudo.

Para os cuidadores é muito complicado aceitar que os seus familiares sofrem de um problema de saúde grave e que eles se encontram dependentes de terceiros. Assim, faz com que seja difícil aos familiares, admitir esta nova condição de vida destes doentes.

Os familiares dos doentes crónicos encaminhados para a UCC, apresentaram uma esperança muito elevada no que diz respeito à recuperação destes utentes, porque para a maioria dos familiares, vão para uma UCC para ficarem recuperados.

Após a realização das entrevistas e análise de dados, pode-se verificar que todos os entrevistados referiram a evolução (positiva ou não) nas AVD'S, todos estes utentes se depararam com dificuldades na execução das tarefas do dia-a-dia. O que para os cuidadores é muito importante que os utentes consigam fazer minimamente, porque para a sua independência é necessário que consigam fazer minimamente as tarefas diárias, para não estarem constantemente dependente de terceiros.

No que diz respeito à evolução da locomoção apenas três entrevistados se referiram à locomoção dos seus familiares internados. Por outro lado, no que concerne às melhoras em geral foram referidas por dois dos familiares entrevistados, referem que os utentes internados estão a apresentar melhoras no seu tratamento. Na verdade, para estes entrevistados as melhoras são muito importantes, na medida em que é um incentivo à recuperação, ver algumas melhoras de dia para dia conduz a uma maior motivação tanto para os utentes como para os familiares.

Por outro lado, a evolução da fala foi referida apenas por um entrevistado, pois apenas um utente ficou afetado ao nível da fala. Mas as melhoras da sua fala já são de certo modo evidentes, o que é um bom passo para a sua evolução em geral.

Verificou-se que, a maioria dos entrevistados referem que, para eles neste processo de reabilitação é possível verificar que a maioria dos familiares refere a autonomia com que pretendem que os seus familiares saiam da unidade, bem como, a referência ao otimismo que os familiares sentem na recuperação dos utentes idosos internados, estes fatores conduzem a uma motivação por parte do doente, e o doente e familiares motivados são uma parte muito importante para um resultado positivo na recuperação. Relativamente ao bem-estar apenas dois dos entrevistados visaram o bem-estar dos seus familiares, quer pelas condições quer pela equipa multidisciplinar que trabalha naquela instituição.

A maioria dos entrevistados refere as Atividades /ocupação que esta instituição distribui ao longo do dia, o que para estas famílias tem grande relevância para a sua recuperação e para o bem-estar ao longo do dia, pois assim os doentes sentem-se bem. Seguidamente a insistência foi o fator mais referenciado, para os familiares a insistência é parte integrante e uma das mais importantes para que os doentes recuperem pelo menos grande parte da sua autonomia. Por último, o apoio foi referido por dois dos participantes. Para os familiares o apoio é importante na medida em que, vem os seus idosos debilitados e que possivelmente não voltam a ter as suas vidas como tinham anteriormente, e uma palavra amiga por parte dos técnicos que trabalham na instituição é confortante.

## 5- Referências Bibliográficas

- Amado, J. S. (2000). *A técnica de análise de conteúdo*. in revista referencia, nº5, Novembro;
- Amaro, F. (2006). *Introdução á sociologia da família*. Mem Martins: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas;
- Alessandra, V.G. (2009). *A ansiedade em família*. Prior Velho: Edições Paulinas;
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo* (5ª edição).Edições 70;
- Belo, C. (1999). *Investigação em Enfermagem: Paradigma Qualitativo*. Trabalho apresentado no âmbito do curso de investigação para Enfermeiros do Departamento de Formação do H.G.O;
- Benjamim, A. E. & Cluff, L. E. (2001). *Who needs caring? The lost art of caring. A challenge to health professionals, families, communities and society*. Baltimore: The Johns HopKins University Press;
- Black, J. M. ; Matassarini – Jacobs, E. (1996). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Uma abordagem psicológica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;
- Bogdan, R.; B. S. K. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora;
- Bolander, V. B. (1998). Sorensen e Luckman. *Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta;
- Busse, E. W. (1969). Theories of aging. In little Brown (Ed). *Behavior and adaptation in later life*. Boston;
- Carmo, H.; F., M. (1998). *Metodologias da investigação: guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta;
- Cervo, A.; B., P. (2002). *Metodologia científica* (5ª edição). São Paulo: Prentice Hall;
- Covas, M. M. C. M. (2006). *Percurso da sociologia da família: das origens à consolidação científica*. Algarve: Universidade do Algarve;

Creswell, J. (1994). *Research design: qualitative & quantitative approaches*. Thousand Oaks, California: Sage;

Coliére, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: LIDEL;

Cuesta, C. (1997). *Investigación Cualitativa en el campo de la salud*. Barcelona. Revista Rol de Enfermería;

Decreto – Lei nº 101/2006, de 6 de Junho. Diário da Republica – Série I-A, nº 109 3856-3865;

Despacho- Conjunto nº 407/98, de 18 de Junho. Diário da Republica – Série II, nº 138, 8328-8332;

DGS, Direção- Geral de Saúde (2004). *Programa nacional para a saúde das Pessoas Idosas 2004*. Lisboa: Direção – Geral de Saúde;

Dias, F.N. (2004). *Relações grupais e desenvolvimento humano*. Lisboa: Instituto Piaget;

Dias, M. A. A. R. (2006). *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e Satisfação com a vida – Um estudo em indivíduos amputados do membro inferior*. Dissertação de Mestrado apresentada a Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, Porto;

Engel, G. L. (1977) – The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196;

Fleck, M. (2008). *A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed editora;

Flores, J. G. (1994). *Análisis de datos cualitativos aplicaciones a la investigación educativa*. (1ª Edição). Barcelona: Editora PPU;

Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Edições Celta;

- Fortin, M. F., Cote, J., F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lisboa: Lusodidacta;
- Fonseca, A. (2004). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa
- Freire, M. S. (1999). *Comunicação, comportamento humano e empresa*. Portalegre: Escola Superior de Tecnologia e Gestão, Instituto Politécnico de Portalegre;
- Ghiglione, R.; M., B. (1993). *O inquérito: teoria e prática*. (2ª edição). Oeiras: Celta;
- Giddens, A. (2004). *Famílias in Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian;
- Gil, A. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (5ª edição) São Paulo: Atlas;
- Gimeno, A. (2003). *A família o desafio da diversidade*. Lisboa: Instituto Piaget;
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso*. Estoril: Principia Editora;
- Helin, S. (2000). Functional decline and the process of compensation in elderly people. *Studies in Sport, Physical Education and Health*. 71;
- Hershey, D. (1984). *Must we grow old?* Cincinnati: Basal Books;
- Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In Paul, C. ; Fonseca, A. , coord. *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi;
- Lyons, R. F., S., M. J. L. & Ritvo, P. G. (1995). *Relationships in Chronic Illness and Disability*. Thousand Oaks: Sage Publications;
- Leventhal, H., L., E. A. & Nguyen, T. V. (1985). Reactions of families to illness: Theoretical models and perspectives. In D. C. Turk & R. D. Kerns (Ed.), *Health, illness and families: A life-span perspective* . New York: Wiley;
- Macieira- Coelho, A. (1989). Envelhecimento Humano. Colóquio Ciências;

Martín, A. ; Y., S. ; I., J. ; M., J. & Larrañaga, E. (1999). *Envejecimiento, sociedad y salud*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla- La Mancha;

Martín, H. (1997). Envejecimiento individual y de la población: la investigación científica en el proceso de envejecimiento humano. In Buendia, J., *Gerontologia y salud: Perspetivas actuales*. Madrid: Biblioteca Nueva;

Miller, R. A. (1994). The Biology of Aging and longevity. In W.R. Hazzard, E. L. Bierman, J. P. Blass, W. Ettinger Jr, J. B. Halten (Eds). *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. Londres: McGraw-Hill;

Montorio, I. & Izal, M. (1999). Cambios Asociados al proceso de envejecimiento. In M. Izal & I. Montorio, *Gerontologia conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Editorial Sintesis;

Moreira, I. M. (2004). *O doente terminal em contexto familiar*. Coimbra: Formasan;

McDaniel, S. H.; Hepworth, J. & Doherty, W. D. (1994). Os desafios da doença crónica. *Terapia familiar médica: um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas;

MS, Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde;

Neri, A. L. & Freire, S. A. (2000). *E por falar em boa velhice*. Papirus: Campinas SP;

Netto, M. P. & Ponte, J. (2000). Envelhecimento: desafio na transição do século. In M. P. Netto. *Gerontologia – A velhice e o Envelhecimento em visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu;

Osório, L. C. (1996). *Família hoje*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas;

Oliveira, J. H. B. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. (3<sup>o</sup> Edição). Porto: Livpsic;

Parreira, M. (2000). *A investigação etnográfica e a etnoenfermagem como opção metodológica*. Coimbra. Revista Investigação em Enfermagem;



Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. (2ª Edição). Newbury Park: Sage Publications;

Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores;

Pibernik-Okanovic, M. (2001). *Psychometric properties of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-100) in diabetic patients in Croatia*. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 51 (2);

Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família contextos e trajetórias*. (2ª Edição). Coimbra: Editora Quarteto;

Polit, D.; Beck, C. ; Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. (5ª Edição). Porto Alegre: Artmed;

Polit, D.; Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. (3ª Edição). Porto Alegre: Artes Médicas;

Queiroz, A., A., M., M. A. & Cunha, S. R. (2007). *Investigar para compreender*. Loures : Lusociencia;

Quivy, Raymond; Campenhoudt, Luc Van (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*. (3ª Edição). Lisboa: Gradiva;

Ribeiro, A. L. A. (2003). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem: Construção e validação de um instrumento de medida*. Escola Superior de Enfermagem S. João da Universidade do Porto, Porto;

Rispail, D. (2003). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar uma abordagem ao desenvolvimento em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência;

Rosa, M. J. V. & Chitas (2010). *Portugal: os números ensaios*. Lisboa: Fundação Manuel dos Santo;

Sachdev, M; Sun, J. L.; Tsiatis, A. A.; Nelson, C. L.; Mark, D. B.; Jollis, J. G. (2004). The prognostic importance of comorbidity for mortality in patients with stable coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol*. 43 (4);

- Santos, A. (2006). *Antropologia do parentesco e da família*. Lisboa: Instituto Piaget;
- Santos, C. S.; Ribeiro, J. L. & Lopes, C. (2003). *Estudo de adaptação da Escola de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica*. *Psicologia, Saúde & Doenças*;
- Silva, I.; Pais-Ribeiro, J.; Cardoso, H. & Ramos, H. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 4 (1);
- Slepoj, V. (2000). *As relações de família*. (1ª Edição). Lisboa: Editorial Presença;
- Sousa, L.; Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*. 37 (3);
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar;
- Sousa, L. (2004). Padrões de interação disfuncionais entre profissionais de saúde, pacientes e suas famílias: uma abordagem sistémica. *Psychologica*. 37;
- Stanhope, M.; Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. (4ª Edição), Loures: Lusociência;
- Strenbert, H.; Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (2ª Edição). Loures: Lusociência;
- Strong, K.; Mathers, C.; Leeder, S. & Beaglehole, R. (2005). Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet*;
- Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos*. Lisboa. CLIMEPSI Editores;
- Vala, Jorge (1986). *A análise de Conteúdo*, in Silva, A.S.; Pinto, J., Madureira. *Metodologia das Ciências Humanas*. Lisboa: Editora Afrontamento;

Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*.

Wendell, S. (1996). *The Rejected Body: Feminist Philosophical Reflections on Disability*. New York: Routledge;

WHO, World Health Organization (2002). *World Health Report: Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization;

WHOQOL, World Health Organization Quality of Life (1994). *Quality of Life Assessment: An Annotated Bibliography*. Geneva: World Health Organization.

## **APÊNDICE I: Guião de Entrevista**

## GUIÃO DE ENTREVISTA

“Perspetivar a expectativa da família do utente idoso face à evolução da reabilitação após a entrada na Unidade de Cuidados Continuados”

Entrevistador: Mónica Isabel Santinhos Neves

Local: Unidade de Cuidados Continuados de Arronches

Data: \_\_\_\_\_

Entrevista nº: \_\_\_\_\_

Designação dos blocos	Objetivos	Questões
I-Legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none"><li>- Motivar o entrevistado para a sua participação no estudo</li><li>- Obter consentimento para a sua participação</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1- Apresentação da entrevistadora</li><li>2- Informar:<ul style="list-style-type: none"><li>- Temática em estudo</li><li>- Objetivos e finalidade</li></ul></li><li>3- Garantir a confidencialidade dos dados e utilização dos mesmos apenas para o fim a que se destinam</li><li>4- Assegurar a confidencialidade e o anonimato</li><li>5- Fornecimento da declaração de Consentimento Informado</li><li>6- Solicitar autorização para a utilização de gravação áudio como método de registo da informação obtida.</li></ol>
II- Caracterização sócio cultural	<ul style="list-style-type: none"><li>- Obter a caracterização socio cultural do familiar e do utente idoso</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1- Caracterização do utente idoso:<ul style="list-style-type: none"><li>- Género</li><li>- Idade</li><li>- Diagnóstico</li><li>- Tempo em que se encontra o familiar internado na UCCI para reabilitação</li></ul></li><li>2- Caracterização do entrevistado:<ul style="list-style-type: none"><li>- Género</li></ul></li></ol>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idade</li> <li>- Grau de parentesco com o utente</li> <li>- Habilitações académicas</li> </ul>
III- Perspetivas face à reabilitação do utente idoso na Unidade de Cuidados Continuados	- Analisar a perspetiva do familiar do utente no que refere à evolução da reabilitação do utente	<p>1- Que sentimento tem face ao internamento utente na UCC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evolução da fala</li> <li>- Evolução na realização de AVD'S</li> <li>- Na locomoção</li> <li>- Dificuldades ainda presentes</li> </ul> <p>2- Conhecer o que esperam as famílias dos utentes no que concerne à reabilitação dos mesmos na UCC?</p> <p>3- De que forma acha que os técnicos intervenientes contribuem para a evolução positiva do utente?</p> <p>4- Considera que pode existir alguma forma dos técnicos intervenientes conseguirem resultados mais positivos que os apresentados?</p>
IV- Agradecimentos	- Agradecer a atenção e a disponibilidade apresentada	1- Agradecimento pela informação, tempo, atenção e interesse demonstrada na participação no estudo

## **APÊNDICE II: Consentimento Informado**

### ***Consentimento Informado***

Eu, \_\_\_\_\_ abaixo assinado, declaro que aceito colaborar como participante num trabalho de investigação, do Mestrado de Saúde e Bem-estar das Pessoas Idosas Especialização em Gestão de Equipamentos, intitulado “Perspetivar a expectativa da família do utente idoso face à evolução da reabilitação após a entrada na Unidade de Cuidados Continuados”, tendo em conta os seguintes itens, acerca dos quais fui elucidado:

1. O objetivo do estudo é perspetivar as expectativas da família do utente idoso face à evolução da reabilitação após a entrada na Unidade de Cuidados Continuados.
2. A informação recolhida é para uso exclusivo deste trabalho e será fornecido apenas a pessoas diretamente implícitos nele;
3. A informação será dada através de uma entrevista conduzida por uma entrevistadora e será gravada em áudio;
4. A seleção dos participantes foi por conveniência atendendo aos critérios de elegibilidade previamente estabelecidos;
5. Não são previstos danos físicos ou potenciais efeitos colaterais, podendo eventualmente surgir algum mal-estar emocional devido a sentimentos/memórias dolorosas. Caso tal suceda, a entrevista poderá ser interrompida ou mesmo suspensa. Poder-se-á dialogar sobre o assunto e marcar novo encontro se o entrevistado demonstrar interesse para tal;
6. A sua participação é voluntária, salvaguardando-se o direito à recusa a qualquer momento, sem que daí advenha qualquer prejuízo;
7. A privacidade dos participantes será salvaguardada, pois a sua identidade será do conhecimento exclusivo das pessoas diretamente implicadas no trabalho de investigação;
8. Caso surja necessidade de outra informação, dúvidas, reclamação acerca deste trabalho, os participantes deverão contactar a pessoa responsável, cujo nome e contato se encontram referenciados em baixo.

Agradecemos a sua colaboração e disponibilidade.

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

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

Assinatura da entrevistadora \_\_\_\_\_

Contato:

Mónica Neves - 962635145



### **APÊNDICE III:** Pedido de autorização à Santa Casa de Misericórdia de Arronches

**APÊNDICE IV:** Sentimentos do familiar face ao internamento do utente idoso na UCC (SFI)

Grade de Análise 1:

	<b>Sentimentos do familiar face ao internamento do utente idoso na UCC (SFI)</b>
<b>Entrevista A</b>	<p>-“(…) já se entende um bocadinho mais do que quando veio para aqui,(…) não se percebia nada do que ela (….)agora já se entende algumas das coisas “;</p> <p>-“(…)ainda não consegue comer muito bem sozinha, porque ficou apanhada de um dos lados(…)”;</p> <p>- “(…)e precisa de ajuda porque(…)porque ela não mexe um lado, nem o braço e nem a perna.”;</p> <p>- “(…)anda na cadeirinha de rodas(…)”;</p> <p>-“(…) também não consegue fazer nada disso sozinha(…)”;</p> <p>-“(…)ela fazia tudo sozinha antes disto tudo(…)ela fazia tudo sozinha(…)tomava banho sozinha e vestia-se e tudo (….)porque um lado não mexe (….)não tem força para fazer essas coisas.”</p>
<b>Entrevista B</b>	<p>- “(…)vinha na cadeira de rodas e só dava um ou dois passinhos(…)não conseguia dar mais”;</p> <p>- “(…) já caminha com o andarilho (….) mas a ferida ainda está muito má, ainda está muito grande e está difícil de fechar”;</p> <p>-“ Está muito melhor.”</p> <p>- “(…)ela não consegue sozinha, precisa de ajuda na higiene pessoal por causa da operação da anca(..) mas agora o que mais me preocupa é a ferida (….) ela já a tem há muitos anos , mas agora está péssima...horrível mesmo.”</p> <p>- “(…) vestir ela consegue sozinha desde que esteja sentada (….) come sozinha”;</p> <p>- “(…)é a mobilidade e não conseguir ainda tomar banho sozinha”,</p>

	<p>- “(...) tem muita dificuldade nessas coisas assim.”</p>
<b>Entrevista C</b>	<p>- “(...) está praticamente igual(...) não vi grandes melhoras.”;</p> <p>- “Andar, quase que nem anda (...) não tem força.”;</p> <p>- “Vejo as outras pessoas a terem melhoras (...) está ainda tão mal, vestir-se sozinho e tomar banho não consegue (...) precisa de ajuda para essas coisas todas (...)”;</p> <p>- “ (...) Precisa de ajuda para ir à casa de banho porque como está na cadeira de rodas precisa de ajuda (...)”;</p> <p>- “ (...) Dependendo das pessoas para quase tudo (...) é muito triste vê-lo assim, uma pessoa que fazia a vidinha dele sem precisa da ajuda ninguém para nada.”;</p> <p>- “O AVC apanhou-o muito (...) até as expressões dele são tristes (...) e está muito apático”;</p> <p>-“ Não estou a ver isto melhor (...) não sei como vai ser”.</p>
<b>Entrevista D</b>	<p>- “(...) agora já está a começar a melhorar (...)”;</p> <p>-“ Está muito animada por estar aqui (...) ela quer ficar boa”,</p> <p>-“ (...) Também ainda só cá está há um mês (...) ainda é pouco tempo (...)”;</p> <p>- “A fala percebe-se (...) até está mais ou menos (...)”;</p> <p>- “(...) coxeia um bocado”;</p> <p>- “(...) está é com falta de movimento no braço(...) é ainda onde está pior.”;</p> <p>-“(...) a higiene e idas à casa-de-banho (...) vai, mas tem que ter ajuda (...) para se vestir precisa de ajuda porque não consegue sozinha(...);</p> <p>- “(...) as maiores dificuldades são ainda estas pequenas coisas básicas que ela não consegue ainda fazer sozinha (...)”.</p>

<b>Entrevista E</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- “(...) não está mal porque não ficou muito apanhado.”;</li><li>- “(...)a fala não foi afetada.”;</li><li>- “ (...) entende-se muito bem o que diz (...) “;</li><li>- “Isso é que está pior(...) porque ele quando veio andava de cadeira de rodas (...) já está a começar a dar uns passinhos sozinho.”;</li><li>- “ Eu acho que com o tempo vai lá.”</li><li>- “(...) não consegue comer (...).”</li><li>- “ (...) o banho também não consegue tomar sozinho (...) precisa de ajuda(...)</li><li>- “Falta-lhe a força no braço e na perna (...)”,</li><li>- “(...) sozinho não consegue mesmo.”;</li><li>- “ (...) Precisa de ajuda também (...) não consegue mesmo, tem muita dificuldade”.</li></ul>
---------------------	---

**APÊNDICE V:** Perspetivas dos familiares face à reabilitação dos utentes (PFR)

Grade de Análise 2:

	<b>Perspetivas dos familiares face à reabilitação dos utentes (PFR)</b>
<b>Entrevista A</b>	<p>- “(...) gostava muito que ela ficasse bem como estava antes de ficar doente(...);</p> <p>-“(...) ela ter a vida dela normal como tinha(...) fazia tudo sozinha(...);</p> <p>-“ (...) mas já cá está há algum tempo e ainda não está bem(...);</p> <p>-“(...) foi por isso que eu quis que ela viesse para aqui (...)para que estivesse bem e que consiga fazer tudo como antes (...) era tão bom.”;</p>
<b>Entrevista B</b>	<p>- (...) sei que já não é possível ficar como estava (...) e a idade que ela tem já não é possível recuperar a cem por cento”;</p> <p>- “(...) que saia daqui minimamente bem.”;</p> <p>- “(...) o pior é a ferida que tem (...) já não vai sarar.”</p> <p>- “( ...) aqui já me disseram que a ferida está um bocado feia(...) mas vamos ver se vai evoluir</p> <p>- “ Da operação à fratura até está a melhorar (...)</p> <p>- (...) Mas quando saia daqui que consiga fazer as coisas dela como fazia antes (...) que seja autónoma, vai ser difícil (...) ela também já tem muita idade, (...) eu percebo se ela não ficar melhor (...) a vida é mesmo assim”;</p> <p>- “ Na ferida já não tenho esperanças praticamente nenhuma, mas a fratura acho que vai sair daqui muito bem.”;</p> <p>- (...) Não quero que fique numa cama ou então constantemente dependente de outras pessoas (...) sobretudo que tenha uma vida</p>

	<p>com mais qualidade possível.”</p> <p>- (...) Sempre foi uma pessoa muito autónoma (...);</p>
<b>Entrevista C</b>	<p>- “(...) que ele saia bem(...) não me parece que seja o que vai acontecer (...) não está muito bom.”</p> <p>-“(...) eu trouxe-o para aqui com muitas esperanças de que ficasse bem (...);</p> <p>- “(...) não digo como estava antes (...) pelo menos que consiga andar sozinho (...);</p> <p>- (...) Achava que ao vir para aqui, ia ficar bem (...) não me parece (...) já não vai ser uma pessoa independente”;</p> <p>- “(...) quis que ficasse independente, com a sua autonomia como sempre teve.”;</p> <p>- “Sobretudo que fique bem (...);</p> <p>- “(...) está muito pouco animado e motivado (...) não o vejo com motivação nenhuma (...) não sei o que se passa, mas ele não queria vir para aqui (...) eu é que insisti muito (...) ele acabou por vir um bocado obrigado. “;</p> <p>- (...) não ajuda nada às melhoras dele(...) não se empenha nos exercícios(...);</p>
<b>Entrevista D</b>	<p>- “Eu acho que vai sair daqui muito bem (...) estou a gostar de a ver (...) está a melhorar um bocadinho todos os dias.”;</p> <p>- “Pelo que vejo (...) e está muito empenhada (...) faz tudo o que lhe pedem (...);”</p> <p>- “(...) Acho que o resultado vai ser muito positivo (...);”</p> <p>- “ (...) vai sair daqui muito bem ( ...) tenho essa esperança”;</p>



	<ul style="list-style-type: none"><li>- “ (...) vai ficar melhor do que estava (...);</li> <li>- “(...) que fique com autonomia suficiente para poder fazer a vidinha dela (...);”;</li></ul>
<b>Entrevista E</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-“ (...) quando se for embora, que saia minimamente bem(...);</li> <li>-“(...) mas gostava que saísse bem, e me ajudasse nas coisas como me ajudava (...),</li> <li>- “ (...) acho que sim, porque ele não ficou muito apanhado,(...) e tem estado a melhorar (...);</li> <li>- “ com o trabalho aqui ele vai ficar muito bem.”</li></ul>

**APÊNDICE VI:** Perceção dos contributos dos técnicos na reabilitação dos utentes (PCR)

Grade de Análise 3:

	<b>Perceção dos contributos dos técnicos na reabilitação dos utentes (PCR)</b>
<b>Entrevista A</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- “ Contribuem da melhor forma (...) são eles que lhe fazem a fisioterapia, e os exercícios todos para ela ficar bem.”</li><li>- “Fazem muitas coisas com ela (...) está sempre ocupada (...)”;</li><li>- “ Tratam-na muito bem (...) tem muito paciência para ela (...) estão sempre a insistir para que faça as coisas”;</li><li>-“(...) e as melhoras dela dependem muito deles!”.</li></ul>
<b>Entrevista B</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- (...) são todos uns queridos (...) tratam-na muito bem e ela gosta muito de aqui estar (...)”;</li><li>- (...) fazem muitas coisas com ela (...) não só tratam a ferida e a fratura que ela tem (...) mas fazem outras atividades com ela (...) para não perder mobilidade e a musculatura nos braços(...)”;</li><li>-“(...) muita preocupação (...) e estão sempre a tentar que comece a fazer as coisas sozinha.”;</li><li>-“(...) são incansáveis (...)”;</li><li>- (...) mantém os idosos ocupados, com terapias ocupacionais.”</li><li>- “Fazem jogos, com materiais que usamos no dia-a-dia, com feijões, grão, cortam papeis e cartolinas para a motricidade fina das mãos (...) nunca se aborrecem e estão sempre ativos.”</li><li>-“(...) trabalham muito bem (...) tem muito bom ambiente e sobretudo apresenta excelentes condições(...)”;</li><li>- (...) a simpatia deles também contribui muito para a evolução das doenças com que eles vem para aqui (...)”;</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- “Prestam muito apoio aos familiares (...);</li><li>- “ (...) gosto muito que ela aqui esteja, está muito bem entregue!”.</li></ul>
<b>Entrevista C</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- “(...) eles fazem muitas atividades (...) mantem-nos ocupados a maior parte do dia (...);</li><li>- (...)veio para aqui para ficar bem (...) mas isso não está a acontecer (...) não sei o que se passa(...);</li><li>- (...) mas eles estão sempre a trabalhar com ele (...);</li><li>- Mas se ele também não se empenha nos exercícios (...) acho que por isso é que ele está assim ainda (...) e já cá está quase há três meses (...);</li></ul>
<b>Entrevista D</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- “ (...) Senão fossem eles, ela não estava a recuperar tão bem como está.”;</li><li>- “ (...) estão sempre de roda deles (...) sempre que eles precisam (...);”</li><li>- (...) fazem muita fisioterapia, e outras atividades (...) são muito dedicados aos doentes que aqui tem”;</li><li>-“(...) e mesmo com a família eles são muito queridos dão-nos muito apoio e falam connosco para nos explicar as coisas (...);”</li><li>-“(...) tem todas as condições (...).”</li></ul>
<b>Entrevista E</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-“(...) são muito simpáticos(...);</li><li>- “(...) estão sempre a motivar os idosos para a recuperação(...);</li><li>-“(...) são incansáveis no seu trabalho(...) fazem tudo o que está ao seu alcance para conseguirem resultados positivos(...);</li><li>- “(...)não podia estar em melhores mãos(...);”</li></ul>