

REGRESSO DO DOENTE AO DOMICILIO: IMPORTÂNCIA DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA E DO APOIO FAMILIAR

RESUMO

Introdução: Embora o envelhecimento não seja sinónimo de doença e dependência, o seu processo potencializa a limitação progressiva das capacidades do indivíduo, para satisfazer as Actividades de Vida Diária com autonomia, conduzindo a maiores necessidades de apoio informal e/ou formal.

Objectivos: identificar independência funcional dos participantes e sua relação com as variáveis sócio – demográficas, clínicas, habitacionais e de suporte social; avaliar dificuldades dos cuidadores informais nos cuidados no regresso ao domicílio.

Método: Optámos por uma metodologia triangulada (quantitativa e qualitativa) seguindo uma via descritivo-correlacional, utilizando para o efeito uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 50 doentes internados num Serviço do Hospital São Teotónio, E.P.E. - Viseu, e seus cuidadores informais. Os instrumentos de medida utilizados foram o Índice de Barthel e uma entrevista semi-estruturada.

Resultados: Os participantes são maioritariamente homens, com média de idades de 73,7 anos, casados, residentes em meio rural. Tem o 1º ciclo de estudos e predomínio de doenças cérebro-vasculares. Apresentam dependência moderada no momento da alta, regressando preferencialmente ao domicílio próprio. A independência funcional é influenciada significativamente pela idade, as habilitações literárias, local de residência após o internamento, adaptação habitacional e o apoio formal. O cuidador informal, é sobretudo o cônjuge do sexo feminino e filhas, apresentando como principais dificuldades o emprego, falta de apoio e de ajudas técnicas, existência de barreiras arquitectónicas e sobrecarga do cuidador.

Palavras – Chave: Independência Funcional, envelhecimento, redes de apoio formal e informal, ensinos.

ABSTRACT

Introduction: Although aging is not synonymous with illness and dependency, the process enhances the progressive limitation of the capabilities of the individual to meet daily living activities with autonomy, leading to greater need for informal and / or formal support.

Objectives: To identify the functional independence of the participants and their relation to the socio - demographic, clinical, housing and social support variables; to assess the difficulties of informal caregivers in care when returning home.

Method: We opted for a triangulated methodology (quantitative and qualitative) following a descriptive-correlational path, using for this purpose a non-probabilistic sample of convenience consisting of 50 patients admitted in the São Teotónio Hospital , EPE - Viseu, and their informal caregivers. The measuring instruments used were the Barthel Index and a semi-structured interview.

Results: The participants are mostly male, with an average age of 73.7 years, married, residing in rural areas. Their qualifications are the 1st cycle of basic education (four years of Primary School) and have a predominance of cerebrovascular diseases. They show moderate dependence at discharge, preferably returning to their own home. Functional independence is significantly influenced by age, educational attainment, place of residence after admission, housing adaptation and formal support. The informal caregiver is mainly the female spouse and daughters, presenting as main difficulties, employment, lack of support and technical assistance, the existence of architectural barriers and caregiver overload.

Keywords: Functional independence, aging, formal and informal support networks, teaching.

1- INTRODUÇÃO

Actualmente assiste-se a um envelhecimento populacional elevado, relacionado não só com o declínio da natalidade, mas também com um aumento da longevidade, engrossando a camada dos mais velhos e consequentemente o aumento de doenças crónico-degenerativas, patologia cerebrovascular, dependência física, emocional e social.

Na transição da idade adulta para a terceira idade e desta para a quarta idade (idade superior a 85 anos), a pessoa depara-se com mudanças não só do ponto de vista biológico, as quais conduzem à diminuição da capacidade funcional, mas também do ponto de vista psico-social, na modificação de papéis, de status (ANDRADE, 2009).

Podemos mesmo dizer que processo de envelhecimento faz parte natural do ciclo de vida do ser humano, que deve ser avaliado não apenas por critérios cronológicos, mas sim pela análise das condições físicas, funcionais e mentais

Assim, segundo Andrade (2009) e Dias (2008), a dependência no idoso manifesta-se não só pela redução das capacidades físicas ou psicológicas, que influenciam as suas actividades de vida diárias (AVD's), mas também, na insegurança económica, isolamento, solidão, dependência de familiares e/ou de outro tipo de suporte social. Também a Direcção Geral da Saúde (DGS 2004) com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, tem chamado a atenção de todos os profissionais da saúde no sentido de estarem atentos no desempenho das suas funções, as quais devem visar a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida.

A capacidade funcional surge assim como um novo componente de modelo de saúde no contexto de envelhecimento, uma vez que instalada a incapacidade, esta pode determinar a dependência parcial ou total do idoso, fortemente relacionada com a realização das actividades da vida diária (AVD's), e a necessidade de alguém para o auxiliar no seu desempenho, ou seja um prestador de cuidados (formal e/ou informal).

Embora a família represente a instituição mais antiga no cuidar, sofreu ao longo dos tempos profundas alterações, assistindo-se cada vez mais ao aumento de famílias do tipo nuclear, à situação de idosos a cuidarem de idosos, idosos esses que apresentam com muita frequência a capacidade funcional cognitiva e/ou sensorial diminuídas necessitando de ajuda parcial ou total para cuidar de si próprios.

Não obstante, sabermos que o papel de cuidador é por vezes complexo, e por isso o seu envolvimento na preparação da alta hospitalar deve constituir um objectivo central, na equipa de saúde e assim ter início no momento da admissão do doente. Consciente deste contexto sócio-económico os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros (e dentro deles os especialistas em reabilitação) devem estar despertos para as necessidades dos idosos, focalizando as suas acções no regresso ao domicílio, tendo em atenção a existência de redes de apoio formal, às quais o familiar cuidador poderá recorrer, de forma a reduzir a sobrecarga do seu papel, promovendo a qualidade de vida, bem como dos cuidados prestados.

Foi neste sentido que como enfermeira de reabilitação no serviço de Neurocirurgia/U-AVC, do Centro Hospitalar Tondela - Viseu, E.P.E., no qual existe um projecto (desde 2005) que visa o envolvimento da família como parceira de cuidados, se optou pelo desenvolvimento deste trabalho, com a finalidade de identificar a (in)dependência funcional dos doentes e as dificuldades da família no cuidar aquando do regresso ao meio socio-familiar.

2- ENVELHECIMENTO VERSUS INDEPENDENCIA FUNCIONAL

O envelhecimento da população é um fenómeno que vem ocorrendo há vários séculos no contexto do progresso mundial, existindo porém dificuldade em enunciar uma definição geral, uma vez que se trata de um processo gradual que se dá ao longo do percurso do ser humano, em que a única certeza é de que representa um processo inevitável e irreversível.

Corroborando Radwanski e Hoeman (2000, cit. in CUNHA *et al*; 2007, p.40) “viver mais tempo, aumenta, em (80%), as probabilidades de desenvolver uma ou mais doenças crónicas, assim como limitações físicas incapacitantes”, incapacidades essas que podem ser temporárias ou permanentes, originando um forte impacto sobre a qualidade de vida dos idosos pois acarreta custos individuais, familiares e sociais elevados.

De acordo com as Projecções desenvolvidas pelo INE (2009), tudo aponta para o aumento da percentagem da população idosa, o que contribui sobretudo para a evolução da população mais idosa, ou seja, com 80 e mais anos de idade, que poderá passar de (4,2%) do total de efectivos existentes em 2008 para valores entre (12,7%) e (15,8%) em 2060. Assim, nos próximos 50 anos, Portugal irá manter a tendência de envelhecimento demográfico, projectando-se que em 2060 residam no território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem, com predomínio do sexo feminino.

Também, na opinião de Dias (2008), como consequência do aumento da população idosa, as doenças crónicas e incapacidades também aumentaram, (88%) dos indivíduos com mais de 65 anos manifesta pelo menos uma patologia crónica e (21%) possui incapacidades crónicas. As mulheres são as mais abrangidas, sendo que (35%) a (50%) entre os 70-80 anos apresenta dificuldade de locomoção e na realização de tarefas diárias.

Associado às alterações acima descritas também a nível de ambiente físico e a existência de barreiras arquitectónicas (escadas, degraus, pisos escorregadios, iluminação deficiente) e ergonómicas, (sofás excessivamente fundos, moles e baixos, armários e camas demasiado altas), constituem uma dificuldade que urge ultrapassar (PAVARINI e NERI, 2000 Cit. in ANDADRE, 2009).

Podemos então referir que o envelhecimento primário (processo natural) é distinto do envelhecimento secundário (induzido ou agravado por uma patologia), uma vez que este último estará directamente relacionado com maior incapacidade funcional, determinando consequências a nível do indivíduo, família e comunidade (FERREIRA, 2008; e CABETE, 2005)

A revisão da diferente literatura, leva-nos a confirmar a teoria de que a capacidade funcional seja o melhor indicador de saúde, uma vez que a perda de função na pessoa idosa é o principal indício de doença, correspondendo habitualmente a cada doença, uma perda funcional específica, impossibilitando o desempenho de um determinado grupo de actividades de vida diária.

Atendendo aos diferentes conceitos encontrados, acerca da operacionalização do grau ou nível de dependência funcional, o que facilita a sua interpretação, consideramos pertinente referir os conceitos apresentados na Carta Social (2009, p.15 do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, MTSS):

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

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

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

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

Em suma, no que se refere ao envelhecimento, a problemática da dependência funcional tem vindo a tomar um lugar de destaque, ainda que não seja sinónimo de doença e dependência, o aumento da população idosa leva a um acréscimo de pessoas com debilidades físicas e emocionais e, em muitos casos, dependentes de um cuidador.

Na opinião de Loureiro *et al.* (2007), o aumento da idade poderá conduzir a maiores necessidades de apoio, que poderá surgir de cuidadores informais e/ou formais, onde se incluem a família, os amigos, diversos técnicos de instituições de saúde e de apoio social.

3- REDES DE APOIO

Não obstante o actual envelhecimento populacional, já em 2005 a Organização Pan-América da Saúde (OPAS), referia que um dos maiores desafios da política de saúde é alcançar um equilíbrio entre o apoio ao auto-cuidado (pessoas que cuidam de si mesmas), apoio informal (familiares, amigos, vizinhos) e cuidado formal (serviço social e de saúde).

As redes de apoio, enquanto fornecedores de cuidados podem dividir-se em formais e informais: as formais dizem respeito à prestação de cuidados por profissionais qualificados, sob recompensa financeira, com função de complementar ou substituir o cuidador informal nos cuidados a prestar, Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (MTSS, 2009).

De acordo com Castro (2008), o apoio informal geralmente é fornecido por uma pessoa da família, amigo ou vizinho, que proporciona a maior parte dos cuidados a quem necessita de ajuda para a realização das suas AVD's, não possui formação profissional, nem remuneração financeira é baseado apenas numa relação de afecto e/ou solidariedade, responsabilidade e de dever.

A opção entre as duas modalidades de prestação de cuidados, rede informal e rede formal, surge associada a uma inexistente ou debilitada relação familiar, ou devido a um elevado nível de dependência, com repercussões na exigência dos cuidados, podendo mesmo em algumas situações existir o apoio das duas redes (formal e informal). Existem actualmente doentes/idosos que recebem apoio dos familiares (informal, sem remuneração, realizado por solidariedade, parentesco), mas que também beneficiam do apoio formal (ex: serviço de apoio domiciliário, exercido por pessoal qualificado, sob recompensa monetária), especialmente na alimentação e higiene pessoal, podendo assim, as relações entre os dois tipos de redes de suporte, ser de complementaridade ou de substituição (MTSS 2009).

Apoio Formal

No que diz respeito aos idosos durante muito tempo (até década 50/60), a institucionalização definitiva constituía a única possibilidade de apoio formal, mesmo para aqueles que ainda apresentavam alguma autonomia, podendo manter-se no domicílio, com respectivo apoio às suas necessidades. Nos finais dos anos 60 surgem as primeiras valências de Centro de Dia, evitando ou retardando a institucionalização definitiva, contribuindo assim para a manutenção do idoso no seu meio sócio-familiar (MTSS 2009; FERREIRA 2008).

A necessidade do idoso em abandonar o seu domicílio, para ir viver para a casa dos filhos ou para uma instituição, acaba por se tornar em algumas situações um pouco traumático, pois é como se este perdesse parte da sua identidade ao deixar o "seu lar", o ambiente onde se sente bem, onde guarda as suas recordações, no fundo o seu *habitat*.

É nesta linha de pensamento em manter o maior tempo possível o idoso no seu domicílio, que surge a partir da década de 80 até aos dias de hoje, uma maior capacidade de resposta social, nomeadamente: Serviço de Apoio domiciliário (SAD); Apoio Domiciliário Integrado (ADI), dirigidos a pessoas com deficiência e /ou incapacidade, actuando estas valências como complemento do apoio familiar, na satisfação das necessidades diárias da pessoa dependente, (MTSS 2009).

Um estudo realizado pelo MTSS (2009) revela que, as respostas sociais continuam a dirigir-se maioritariamente aos idosos (52,3%), tendo o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) apresentado a maior taxa de crescimento (87,5 %) seguindo -se a Residência e Lar de Idosos (76 %) e do Centro de Dia (44,4%).

Este desenvolvimento do SAD, vem confirmar a concretização da política desenvolvida nos últimos anos, que consiste em adiar a institucionalização do idoso, em alternativa às respostas convencionais, uma vez que este assegura a satisfação das necessidades básicas dos doentes, potenciando a sua autonomia.

Um outro estudo apresentado pela Carta Social do MTSS (2009), revela que a principal razão de ingresso em Lares está directamente relacionada com a incapacidade do idoso em realizar as suas AVD's, associado também ao facto da impossibilidade, por parte da família em assumir o apoio necessário. A segunda razão deve-se ao factor *isolamento*, atendendo ao facto do envelhecimento demográfico propiciar um número crescente de pessoas a viverem sozinhas.

Em suma, em Portugal continua a vigorar um modelo misto de solidariedade, quer nas pessoas idosas, quer com dependência funcional, a rede informal tutelada na família (cuidador informal) e a rede formal assente nos apoios público e/ou privados, desenvolvidos através das respostas da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES) e da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), têm a dupla função de complementar ou em alguns casos substituir, de forma a promover a autonomia, através da reabilitação, bem como a reinserção sócio - familiar.

O trabalho conjunto destes serviços, no apoio ao idoso/ pessoa dependente e cuidador informal, facilitam a tarefa do cuidar, aliviando - o neste seu novo “papel”.

Apoio Informal

O cuidar ao longo dos tempos tem estado vinculada à família, e por essa razão frequentemente é considerado como uma obrigação.

Na opinião de Lage (2007), muitos familiares decidem ser cuidadores informais, por acreditarem ser um dever moral, para não se sentirem culpados e ainda para serem reconhecidos a nível familiar e social.

Não obstante, a problemática inerente ao ser cuidador informal, quando está em causa o cuidado intergeracional, é assumida inicialmente pelo cônjuge, seguindo-se dos filhos e só na impossibilidade destes, o papel de cuidador é assumido por outros familiares, vizinhos e/ou amigos. Conforme o exposto nos estudos de diferentes autores, como (MOREIRA, 2001; RIBEIRO, 2004; IMAGINÁRIO, 2005; CERQUEIRA, 2005; MARTINS, 2006; PINTO, 2007; Cit. in CASTRO, 2008), são na verdade os familiares do sexo feminino, aqueles que maioritariamente se responsabilizam pelos cuidados.

De um modo geral, os cuidadores informais podem designar-se como primários já que são os principais responsáveis pelos cuidados prestados ao seu familiar dependente e actividade não remunerada. No entanto o papel do cuidador secundário também tem a sua relevância, pois prestam cuidados de uma forma suplementar, acabando por ser uma preciosa ajuda adicional, estes cuidadores são habitualmente o cônjuge ou o filho(a) do cuidador primário (LAGE, 2007).

Dentro das actividades que os cuidadores informais proporcionam ao idoso com perda de autonomia, são essencialmente as relacionadas com a satisfação das AVD's, nomeadamente: a higiene pessoal (dar banho, vestir/despir, troca de fralda, devido a incontinência de esfíncteres), posicionar, transferir, levantar, alimentar, deambular, apoiar emocionalmente, fazer companhia. Para além destas actividades, existem ainda outras relacionadas com a limpeza da habitação, preparar as refeições, ir às compras, o que provoca um desgaste físico e emocional ao cuidador, podendo mesmo no caso de falta de apoios desencadear uma exaustão limite, na qual o cuidador informal fica incapaz de assumir o seu papel (MOURA 2009; CASTRO, 2008).

O conjunto das circunstâncias descritas mostram que, ser cuidador informal não é tarefa fácil, uma vez que este passa a viver em função do familiar dependente, sofrendo alterações quer na sua vida familiar e social, como profissional e mesmo emocional. Cabe ao profissional de saúde a identificação das principais dificuldades e necessidades do cuidador informal, de forma a capacitá-lo para que a continuidade dos cuidados seja mantida no domicílio.

Família e preparação para a Alta

O planeamento da alta é de facto um processo complexo, que deve ser iniciado desde a admissão até ao dia da alta propriamente dito. Este processo implica a efectivação de uma série de procedimentos, nomeadamente a criação de um plano de alta, o qual deve envolver o doente, os profissionais de saúde (em especial os enfermeiros) e a família. A comunicação e a interligação entre esta equipa multidisciplinar é imprescindível, de modo a que o plano de cuidados a prestar vá de encontro às reais necessidades do doente e família.

Na opinião de Nunes (2008), a alta não significa a total recuperação do doente e por isso é fundamental garantir a continuidade de cuidados, quer seja por parte da família, quer de instituições de saúde e /ou sociais, de maneira a que este possa ser reintegrado com o maior grau de autonomia na sua comunidade.

Apesar das mudanças estruturais das famílias evidenciadas nos últimos anos em Portugal, estas continuam a ter um papel importantíssimo, no apoio dos seus membros, continuando a ser considerada a principal fonte de suporte nos cuidados directos, no apoio psicológico e nos contactos sociais à pessoa idosa dependente.

Esta ideia é reforçada por Andrade (2009), ao afirmar que as famílias são reconhecidas como a principal entidade prestadora de cuidados às pessoas na última fase da sua vida, quando as suas capacidades funcionais diminuem e a autonomia não é mais possível.

Neste sentido, apesar de todos os argumentos defenderem a manutenção do idoso no seu domicílio, nem sempre essa é a melhor opção, havendo que considerar um conjunto de factores, nomeadamente o grau de dependência da pessoa idosa, o tipo de apoio que necessita e ainda as possibilidades/capacidades que a família apresenta aos níveis económicos, de tempo, físicos, cognitivos, etc. Em nosso entender o Enfermeiro Especialista de Reabilitação é um elemento chave nesta avaliação, uma vez que é da sua função proceder à respectiva avaliação e auxiliar a família na decisão da melhor opção, garantindo a continuidade dos cuidados.

De acordo com o perfil de competências do enfermeiro especialista de reabilitação (Regulamento nº 125/2011) este “ intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando -lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.”

Corroborando a opinião de Andrade (2009), sempre que é possível à família prestar cuidados à pessoa dependente, a única forma de proporcionar essa continuidade, será através de um familiar cuidador, sobre o qual recai a responsabilidade pela prestação da maioria dos cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade da vida da pessoa idosa dependente.

É nesta linha de pensamento que o projecto da família como parceira de cuidados em vigor no serviço de Neurocirurgia/U-AVC desde 2005, local onde exercemos funções, procura capacitar a família para cuidar do seu familiar doente no domicílio, garantindo-lhe a continuidade dos cuidados, tornando-a no principal agente do processo de reeducação funcional e reinserção social.

Sabendo que o desempenho nas AVD's é o parâmetro mais reconhecido e aceite para avaliação da capacidade funcional, reflectindo a qualidade de vida, o nosso papel como enfermeira de reabilitação no referido projecto, passa essencialmente por ensinar e treinar os doentes nas AVD's, visando a sua maior autonomia, durante e após o internamento hospitalar. Pretendemos ainda capacitar e orientar os respectivos familiares no processo de reabilitação, minimizando o impacto das incapacidades instaladas.

Os resultados de um estudo realizado por Chaves (2010) em idosos acamados, evidenciam a importância do ensino/treino das AVD's ao cuidador informal, uma vez que as actividades mais frequentemente realizadas por este no domicilio incidem sobre: auxiliar no banho (88,4%); ajudar a vestir (86%); ajudar a despir (81,4%); auxiliar para sair da cama/transferência (69,8%); ajudar para sentar e levantar (58,1%); auxiliar para subir e descer escadas (41,9%); auxiliar na deambulação (32,6%); ajudar a virar-se na cama (30,2%); preparar e servir a alimentação (27,9%). O mesmo autor é da opinião que, não adianta querer manter o doente/idoso no domicílio sob os cuidados da família, quando esta não se encontra preparada para tal função, sendo de primordial importância proporcionar condições favoráveis tanto para o doente/idoso como para o cuidador informal.

Corroboramos com Baia (2010), quando este considera o enfermeiro, como o profissional de saúde com uma importante função pedagógica ao nível de educação do doente e sua família, tanto no internamento, como no momento da alta. No estudo do referido autor, podemos constatar que os ensinamentos ao familiar cuidador com maior evidência dizem respeito: ao posicionamento do doente (52%); alimentação (48%); cuidados de higiene (44%); e deambulação (20%). Realça ainda as dificuldades manifestadas pelo cuidador informal com o regresso do doente ao domicílio, nomeadamente a existência de escadas (16%); a falta de condições habitacionais (16%); dificuldade de comunicação com o doente (12%); e posicionamentos (8%).

Em suma, uma vez que as principais funções do cuidador informal, estão relacionados com as Actividades de Vida Diária (AVD), de forma a estimular e/ou ajudar: na higiene; eliminação; alimentação; no vestir/despir; mobilização/transferência; locomoção, bem como promover a comunicação e socialização, torna-se então fundamental que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros especialistas de reabilitação, pelas competências adquiridas na sua formação especializada, se disponibilizem para capacitar os familiares cuidadores no sentido destes garantirem a continuidade dos cuidados no início do internamento.

4 METODOLOGIA

A independência funcional é um elemento essencial na promoção do auto-cuidado, auxiliando a pessoa doente a retomar a sua qualidade de vida: assim optamos por desenvolver esta investigação no âmbito da temática sobre a independência funcional do idoso e regresso ao domicilio com o título “ **Independência Funcional e Regresso ao Domicílio: Variável Chave para a Enfermagem de Reabilitação**”.

Definido o tema, delineámos **um conjunto de objetivos** específicos que passamos a apresentar:

Descrever as características sócio-demográficas e clínicas dos doentes em estudo; Identificar as características habitacionais e necessidades adaptativas após alta; Identificar as redes de apoio utilizadas no antes e pós - alta; Quantificar e comparar níveis de Independência Funcional da população em estudo, (no momento da admissão e alta); Proceder à caracterização do cuidador informal; Identificar as dificuldades do regresso do doente ao domicílio.

Sabemos que a relação, doente/ cuidador informal / profissional de saúde, é considerada uma relação de parceria, na qual a partilha de conhecimentos conduz à rápida recuperação do indivíduo, visando a sua maior autonomia, durante e após o internamento hospitalar. Contudo esta relação triangulada por vezes é complexa e multifactorial e por isso levantámos as seguintes questões de investigação:

Q1. *Será que o nível de (in)dependência funcional influencia o regresso do doente ao seu domicílio?"*

Q2. *"Será que a família se interessa ou se demite do seu papel de cuidadora e no primeiro caso, quais as necessidades de aprendizagem?"*

Q3. *"No caso do cuidador informal não apresentar capacidades para cuidar, haverá necessidade de recorrer às redes de apoio formal?"*

Face à abrangência destas questões optámos pela utilização de uma metodologia triangulada (quantitativa/qualitativa), por nos parecer a mais adaptada aos objetivos do estudo. Assim recorreremos aos métodos estatísticos para a caracterização sócio - demográfica, clínica, habitacional, rede de apoio formal e independência funcional, da população em estudo. Para conhecer as dificuldades manifestadas pelos familiares cuidadores, recorreremos à técnica de entrevista semi-estruturada, com a subsequente análise de conteúdo, utilizando a metodologia qualitativa.

4.1 Amostra

A amostra em estudo inclui 50 doentes, (52%) do sexo masculino e (48%) do sexo feminino; com uma média etária de 73,7 anos, variando entre os 68 a 82 anos. Maioritariamente (90%) residentes em zona rural, com profissão de agricultores. Relativamente ao estado civil, a maioria (48%) dos doentes da nossa amostra são casados e (46%) são viúvos, sendo esta percentagem mais prevalente nas mulheres. As mulheres destacam-se como o grupo que maioritariamente vive sozinha (25%) ou com os filhos (37,55).

Quanto às habilitações literárias, cerca de metade da amostra tem o 1º ciclo de estudos (48,0%), sendo a percentagem maior no sexo masculino (53,8%). Salientamos ainda que (22%) dos sujeitos não sabe ler nem escrever e que (24%) sabe apenas assinar o seu nome, não tendo portanto concluído qualquer ciclo de estudos.

No que diz respeito às patologias incapacitantes, as doenças cérebro-vasculares (70%) são as de maior relevo e com maior representatividade no sexo masculino (73,1%).

Quanto à variável Independência Funcional podemos constatar que no 1.º dia de internamento, (92%) de doentes da nossa amostra apresentavam dependência funcional total, sendo que (88,5%) pertencem ao sexo masculino e (95,8%) ao sexo feminino.

4.2 Instrumento de colheita de dados

De modo a ser possível a realização deste estudo foi elaborado um instrumento de colheita de dados composto por quatro partes: a primeira permite a caracterização sócio-demográfica e clínica dos participantes; a segunda procura conhecer características da habitação, (acessibilidades da habitação ao doente e necessidade de adaptações); a terceira pretende identificar a independência funcional do idoso através da Escala de Independência funcional -Índice de Barthel; a quarta e última parte, recolhe dados sobre o suporte social existente, do tipo perfil do cuidador informal, qual o grau de parentesco, interesse/disponibilidade demonstrado em participar nos cuidados e ensinamentos efectuados, de forma manter a continuidade de cuidados no domicílio. Tem

ainda a finalidade, em tomar conhecimento das dificuldades manifestadas pelo cuidador informal em relação ao regresso ao domicílio, da decisão da melhor opção a tomar (institucionalização *versus* desinstitucionalização) tendo sempre como objectivo a maximização das potencialidades do doente e sua reinserção na comunidade. É nesta fase que se procede a uma análise qualitativa, uma vez que estamos perante a subjectividade das percepções do familiar, para as quais foi elaborado análise de conteúdo.

A nossa escolha pelo Índice de Barthel prende-se com o facto de para além deste avaliar o grau de dependência em cada AVD, permite-nos também identificar o tipo de dependência. É um instrumento que possui óptimos resultados de fidelidade e validade, muito utilizado na prática clínica com o objectivo de monitorizar a (in)dependência funcional dos indivíduos para a realização de dez Actividades de Vida Diária (AVD's): comer, higiene pessoal, uso de sanitário, tomar banho, vestir e despir, contolo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (MAHONEY e BARTHEL, 1965). Utilizamos a versão mais recente, desenvolvida por Wade e Collin (1988), que propõe uma pontuação dos itens em (0,1,2 ou 3) obtendo um score total da escala entre 0 (totalmente dependente) e 20 (totalmente independente), em oposição à original de (0-100). Assim, de forma a quantificar mais pormenorizadamente o grau de (in)dependência temos: Dependência Total (0-8); Dependência Grave (9-12); Dependência Moderada (13-19); Independência Total (20).

5 DISCUSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados deste estudo mostram que na amostra estudada, a média de idades se situou nos 73, 7 anos, sendo estes maioritariamente do sexo masculino (52,0%). A idade vem corroborar os dados apresentados pelo (INE 2009), ao referir que a esperança média de vida para a população portuguesa se situa nos 78,8 anos. Não se processando no entanto o aumento da longevidade de forma equitativa, uma vez que no século XXI vai persistir uma diferença de 6 anos, favorável às mulheres que podem viver em média 81,80 anos (contra os 75,80 dos homens), o que no nosso estudo também se verifica, uma vez que o grupo etário com idades > 82anos é superior nas mulheres (25% *versus* 19,2%).

Na opinião de Andrade (2009), na transição da idade adulta para a terceira idade e desta para a quarta idade (idade superior a 85 anos), a pessoa depara-se com algumas mudanças, nomeadamente do ponto de vista biológico, as quais conduzem à diminuição da capacidade funcional. Este dado também se verifica no nosso estudo, dada a relação de associação entre a idade e a independência funcional, concluindo assim que o aumento da idade está associado a níveis baixos de independência funcional. ($p=0,014$). De facto é na faixa etária dos 82 anos que encontramos a maior percentagem de doentes com dependência total (54%) e dependência grave (36,6%), enquanto na faixa etária de ≤ 68 anos se verifica a maior percentagem de doentes com dependência moderada (83,3%).

A avaliação que é feita aos doentes no momento do internamento mostra que maioritariamente possuem uma dependência funcional total, sendo esta superior no sexo feminino (95,8% vs 88,5% masculino). Já no momento da alta, o grau de dependência total diminuiu drasticamente para ambos os sexos (masculino 26,9% vs feminino 50%), não se encontrando os doentes tão concentrados nos níveis de dependência total, mas sim com uma distribuição mais dispersa pelos restantes níveis de dependência, nomeadamente no patamar da dependência moderada onde encontramos (50%) dos homens e (37,5%) de mulheres.

Os resultados obtidos demonstram uma melhoria notória na independência dos doentes (homens e mulheres) ao longo do período de internamento, o que nos leva a reconhecer a importância que os programas de reabilitação (associados a outras medidas terapêuticas) têm na promoção da independência funcional do doente. Estes dados vem corroborar os de Cunha *et al* (2007), ao afirmar que o enfermeiro de reabilitação é um dos profissionais que não só pelos conhecimentos técnico-científicos que possui, mas também o que mais tempo permanece próximo do doente capacitando-o para o auto-cuidado, promovendo-lhe o máximo de independência.

No entanto a relação existente entre o sexo e a independência funcional nos elementos do nosso estudo não apresentou diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,059$). Resultados diferentes apresentaram alguns autores, uma vez que comprovaram que o sexo feminino tem uma forte associação com níveis de dependência funcional, com uma probabilidade duas vezes superior à do sexo masculino (BRANCO *et al*, 2001; KOUKOULI *et al*, 2002; ROSA *et al*, 2003; MARTINS, 2004; INE).

No que respeita à localização da residência, a maioria (90%) da população estudada habita em meio rural, repetindo-se a tendência nacional de distribuição dos idosos (INE): contudo não se observaram diferenças estatísticas significativas entre a independência funcional e a localização da residência ($p = 0,82$).

A análise da relação entre a independência funcional, o estado civil e agregado familiar, do nosso estudo revela inexistência estatisticamente significativa ($p > 0,05$), entre as variáveis, no entanto para alguns autores a viuvez constitui um factor de risco para a dependência nas AVD's e mobilidade, com uma probabilidade 3,3 vezes superior para se tornarem dependentes, (Rosa *et al*, 2003; Brink, 2004; cit in Cunha *et al*, 2007).

Reportando-nos às habilitações literárias, cerca de metade da nossa amostra tem o 1º ciclo de estudos (48,0%), sendo a maior percentagem no sexo masculino (53,8%). Ao analisarmos esta correlação, verificámos que existe uma associação estatisticamente significativa, entre a Independência Funcional e as habilitações literárias ($p=0,029$), uma vez que a um menor nível de Independência Funcional (dependência total 54,5%) correspondeu um menor nível de instrução. Dados que são corroborados por outros autores, em que para um maior nível de instrução corresponde um maior nível de independência funcional, (CUNHA *et al*, 2007; BURNAY, 2011).

Os elementos da nossa amostra são maioritariamente agricultores, no entanto não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre os valores médios da independência funcional e a profissão ($p=0,102$). Contrariamente a outros autores que verificaram que a profissão de dona de casa (trabalho não qualificado), o analfabetismo, a reforma está associado a dependência funcional moderada/grave, Rosa *et al* (2003, cit in Mascarenhas *et al*, 2010).

As patologias incapacitantes encontradas no nosso estudo são maioritariamente as doenças cerebrovasculares (70%), especialmente representativas no sexo masculino (73,1%). Esta constatação está em consonância com os dados da DGS (2006), quando confirma que a prevalência do AVC aumenta com a idade, sendo uma das principais causas de grave deficiência e morte na União Europeia incluindo Portugal.

Ao indagarmos sobre a influência do local de residência do doente idoso após o internamento, verificámos que a sua opção tem em linha de conta diversos factores, nomeadamente: o grau de dependência, o tipo de apoio que necessita e ainda as possibilidades/capacidades que a família apresenta aos níveis económicos, de tempo, físicos e cognitivos.

A análise da correlação (**Teste de Kruskal Wallis**) entre estas variáveis permite-nos concluir que existe uma associação significativa entre a independência funcional e o regresso ao domicílio ($p=0,001$).

Tabela 1 – Relação entre independência funcional dos doentes e local de residência

Independência funcional	n	Ordenação Média	χ^2	P
Domicílio do próprio	21	33,81	13,154	0,001
Domicílio de familiar	16	22,16		
Outro (UCC, Lar):	13	16,19		

Os dados revelam ser o domicílio do próprio, o local de residência mais representado (42%), após o internamento, seguindo-se o domicílio de familiar (32%). Uma percentagem menos significativa de doentes foi institucionalizada (20%) em UCC e (4%) em lares de idosos.

Confrontando estes dados com o grau de dependência dos doentes que regressaram ao seu domicílio, verificamos que (76,5%) apresentavam dependência moderada, os que regressaram para casa dos familiares (43,8%) apresentavam dependência total, (31,2%) dependência moderada e (25%) dependência grave. Já em relação aos doentes institucionalizados (UCC, lares), a maioria (69,2%) apresentava dependência total, (23,1%) com dependência grave (7,7%) e dependência moderada.

Estes resultados reforçam a tese de alguns autores, que defendem que a capacidade funcional da pessoa idosa como factor fundamental, estando esta directamente relacionada com a probabilidade do idoso ter capacidade em continuar a viver na sua própria casa e na sua comunidade. A institucionalização deverá ser encarada pelas famílias como um último recurso para resolver o problema da dependência, uma vez que o domicílio continua a ser o *habitat*, o meio ambiente onde o idoso se identifica, em que se sente mais seguro, e portanto o local privilegiado na promoção da sua autonomia, (RIBEIRINHO, 2005; REBELATTO E MORELLI, 2004; LEITÃO E FREITAS, 2007).

Porém, como referido já anteriormente existem outros factores que condicionam o regresso do doente ao domicílio, entre eles destacam-se as acessibilidades habitacionais, uma vez que a independência funcional de um doente pode ser seriamente dificultada por algumas barreiras arquitectónicas. Estas dificuldades foram sentidas e manifestadas várias vezes por alguns familiares em expressões do tipo “*as escadas dificultam*”, e “*tenho receio que ele caia das escadas*”

Constatámos ainda que aqueles que tiveram necessidade de adaptar a sua habitação apresentavam-se mais dependentes do que aqueles que não tiveram essa necessidade, o que nos indica existir uma relação estatisticamente significativa entre a adaptação habitacional e a independência funcional ($p=0,019$). Este sentimento é reforçado pelos cuidadores conforme se pode comprovar pelas expressões: “*ainda falta alargar as portas* ou então, “*so posso leva-lo quando as obras do w.c estiverem prontas*”.

No caso dos doentes que regressaram ao seu domicílio, verificámos maior recurso aos SAD sendo este apoio mais comum nos doentes com dependência total (cerca de metade), ou dependência moderada. Verificámos ainda existir uma relação de associação entre o apoio domiciliário e a independência funcional nos doentes que regressaram ao domicílio ($p=0,004$). Esta relação é também reforçada pelos cuidadores pois com alguma frequência referiam: “*...necessitava de mais apoio, ...apoio domiciliário.. ajuda de outros*”

A literatura tem demonstrado que o desenvolvimento do SAD, veio adiar a institucionalização do idoso, em alternativa às respostas convencionais, uma vez que este assegura a satisfação das necessidades básicas dos doentes, potenciando a sua autonomia. Na opinião de Pietrukowicz (2001, cit in Cunha *et al* 2007) as redes de apoio contribuem para a manutenção do bem – estar, constituindo-se como factor positivo na prevenção da doença e manutenção da saúde.

Já no que diz respeito à relação existente entre o apoio domiciliário e a independência funcional nos doentes que regressaram ao domicílio de familiar, não apresentou associação estatística significativa ($p=0,287$). Os doentes que regressaram ao domicílio do familiar, eram maioritariamente dependentes mas não usufruíam do SAD, o que é entendível uma vez que têm o apoio da família. De facto, esta representa a instituição mais antiga no cuidar, podendo o cuidador informal contar com a colaboração do cuidador secundário. Aliás esta constatação vai de encontro a alguns testemunhos relativos ao apoio fornecido pela família do género: “*filha e neta auxiliavam nas AVD’s*”, ou “*a esposa tinha o apoio dos filhos para cuidar do marido*”, ou ainda “*o pai foi viver para casa de uma das filhas, a outra dava apoio.*”

Os resultados do nosso estudo mostraram ainda que (44,1%) dos cuidadores informais são os respectivos cônjuges, (mulheres e homens) seguindo-se as filhas (38,2%) e noras (17,6%). Estes dados vão de encontro ao Modelo Hierárquico de Shanas (1979, cit.in LAGE, 2007), ao referir que este papel é assumido

inicialmente pelo cônjuge, seguindo-se os filhos e só na impossibilidade destes, o papel é assumido por outros familiares e/ou vizinhos/ amigos.

A relação existente entre o perfil do cuidador informal e a independência funcional do doente, não se revelou estatisticamente significativa ($p=0,057$), apesar de verificarmos que os cônjuges (esposas) cuidam de doentes mais independentes em relação às filhas e ao cônjuge marido. Esta circunstância poderá ser explicada pelo facto de a esposa idosa também apresentar limitações funcionais que dificultam a prestação de cuidados, pois à semelhança de outros autores, o sexo feminino como cuidador, apresenta uma forte associação com a dependência funcional (BRANCO *et al*, 2001; KOUKOULI *et al*, 2002; ROSA *et al*, 2003; MARTINS, 2004).

No nosso estudo apenas um marido desempenha o papel de cuidador informal, o que vem corroborar outros autores, ao referirem que estes, embora em menor número, também assumem o papel de cuidadores informais, prestando todo o tipo de cuidados pessoais e tarefas domésticas, bem como apoio emocional e instrumental. (MIZUNO e KINUKO, 2005; RIBEIRO, 2005 e LAGE, 2007). Este apoio por parte do marido pôde ser comprovado durante o internamento da doente: *“o marido apoiava muito a esposa incentivando-a nas AVD’s”*, referindo *“sou o marido tenho de cuidar dela”*, apoio esse realizado possivelmente por dever, obrigação, por considerar fazer parte do seu papel conjugal

Não obstante a importância que o ensino tem para o cuidador informal, no nosso estudo não se verificou relação estatisticamente significativa, entre o interesse demonstrado pelo cuidador informal ao ensino e a independência funcional do doente, ($p=0,243$), no entanto os valores de ordenação média de independência funcional são superiores no grupo em que o CI recebeu ensino.

Os ensinamentos feitos ao longo do internamento incidiram essencialmente sobre a alimentação oral (16,8%), que ia desde sentar correctamente o doente até à promoção da sua autonomia; transferências cama/cadeira e vice-versa (13%); treino de marcha, com auxílio de 3ª pessoa e/ou ajudas técnicas (11%); em número mais reduzido temos os posicionamentos (7%), a alimentação por SNG (4,6%), e a higiene no leito (2,6%).

Também os dados apresentados por Baia (2010), vão de encontro ao nosso estudo ao mostrar que os ensinamentos ao familiar cuidador com maior evidência dizem respeito: ao posicionamento do doente (52%); alimentação (48%); cuidados de higiene (44%); deambular (20%).

Torna-se então fundamental que o enfermeiro ao longo do internamento vá estando atento aos sinais que estes (doente, CI) nos vão dando, nomeadamente aos registos que são feitos pela equipa do tipo: *“doente vive sozinha, não tem familiares próximos”*; *“marido refere não poder tomar conta da esposa”*; *“fica a viver com a nora enquanto necessitar de ajuda nas AVD’s”*; *“filha trabalha, de dia a mãe vai para CD”*, de modo que o planeamento da alta vá de encontro às reais necessidades do doente e família.

Nesta linha de pensamento, perante a avaliação da situação, cabe ao enfermeiro verificar quais os factores condicionantes que envolvem as famílias, não as podendo responsabilizar na íntegra pela solidariedade para com os seus familiares dependentes, mas sim conseguir um equilíbrio entre o apoio informal (familiares, amigos, vizinhos) e o apoio formal (profissionais qualificados), podendo desta forma as relações entre estes dois tipos de redes de suporte ser de complementaridade ou de substituição, (*“esposa idosa necessita de SAD para cuidar do marido”*; *“vizinha fica com a mãe quando a filha precisa de sair”*; *doente já vivia sozinho com apoio SAD*” *“marido doente oncológico, esposa com dependência, ponderar institucionalização”*; *“já cuidava dela, mas agora necessitava SAD, devido ao grau dependência”*) (RIBEIRINHO, 2005; LAGE, 2007; MTSS, 2009).

Em suma a interacção dos CI com os cuidados formais permite que a sobrecarga destes não seja tão penosa e desgastante, garantindo melhores cuidados. No entanto nem sempre isso é possível quer por inexistência de familiares, ou pela precisão de cuidados diferenciados, com necessidade de institucionalização, nomeadamente em diversas valências da RNCCI, em que a sua filosofia visa a manutenção das funções básicas, assim como adequar os cuidados às necessidades de reabilitação, recuperando a autonomia para as AVD’s, reduzindo assim o grau de dependência. (MTSS, 2009).

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na sociedade actual assiste-se cada vez mais a um aumento da longevidade, embora o processo de envelhecimento não seja sinónimo de doença e dependência, potencia no entanto a limitação progressiva das suas capacidades na satisfação das necessidades básicas com independência e autonomia, tornando o idoso dependente de um cuidador.

O presente estudo pretendia então reflectir estas duas vertentes: por um lado as dificuldades (ou incapacidades) que envolvem o doente com alteração da independência funcional, no regresso ao seu meio sócio-familiar e por outro, em que medida as redes de apoio (formal/informal), a preparação para a alta foram factores facilitadores. Deste modo e tendo em atenção estes objectivos e as hipóteses formuladas, extraímos as seguintes conclusões:

No momento da alta o destino residencial com maior representatividade para o Doente Idoso é o próprio domicílio (42%), em 2º lugar vem o domicílio de familiares (32%) e numa percentagem menor temos a institucionalização em UCCs (20%) e em Lares de Idosos (4%).

Verificamos ainda, que a maioria das habitações dos nossos doentes possui barreiras arquitectónicas, com necessidades de adaptação. Estas estão presentes sobretudo aos níveis de escadarias (55,6%) e dos espaços interiores (33,3%). Apesar da constatação, apenas uma pequena percentagem de familiares efectuaram essas alterações.

A avaliação feita aos utentes no momento da admissão ao hospital, mostra que a maioria (92%) apresentava dependência funcional total, reflectindo-se este predomínio sobretudo no sexo feminino. Já no dia da alta a percentagem de doentes com dependência total tinha diminuído drasticamente para (38%), prevalecendo os doentes com dependência moderada, mas neste caso maioritariamente do sexo masculino.

Relativamente ao perfil do cuidador informal, verificamos serem sobretudo os cônjuges do sexo feminino a assumir este papel, seguindo-se as filhas e noras. O interesse/disponibilidade demonstrado pelo cuidador informal relativamente aos ensinamentos propostos pelos profissionais de saúde, partiu essencialmente e de forma espontânea, mais por parte das filhas, do que propriamente dos cônjuges.

Os ensinamentos percebidos com maior pertinência, logo com maior representatividade foram ordenadamente: alimentação, transferências (cama/cadeira e vice-versa), treino de marcha, prevenção de quedas e posicionamentos.

Quanto à existência de redes de apoio formal, verificamos que uma pequena percentagem de participantes, já usufruía de alguma delas na altura da admissão ao hospital, destacando-se fundamentalmente o apoio domiciliário, porém no momento da alta a sua procura teve um acréscimo bastante significativo.

As dificuldades sentidas e expressas pelos cuidadores informais, são de facto múltiplas e variam de acordo com as circunstâncias pessoais, contudo merecem destaque: a impossibilidade de cuidar dos pais, em virtude da actividade profissional; a necessidade de apoio formal e /ou informal na partilha dos cuidados; necessidade de aquisição de material (cama eléctrica/articulada, cadeira higiénica); falta de condições habitacionais e existência de barreiras arquitectónicas para receber pessoas com dependência funcional; sobrecarga do cuidador (pela existência de outros familiares dependentes) e ainda limitações funcionais por parte do cuidador uma vez que em muitos casos este é também idoso.

Na análise de associação entre as variáveis do nosso estudo, constatamos a existência de relações significativas entre: a idade e a independência funcional, em que o aumento da idade está associado a níveis mais elevados de dependência; - as habilitações literárias e a independência funcional, em que a um menor nível de instrução corresponde um menor nível de independência funcional; - o regresso ao domicílio e a independência funcional, pois a maioria dos doentes que regressaram ao domicílio apresentavam dependência moderada, enquanto os que foram institucionalizados maioritariamente apresentavam dependência total; - as redes de apoio

quando o doente regressa ao próprio domicílio aumentam proporcionalmente à independência funcional, uma vez que a maior prevalência do SAD é registada em doentes com dependência total.

Não podemos deixar de salientar, que apesar dos ensinamentos realizados ao CI sobre cuidados a doentes com dependência total/grave, não mostraram uma associação estatisticamente significativa na independência funcional do doente, estes proporcionaram a aquisição de competências por parte do cuidador informal, de forma a garantir a continuidade dos cuidados no domicílio.

Em jeito de conclusão, pensamos que este estudo, apesar das limitações inerentes a uma amostra por conveniência, veio confirmar a importância do papel do enfermeiro de reabilitação como elemento chave na promoção da independência funcional do doente/idoso no regresso ao domicílio. A educação para a saúde faz parte das funções inerentes dos enfermeiros, citando Soeiro (1992) *“O principal papel do formador não reside nos conhecimentos e técnicas que transmite, mas na semente que lança para fertilizar o terreno.”*

Consideramos de todo pertinente a realização de um estudo aos cuidadores informais para saber em que medida os ensinamentos facilitaram a continuidade dos cuidados, quais as principais dificuldades, o número de reinternamentos; desenvolver ações de sensibilização em autarquias, de forma que em parceria com a população possam melhorar as acessibilidades/barreiras arquitetónicas; Fomentar o envelhecimento saudável através de sessões educativas, de modo a promover a autonomia pelo maior tempo possível, permitindo ao idoso continuar a viver na própria casa e na sua comunidade.

Esperamos com este estudo ter contribuído para dar resposta às questões levantadas, esclarecendo em que medida a promoção da independência funcional contribuiu para a recuperação da autonomia e consequentemente da qualidade de vida.

Referências bibliográficas

- ANDRADE, Fernanda Maria Mendes (2009) - **O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal**. Minho: Instituto de Educação e Psicologia,. 323p. Universidade do Minho.
- BAIA, Patrícia Raquel (2011) - **Doente com AVC: Dificuldades da família**. [em linha]. Porto: Faculdade de Ciências da Saúde Porto. 91p. Projecto de Graduação apresentado à Universidade Fernando Pessoa, para a obtenção do grau de licenciado em Enfermagem, na Faculdade de Ciências da Saúde, do Porto [consult. 25 Maio 2011]. Disponível em WWW:<URL: https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1851/3/MONO_16599.pdf
- BRANCO, Maria João; NOGUEIRA, Paulo Jorge; DIAS, Carlos Matias (2001) – **MOCECOS: uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI**. Lisboa: ONSA..
- BURNAY, Rita Maria Pires Pisani (2011) : **A passagem à reforma**. [em linha] Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.. 97p. Dissertação de mestrado apresentado à Faculdade de Ciências Médicas | Universidade Nova de Lisboa. Um estudo exploratório sobre mulheres profissionalizadas na sociedade portuguesa. [consult. 6 Junho 2011] WWW:<URL: <run.unl.pt/bitstream/10362/5638/1/Burnay%20Rita%20TM%202011.pdf>
- CABETE, Dulce Gaspar (2005) – **O Idoso, a doença e o hospital**. Loures: Lusociência,
- CASTRO, Susana Cristina Pereira (2008) – **Como Aprende o cuidador Informal do Doente Oncológico em Fase Terminal a Cuidar no Domicílio**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar do Porto.178 p. Dissertação de Mestrado em Ciência de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar do Porto
- CHAVES, Luciano José (2010) – Perfil do Cuidador Domiciliário do idoso. Artigo realizado nas unidades Básicas de Saúde de Vila Floresta pertencente ao grupo Hospitalar de Conceição Porto Alegre. Brasil (25/08/2010) [em linha]. [consult. 24 Maio 2011]. Disponível em: WWW:<URL: <portaldoenvelhecimento.org.br/.../perfil-do-cuidador-domiciliario-de-idosos.html>
- CUNHA, Cristina; MONTEIRO, Elsa; RIBEIRO, Graça; AMARAL, Maria; MARTINS, Teresa (2007) – **A Importância da Enfermagem de Reabilitação no Cuidar de Idosos**. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu. 168 p. Trabalho de Investigação realizado no I curso de pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, apresentado à Escola Superior de Saúde de Viseu, do Instituto Politécnico de Viseu.
- DIAS, Celina (2008) - O Papel do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na Promoção da Mobilidade na Pessoa Idosa. Funchal: [s.n.]
- FERREIRA, Sérgio Miguel Mateus (2008) - **Papel dos Cuidadores Informais ao idoso com doença de Alzheimer**. Aveiro: Universidade de Aveiro, 163p. Dissertação de Mestrado em Geriatria e Gerontologia.
- KOUKOULI, S.; VLACHONIKOLIS, I. G.; PHILALITHIS, A. (2002) – Socio-demographic factors and self reported functional status: the significance of social support. *BMC Health Serv. Res.* [em linha]. Vol. 2, nº 20 [consult. 24 Nov. 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/2/20>>
- LAGE, Maria Isabel Gomes de Sousa (2007) – **Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal**. Porto: Universidade do Porto..424p. Tese de

doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, apresentado na Universidade do Porto.

- LEITÃO, Maria Carlos e FREITAS, José Manuel Nóbrega Ferreira (2007) - **Apoio Domiciliário Interdisciplinar Integrado**. Madeira: Universidade Atlântica da Madeira. 38p. Relatório de Dissertação realizado no curso de pós-graduação de cuidados continuados de saúde, na Universidade Atlântica da Madeira
- LOUREIRO, Marli [et al.] (2007)– As actividades de vida diária e ajudas técnicas nos grandes idosos, diagnóstico de situação. *Geriatrics*. Lisboa. Vol. 3, nº 15 (Maio/Junho 2007), p. 50-58
- MAHONEY, F. I., BARTHEL, D. W. (1965) — Functional evaluation :the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. [S.l:sn.] Nº14 p. 61-65.
- MASCARENHAS, Claudio Henrique Meira; CAMPOS, Shirley Lima; AZEVEDO, Leonardo Malta; JUNIOR, Noedilson Menezes dos Reis (2010) Avaliação Funcional de idosos com osteoartrite do joelho submetidos a tratamento fisioterapeutico. *Revista Baiana Saúde Publica Miolo.indd* [s.n] Vol. 34, n.2, (abr./jun. 2010) p. 254-266. [em linha] [consult. 13 Mar. 2011] disponível em WWW:<URL:bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n2/a1796.pdf
- MARTINS, Rosa Maria Lopes (2004) – **Qualidade de Vida dos Idosos da Região de Viseu**. Badajoz: Universidade da Extremadura [s. n.], 306 p. Dissertação de Doutoramento apresentada à Universidade da Extremadura. Acessível na Biblioteca da Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal
- MIZUNO, T.;KINUKO,t.(2005). Caring for a Yobiyose-Rojin - A Comparasion of Burden on daughters-in-law. *Journal of Gerontological Nursing* [S.I: s.n.] 31 (6), p.15-21.
- MOURA, Andreia Cristina Marques; SOARES, Cátia Verónica Vieira;NIZA, Cristina quadros; RODRIGUES, Eduarda Carina Pereira; VALENTE, Nedy Fernandes; SILVA, Tiago Manuel Horta Reis (2009) - **Sobrecarga dos Cuidadores Informais de Pessoas dependentes Pós AVC**. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu. 247p. Trabalho de Investigação realizado no 13º Curso de licenciatura em Enfermagem, apresentado à Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu.
- NUNES, Isabel Maria Lopes Martins (2008) - **Participação da Família nos Cuidados ao Utente Internado num Serviço de Ortopedia. Contributos Para Melhorar a Comunicação e a Qualidade dos Cuidados ao Utente**. Lisboa: Universidade Aberta de Lisboa, 178p. Dissertação de mestrado em Comunicação em Saúde, apresentado à Universidade Aberta de Lisboa.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Opas) OMS (2005) - **Envelhecimento activo uma Política de saúde** - 1ª ed. Brasília,60p. Título original inglês: **Active ageing: a policy framework**. WHO/NMH/NPH/02.8 ISBN
- PORTUGAL - Direcção-Geral da Saúde - Circular Informativa nº12/DSPCS (2004) Direcção de Serviços de Planeamento Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento. [em Linha] [consult. 3 Jan. 2011] Disponível em WWW<URL:<http://servicosociaisauade.files.wordpress.com/2007/11/alta-avc.pdf>
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa Nº 13/ DGCG de 2707/04. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas - **Programa nacional para a saúde das pessoas idosas**. [em linha] Lisboa [consult. a Fev. 2011] Disponível em WWW:<URL:<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdoonlyres/...9E74.../0/i006346.pdf>

- PORTUGAL. INE (2009) –Projeções de população residente em Portugal 2008-2060. Destaque: Informação a comunicação social, 19 de Março de 2009 [em linha] [consult. 5 Jan. 2011] Disponível em WWW:URL:www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look...att
- PORTUGAL *INE (2009)* Tábua Completa de Mortalidade para Portugal 2006 – 2008. Destaque: Informação a comunicação social, Maio 2009. [consult. 2 Fev. 2011] Disponível em WWW:<URL:<http://www.duarte-gouveia.info/.../29Tabua%20de%20mortalidade2006-2008.pdf>
- PORTUGAL –INE- **Estatísticas Demográficas 2009**. ISBN: 978-989-25-0055-3 INE, I.P., Lisboa - Portugal, 2010 [em linha] [consult. 2 Fev. 2011] Disponível em WWW:<URL:<http://www.destaquesdodia.com/2009/.../estatistica-demografica-de-portugal-em-2008/>
- PORTUGAL. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS) -Carta Social: **A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados**. 1ª ed. Outubro 2009 Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) ISBN: 978-972-704-348-4
- PORTUGAL. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS)- Carta Social – **Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES)2009**. [em linha] [cônsul. 8 Abr. 2011]. Disponível em: WWW:<URL <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2009.pdf>
- PORTUGAL. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS) -Gabinete de Estratégia e Planeamento. Carta Social - Folha Informativa n.º 2 (Outubro 2009). [em linha] [consult. 2 Mar. 2011]. Disponível em: WWW:<URL:<http://www.cartasocial.pt/pdf/FI022009.pd>
- REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G.(2004) — **Fisioterapia geriátrica** : a prática da assistência ao idoso. Brasil: Edições Manole.
- REGULAMENTO N° 125/2011- **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011
- RIBEIRO, O. (2005) - **Envelhecer em Portugal: Quando o Cuidador é um Homem**. Envelhecimento e orientação para o cuidado. In C. Paúl e A. M. Fonseca (coord.), Lisboa Ed. Climepsi (pp.235-258).
- RIBEIRINHO, Carla Marina da Cunha (2005) – **Concepções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais no Domicílio**. Lisboa: Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, 223p. Dissertação de Mestrado em Serviço Social, apresentado no Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa.
- ROSA, Tereza Etsuko da Costa [et al.] (2003) – Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Revista de Saúde Pública [em linha]. Vol. 37, nº 1 (2003), p. 40-48. [consult. 2 Fev. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <<http://www.fsp.usp.br/rsp>>.
- SEQUEIRA, Carlos (2010) – **Cuidar de idosos com dependência física e mental**. Lisboa. Outubro. Lidel – edições técnicas, Lda ISBN:978-972-757-717-0
- SOEIRO, Liliana R (1992). – O prazer de aprender: um educador presente. Revista Formar. Lisboa: N° 7 (Agosto/ Setembro/ Outubro/ 1992), p. 26-27.
- Wade, D. T.; Collin, C. (1988) - The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? Introduction of Disabilities Studies, [S.I.: s.n.] N° 10 ,p. 64-67.