



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Perceções de dependência e autonomia de  
cuidadores de idosos dependentes:  
impacto sobre os cuidados prestados e o  
relacionamento mantido com os idosos

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia da Educação e do Desenvolvimento Humano -

por

Ana Rita Müller

sob orientação de

Professor Doutor António Fonseca

Faculdade de Educação e Psicologia

Porto, Julho de 2014

## Agradecimentos

Hoje sinto algo que não sei explicar. Um misto de cansaço e exaustão, porém, indiscutivelmente sobreposto por um sentimento de felicidade imensa.

Hoje, mais que nunca, sinto que devo agradecer a muitas pessoas que me acompanharam ao longo deste trajeto e me fizeram chegar até aqui.

Um obrigada muito, mas mesmo muito especial:

A *Deus*, por me ter iluminado ao longo destes anos, preenchendo-me de energias positivas em momentos mais difíceis, ajudando-me a superar todos os objetivos que me foram sendo impostos de sorriso nos lábios.

Ao meu *Anjo da Guarda*, por me fazer acordar todos os dias protegida e alegre. Tu sabes quem és.

Aos meus queridos *Pais*, em primeiro lugar, por me terem dado a oportunidade de estudar aquilo que sempre me apaixonou e me continua a apaixonar. Obrigada, Papás por me terem amparado sempre mesmo apesar de todas as dificuldades por que passámos neste último ano. Vocês são, indubitavelmente, o meu maior orgulho e o meu melhor exemplo de vida.

Aos meus *Irmãos*, por serem tão queridos e meus amigos. Especialmente a ti Afonsinho, por todas os quilos de guloseimas que me foste dando ao longo do ano para que eu tivesse energias inesgotáveis para estudar, e por me teres passado a limpo tantos textos que fazem parte deste trabalho. Nunca mudes, meu amor.

A toda a minha *Família*, pelas boas palavras e pelos bons momentos que me proporcionou ao longo dos meus 24 anos de vida. Vocês construíram aquilo que eu sou hoje.

Ao *Juca*, por toda a ajuda que me deu nesta fase. Juquinha, por mais que queira, não tenho palavras para descrever tudo o que tens feito por mim e a amizade que nos liga. Do fundo do meu coração, muito obrigada! Este trabalho também é teu.

À *Márcia*, pela ajuda de última hora. Por me ter transmitido calma e motivação quando pensei que tudo estava perdido. Por me ter feito constatar, mais uma vez, que existem pessoas magníficas e com índoles muito boas espalhadas por este mundo.

A todos os meus *Amigos*, especialmente a vocês, Inês, Carol e Beatriz. Obrigada pela força e pelo apoio que me deram ao longo desta minha trajetória. Somos um exemplo de amizade verdadeira e sei que o seremos para sempre.

Aos meus *Colegas* e também *Amigos de Faculdade*. Como diz o outro, “we’re a dreamteam”. Espero que a vida nos faça juntar muitas vezes.

À *Professora Lurdes Veríssimo*, por ser a melhor professora que alguém neste mundo pode ter. Uma pessoa com um coração tão grande que é capaz de ensinar e transmitir amor ao

mesmo tempo. Talvez seja por isso que ainda hoje me lembro de (quase) tudo aquilo que me ensinou. Obrigada Professora, por dar aulas tão boas e ser tão minha amiga, por se ter preocupado sempre comigo, por ter estado ao meu lado para me aplaudir e para me puxar as orelhas sempre que considerou necessário.

Ao *Professor Doutor António Fonseca*, por me ter orientado ao longo deste ano, e sem dúvida, me ter ajudado a chegar até aqui.

À *Professora Elisa Veiga*, pelo apoio decisivo que me deu nesta reta final.

À *Dr<sup>a</sup> Ana Costa*, por me ter inculcido este gosto tão grande que tenho pela Gerontopsicologia.

## Resumo

O principal objetivo deste estudo é compreender quais são as percepções que cuidadores de idosos dependentes revelam ter em relação à autonomia e à dependência da pessoa idosa, avaliando se as mesmas exercem impacto sobre os cuidados que lhes prestam e o relacionamento que mantêm com o idoso de quem cuidam.

Para se abordar estes temas optou-se pelo recurso à metodologia qualitativa, tendo sido realizados seis *focus groups* compostos por cuidadores de idosos dependentes. A nossa amostra é, assim, constituída por: um grupo de enfermeiros de contexto geriátrico, um grupo de cônjugues de idosos dependentes, um grupo de gestores de lares de terceira idade, um grupo de filhos/irmãos/genros/noras/cunhados de idosos dependentes, um grupo de auxiliares de serviços gerais de geriatria e um grupo de técnicos especializados no tratamento de idosos dependentes em contexto domiciliário.

A amostra é formada por 28 participantes. O principal objetivo na escolha dos grupos prendeu-se com a obtenção de discursos variados e de cariz heterogéneo.

Apesar dos vastos resultados que obtivemos, destacamos as seguintes conclusões: todos os grupos percebem a dependência da pessoa idosa como o factor que resulta na necessidade de apoio de terceiros, mas também, na perda de autonomia física parcial que leva o idoso a precisar de algum tipo de recurso instrumental. O grupo dos filhos/irmãos/genros/noras/cunhados foi o único que se expressou relativamente ao impacto negativo que a dependência do seu familiar idoso gerou no seu bem-estar. Em relação às percepções de autonomia do idoso, podemos constatar que todos os grupos a consideram como sendo a capacidade do idoso para satisfazer as suas atividades de vida diárias, bem como, a posse de iniciativa do idoso para tomar decisões sobre aspetos da sua vida. Os participantes expressaram todos que a dependência leva a um aumento de exigência de cuidados a prestar, e que existem diferenças nas relações que estabelecem com os idosos, caso estes sejam dependentes ou caso sejam autónomos.

Palavras-chave: percepções, dependência, autonomia, cuidadores, idosos, impacto, cuidados, relacionamentos.

## **Abstract**

The prime aim of this study is to understand what are the perceptions that elderly caregivers have about the autonomy and the dependence of the dependent elderly. We also want to evaluate if those perceptions exercise impact above their caregiving and the maintained relationships with the elderly from whom they take care.

To broach these subjects we chose to do qualitative research. We built six focus groups which were constituted by dependent elderly caregivers. The sample of this study embraces 28 participants which includes: a group of geriatric nurses; a group of wives/husbands of dependent elderly, a group of managers of old people's homes, a group of sons/brothers/sons-in-law/brothers-in-law of dependent elderly, a group of assistants of general geriatric services and a group of technicals specialized in the treatment of dependent elderly in their domiciliary environment.

Our main aim for the building of these groups was the achieving of a range of heterogenous speeches.

The results reported us to many conclusions, from which we emphasize that: all the groups perceive the dependence of the elderly as a factor that leads to the need of support from others, but also, in the loss of physical autonomy that makes the elderly need some source of instrument. The group of the sons/brothers/sons-in-law/brothers-in-law was the one that expressed feelings about the negative impact that the state of dependence of his elderly family member generated in his well-being. Concerning to the perceptions of autonomy we may infer that all the groups consider it as the ability of the elderly to satisfact his everyday activities as well as the ability of the elderly to make decisions about aspects concerning to his life. The participants agree that the dependence leads to an increase of the demand of caregivings, and that there are differences between the relationships that they establish with dependent elderly and autonomous elderly.

Key-words: perceptions, dependence, autonomy, caregivers, elderly, impact, care, relationships.

## ÍNDICE

<b>I INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>II ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	10
1. O envelhecimento demográfico e o seu impacto na sociedade.....	10
2. O envelhecimento e as suas implicações.....	12
3. O significado de cuidar de um idoso dependente.....	14
4. Autonomia, dependência e independência do idoso.....	16
5. Contexto social e bem-estar do idoso.....	18
6. O perfil e o papel do cuidador do idoso dependente.....	19
7. Perceções relativas ao ato de cuidar de um idoso dependente.....	21
<b>III METODOLOGIA</b> .....	22
1. Introdução ao método: metodologia qualitativa.....	22
1.1. Análise de conteúdo.....	22
2. Objetivos do estudo.....	23
2.1. Objetivos gerais.....	23
2.2. Objetivos específicos.....	23
2.3. Questões de investigação.....	23
3. Amostra.....	24
4. Instrumento e procedimento de recolha de dados.....	25
4.1. Tratamento e análise de dados.....	27
<b>IV RESULTADOS</b> .....	31
1. Descrição dos resultados.....	31
2. Discussão dos resultados e conclusões.....	38
2.1 Perceções de dependência da pessoa idosa.....	38
2.2 Perceções de autonomia da pessoa idosa.....	42
2.3. Impacto das perceções de autonomia	

e dependência de idosos sobre os cuidados prestados.....	44
2.4. Impacto das percepções de autonomia e dependência.....	45
sobre a qualidade das relações estabelecida	
2.5. Ações de estimulação desenvolvidas com o objetivo	
de promover algum grau de autonomia do idoso dependente.....	47
<b>V REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>50</b>
<b>VI ANEXOS.....</b>	<b>55</b>
1. Anexo 1 – Exemplar de consentimento informado.....	55
2. Anexo 2 – Tabelas de unidades de texto.....	58

## INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas tem-se vindo a assistir a uma enorme transformação na composição etária da população, tanto a nível nacional, como mundial (Carrilho e Patrício, 2010).

Dados estatísticos revelam que a taxa de natalidade tem decrescido de forma contínua ao invés da da população idosa que tem aumentado a um ritmo avassalador (INE, 2009).

É consensual que à medida que a idade avança, e por motivos diversos, o idoso vai perdendo gradualmente a sua autonomia e tornando-se cada vez mais dependente.

Este aumento da dependência leva o idoso a necessitar da presença de cuidadores que o ajudem a realizar as tarefas do seu dia-a-dia.

Estudos recentes revelam que as perceções dos cuidadores acerca da pessoa idosa exercem impacto sobre a sua autonomia e dependência (Ízal, Montorio, Marquez e Losada, 2005).

Embora existam investigações que refiram que a prestação de cuidados a idosos dependentes tem como efeito um impacto negativo na vida e no bem-estar dos cuidadores (Wallsten & Snyder, 1990), não foram encontrados estudos que verificassem se esse impacto se reflete nos cuidados prestados e no relacionamento mantido entre os cuidadores e os idosos, de forma igualmente negativa.

Deste modo, o presente estudo tem como objetivo principal, a averiguação das perceções que cuidadores de idosos dependentes têm em relação à autonomia e à dependência da pessoa idosa, e avaliar se tais perceções exercem impacto sobre os cuidados que lhes prestam e o relacionamento que mantêm com o idoso de quem cuidam.

Nesta dissertação começamos por enquadrar concetualmente a temática do envelhecimento e da prestação de cuidados, a vários níveis. Seguimos para a justificação da escolha da metodologia do nosso estudo, através do esclarecimento acerca dos nossos objetivos de investigação. Procedemos à explicação da composição da nossa amostra, do instrumento que utilizámos para a recolha de dados, e explicamos ainda, como procedemos ao tratamento dos dados que obtivemos. De seguida, passamos à apresentação dos resultados e à consequente discussão dos mesmos.

## II ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1. O envelhecimento demográfico e o impacto na sociedade

Atualmente, a sociedade caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico, o qual consiste no aumento da proporção de pessoas idosas na população total (assumindo pessoa idosa ou pertencente à faixa da terceira idade como aquela que tem 65 ou mais anos de idade), e reflete o aumento dos níveis de esperança média de vida, bem como, o decréscimo dos níveis de mortalidade (INE, 2002).

O declínio significativo da taxa de mortalidade, tanto a nível nacional como internacional, torna evidente o facto de, neste momento, a terceira idade se encontrar no topo da pirâmide por idades, uma vez que, a baixa proporção de jovens (0-14 anos de idade) aumentou significativamente, colocando-a na base da pirâmide (Fernandes, 2004).

O aumento da esperança média de vida e da longevidade, e o declínio das taxas de fecundidade e mortalidade, explicam também a atual composição etária da população (Carrilho & Patrício, 2010).

Neste momento, a esperança média de vida para uma pessoa de 65 anos mantém uma tendência positiva, tendo atingido entre o período 2009 e 2011 os 18,75 anos.

À nascença, a esperança média de vida é de 76,5 anos para os indivíduos do género masculino e de 82,4 anos para os do sexo feminino (INE, 2009).

A hipótese média de projeção da população mundial das Nações Unidas estima que a população jovem irá decrescer de forma contínua e que representará 21% da população total em 2050 (INE, 2009). Em contrapartida, a população idosa irá crescer progressivamente ao longo dos anos, calculando-se que em 2025 exista um total de 1,2 biliões de idosos no mundo (WHO, 2002).

Atualmente, a taxa de crescimento da população idosa é quatro vezes superior à da população jovem (Carrilho & Patrício, 2010).

Portugal é considerado um dos países mais envelhecidos do mundo, e o segundo país que terá o crescimento de população sénior mais rápido da União Europeia (Fernandes, 2014).

Segundo as projeções atuais, estima-se que a população idosa portuguesa continuará a crescer representando, em 2050, 32% da população do país (INE, 2002).

O envelhecimento populacional é um fenómeno que espelha uma das características das sociedades contemporâneas desenvolvidas (Carvalho, 2012).

O aumento do índice de dependência sugere que, em 2050, 57,8% da população idosa se encontrará em situação de dependência de outrem (Sequeira, 2010). Estes dados geram impacto sobre a sociedade em geral, suscitando várias dúvidas e receios (Sequeira, 2010).

Como ajudar o idoso a ser ativo e autónomo à medida que envelhece, como prevenir

problemas e promover a saúde do cidadão idoso, como gerir os papéis familiares no momento de cuidar do idoso que precisa de mais assistência, são questões que frequentemente surgem (WHO, 2002).

O crescente aumento da esperança de vida teve também como consequência o aparecimento de novos problemas de saúde, pouco conhecidos e estudados pela Medicina atual, como por exemplo, a doença de Alzheimer. Também fez disparar os índices de incapacidade e de dependência, arcando estes elevados custos para os idosos, para os seus cuidadores e para a sociedade em que se inserem (Fernandes, 2014).

É consensual o incontornável aumento do número de doenças crónicas diagnosticadas, principalmente, de demências (Fernandes, 2014).

Quando comparados os géneros, afirma-se que, de forma geral, homens e mulheres com mais de 65 anos de idade sofrem dos mesmos tipos de problemas de saúde (Fernandes, 2014).

De uma forma geral, podemos concluir que o aumento da longevidade coloca a sociedade atual perante vários desafios, entre os quais se destacam o da saúde e o da prestação de cuidados. O primeiro diz respeito a um recurso imprescindível para que o idoso possa envelhecer de forma saudável (Sequeira, 2010). O segundo desafio coloca-se pelo facto de o processo de envelhecimento implicar um maior risco de incidência de doenças e, desta forma, levar a um maior nível de dependência, o qual se reflete numa maior procura e necessidade de cuidados formais e informais (Sequeira, 2010).

Levanta-se assim, uma pertinente questão: estarão os vários países do mundo preparados para dar o suporte necessário, ao nível da saúde e da prestação de cuidados, à população idosa que se acredita ser dependente de outrem ?

Apesar das várias incertezas e dúvidas em relação a esta população, constata-se que, na sua maioria, as pessoas idosas são consideradas uma fonte vital tanto para as suas famílias como para a comunidade em que vivem, principalmente nos casos em que continuam a trabalhar e a prestar serviços à comunidade seja de forma formal ou informal (WHO, 2002).

Surge, assim, a necessidade de “dotar” cada vez mais a população idosa de recursos para que possa prestar serviços à sua comunidade pelo máximo de tempo possível. Para tal, a Organização Mundial de Saúde (2002) sugere a criação de programas que promovam o envelhecimento ativo da população e que sirvam de impulso para que este seja bem sucedido. O grande objetivo destes projetos prende-se com a prevenção ou retardamento do aparecimento de disfunções ou doenças crónicas, uma vez que estas se revelam penosas e fatigantes, não só para o idoso como também para a sua família e para o sistema de saúde em que está inserido (WHO, 2002).

Contudo, ainda não foram encontrados caminhos que ajudem a suprir de forma satisfatória as várias situações problemáticas que surgem com o aumento da proporção da população idosa (Fernandes, 2014).

O envelhecimento demográfico torna-se, assim, um desafio tanto individual (quando pensamos no idoso em si) como coletivo (quando pensamos na sociedade em geral), numa lógica de prevenção e promoção de saúde (Sequeira, 2010).

## **2. O envelhecimento e as suas implicações**

O envelhecimento demográfico da população tem uma história relativamente recente, tornando o estudo dos processos do mesmo, cada vez mais pertinente (Fonseca, 2006).

O envelhecimento diz respeito a uma fase do desenvolvimento humano, que se processa ao longo do ciclo vital e traz consigo um conjunto de alterações de cariz biológico, psicológico e social (Sequeira, 2010).

Trata-se um processo ativo, plenamente individual e variável de sujeito para sujeito (Moraes, Moraes & Lima, 2010).

Ao nível fisiológico e biológico, o envelhecimento implica transformações evidentes no corpo, tornando-se este perceptivelmente mais fraco em comparação com fases anteriores do ciclo vital, tais como, a infância e a idade adulta (Netto, 2004).

As transformações acima referidas, habitualmente as mais visíveis e as que surgem primeiramente ao longo do processo de envelhecimento, manifestam-se através do aparecimento dos cabelos brancos, do ressequimento da pele, do enfraquecimento da estrutura óssea e do tónus muscular, da maior incidência de problemas do foro cardiovascular, respiratório e digestivo, entre outros (Lopes, 2000).

Segundo Moraes, Moraes e Lima (2010), o envelhecimento físico ou somático não é mais que uma involução morfofuncional que atinge os sistemas fisiológicos individuais, podendo causar o enfraquecimento da capacidade funcional, e a sobrecarga dos agentes de controle homeostáticos, tornando-se os últimos mais débeis.

Contudo, os autores defendem que o envelhecimento dos órgãos e dos sistemas do corpo (e.g. o envelhecimento cerebral), e o aumento da vulnerabilidade do mesmo às agressões exteriores e interiores, típicas desta fase da vida, não se constituem como um impedimento à felicidade e bem-estar do indivíduo que a experiencia (Moraes *et al.*, 2010).

Afirma-se que idosos saudáveis, sem limitações físicas significativas, podem ser altamente produtivos e ativos na sociedade que os rodeia (Moraes *et al.*, 2010).

A última afirmação sugere a pertinência do investimento em programas que retardem a velocidade da progressão do envelhecimento, através da promoção de um estilo de vida ativo (por exemplo: através da concretização de exercício físico regular), e um conseqüente envelhecimento bem-sucedido. No entanto, é conveniente, que antes da execução de programas deste cariz, existam ações educativas dirigidas essencialmente aos idosos, com o objetivo de os

sensibilizar para a importância de certas modificações no estilo de vida (e.g. no caso de serem muito sedentários, ou terem um estilo de alimentação pouco saudável), para a obtenção de um envelhecimento saudável e bem-sucedido (Ueno, 1999).

Lopes (2000) define o envelhecimento como um processo gradual, no qual ocorrem várias alterações não apenas ao nível morfológico e funcional dos sistemas biológicos, mas também ao nível psicológico do indivíduo.

A modificação e deterioração de algumas funções cognitivas (principalmente ao nível do enfraquecimento da memória de trabalho, da velocidade de pensamento, da capacidade de prestar atenção, e das habilidades visuoespaciais), é uma incontornável implicação do processo de envelhecimento. Porém, existem funções que se mantêm inalteradas, factor que sugere a importância da estimulação cognitiva, com o objetivo da maximização da funcionalidade cognitiva dos idosos (Moraes *et al.*, 2010).

O envelhecimento psicológico diz respeito ao ininterrupto esforço do indivíduo na procura do seu auto-conhecimento e da significação da sua própria vida (Moraes *et al.*, 2010).

Se o mesmo for atingido, acredita-se que o idoso é um ser dotado de conhecimentos, e suficientemente preparado para assumir a realidade e a perda da sua independência física (Moraes *et al.*, 2010).

Faz, assim, todo o sentido, a conclusão de Moraes, Moraes e Lima (2010), que afirma que existindo equilíbrio entre o envelhecimento psicológico e biológico, existirá consequentemente autonomia psicológica e independência.

O envelhecimento psicológico prende-se também com a perceção do envelhecimento como uma fase favorável para novos ganhos individuais, através do contínuo desenvolvimento cognitivo e social, sem esquecer a importância dos conhecimentos prévios que se foram acumulando ao longo da vida, como algo suscetível de trazer benefícios ao indivíduo e ao ambiente social em que este se insere (Schneider & Irigaray, 2008). Desta forma, o envelhecimento seria tido em conta como um período de ganhos, e não só de perdas.

Constata-se que a entrada na terceira idade tem tendência a fazer disparar o nível de probabilidade de incidência de doenças do foro psicológico, principalmente de quadros depressivos e demenciais (Benedetti, Borges, Petroski & Gonçalves, 2008). As mesmas acabam por incapacitar os idosos, roubando-lhes a sua independência, e quase inevitavelmente a sua autonomia (Benedetti *et al.*, 2008).

Outros problemas psíquicos recorrentes nesta fase da vida, são: o empobrecimento da auto-estima e do auto-conceito; o aumento do stress e da ansiedade; a incidência de perturbações do sono; o isolamento social (Matsudo & Matsudo, 2000)

A sucessiva perda de funções cognitivas, especialmente notória no declínio da memória, constitui-se também como um dos problemas mentais de primeira ordem na terceira idade (Santos, Andrade & Bueno, 2009).

Devido a todos os factores supracitados, o envelhecimento tornou-se também numa construção social e cultural, que vive do preconceito de uma sociedade que tem interesse na longevidade, embora não queira envelhecer (Schneider & Irigaray, 2008).

### **3. O significado de cuidar de um idoso dependente**

O fenómeno do envelhecimento constitui-se como sendo um desafio que se traduz no nível dos custos sociais e de saúde que acarreta (Lage & Araújo, 2014).

A perda de competência induz o aumentado risco de dependência de outrem para a satisfação das necessidades básicas, e possibilidade de viver em comunidade (Lage & Araújo, 2014).

Até aos dias de hoje, existe uma carência nas redes de suporte formais a idosos dependentes, factor que leva a que as famílias assumam muitas vezes a responsabilidade da prestação de cuidados (Caldas, 2003).

Segundo Lage e Araújo (2014), Portugal é considerado um país tipicamente “familiarista”, o que quer dizer que o indivíduo português tem por norma recorrer aos elementos da família para suprir qualquer tipo de necessidades que possam ocorrer.

Porém, desde o fim do período da industrialização, as estruturas familiares foram fortemente afetadas pelas mudanças económicas que daí surgiram (Guedes, 2014).

A atomização das estruturas familiares e o maior investimento das mesmas no mundo do trabalho, diminui a capacidade de manutenção de uma família alargada (Guedes, 2014).

Deste modo, o surgimento de um idoso dependente gera incertezas e receios às famílias sobre como conseguir prestar os cuidados mais adequados nesta situação de vulnerabilidade do seu familiar idoso (Lage & Araújo, 2014).

Geralmente, são as famílias que assumem a maior parte da prestação de cuidados aos seus idosos dependentes (Lage & Araújo, 2014).

O ato de cuidar implica da parte do cuidador, quase inevitavelmente, um esforço físico, psicológico e económico (Sequeira, 2010).

Na vertente psicológica, Wallsten e Snyder (1990) destacam que cuidadores de idosos dependentes manifestam um impacto negativo face às suas vidas comparativamente com não-cuidadores.

O cuidar implica transformações psíquicas e sociais, uma vez que limita a vivência pessoal e social do cuidador (Lage & Araújo, 2014).

Outros autores acrescentam, ainda, que familiares ou cuidadores informais que cuidam de um idoso, particularmente quando este se encontra totalmente dependente destes, assistem a várias alterações ao nível da sua dinâmica familiar e do seu próprio quotidiano, afirmando que

perderam qualidade de vida e revelando uma aumentada morbidade psicológica. A exigência dos cuidados e a sobrecarga sentida são alguns dos fatores que explicam esta afirmação (Pereira & Carvalho, 2012).

Evidenciando-se, assim, uma relação significativa entre sobrecarga e sintomatologia depressiva que conseqüentemente conduz ao declínio da qualidade de vida do cuidador informal (Pereira & Carvalho, 2012).

A morbidade psicológica prende-se com a tensão provocada pela complexidade dos cuidados, tornando-se o ato de cuidar uma prática sistemática que leva a que os cuidadores se “esqueçam” de si e se concentrem apenas nesta tarefa (Santos, 2003).

A experiência de cuidar de um idoso dependente pode ser algo extremamente stressante e levar frequentemente o cuidador à depressão (Ramsay, Walker, Ramsay, Compton & Thompson, 2012).

Especialmente, os cuidadores que se encontram a viver em meio rural, estão sujeitos a uma situação de maior vulnerabilidade e risco de virem a sofrer desta patologia, uma vez que, nestas regiões, o acesso a serviços de apoio à saúde mental tendem a ser limitados, fracos e reduzidos (Ramsay *et al.*, 2012).

De uma forma geral, podemos constatar que é consensual a facilidade de deteção de sintomas de desconforto emocional na população cuidadora (Gratao, Vendrúsculo, Talmelli, Figueiredo, Santos & Rodrigues, 2012).

Os dados sublinham a necessidade de intervenção junto dos cuidadores, com o objetivo de aumentar a sua qualidade de vida e diminuir índices de morbidade e sintomatologia depressiva (Pereira & Carvalho, 2012).

Os cuidadores tendem a interessar-se por programas de intervenção feitos a pensar no seu bem-estar e na prevenção do aparecimento de patologias associadas ao stress e à ansiedade. Recomendam recorrentemente a criação de grupos de suporte, de programas que os ajudem a descansar e relaxar, de fontes de informação completas que os auxiliem a compreender mais e melhor a situação do idoso de quem cuidam, de programas que se centrem no treino de competências do cuidador para que este possa dar um suporte adequado ao idoso, de uma linha telefónica que os atenda e esclareça sempre que tenham dúvidas, e ainda, um maior suporte financeiro (Ramsay *et al.*, 2012).

A intervenção dos serviços de saúde pública torna-se, assim, cada vez mais relevante, no que diz respeito à promoção do bem-estar físico e psicológico do cuidador, de modo a que este se torne capacitado e suficientemente habilitado para manter e apoiar adequadamente o idoso no domicílio, em ambiente familiar (Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010).

Sequeira (2010) afirma que o apoio formal e informal que o cuidador recebe está intimamente ligado ao grau de eficácia.

Através deste tipo de apoios, afirma-se que o ato de cuidar pode ser reconhecido não só pela sobrecarga que se experimenta mas, também, pela vivência de benefícios percebidos (Lage & Araújo, 2014).

#### **4. Autonomia, dependência e independência do Idoso**

A constatação de que a manutenção da autonomia está intimamente conectada ao conceito de qualidade de vida, não é recente.

No seguimento da anterior afirmação, Kalache, Veras e Ramos (1987), defendem que a qualidade de vida pode ser quantificada através do nível de autonomia com que o idoso desempenha as atividades do seu quotidiano, tornando-o independente dentro do seu meio social, económico e cultural.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), o conceito de autonomia diz respeito à capacidade percebida do sujeito para controlar e lidar com situações e poder tomar decisões sobre a sua vida de acordo com as suas regras e preferências.

Um dos maiores desafios que se encontra perante o envelhecimento da população é o da manutenção da capacidade funcional do idoso, de modo a que este seja autónomo e independente pelo máximo de tempo possível (Costa, Nakatani & Bachion, 2006).

Quando falamos em autonomia, falamos sobre a capacidade do sujeito para tratar e cuidar de si, de se adaptar ao meio e ser responsável pelas suas condutas ou formas de agir (Sequeira, 2010).

Na opinião de Costa, Nakatani e Bachion (2006), para que um idoso seja funcionalmente autónomo, espera-se que este seja capaz de cuidar de si atendendo ao cumprimento das suas Atividades de Vida Diárias (AVD), tais como: ser capaz de tomar banho, ir à casa-de-banho, mover-se, vestir-se, alimentar-se, sozinho.

A autonomia funcional ou capacidade funcional é uma das condições fundamentais para um envelhecimento bem sucedido, tendo em conta que a maximização do funcionamento autónomo é, acima de tudo, uma necessidade individual (Perrig-Chiello, Pierrig, Uebelbacher & Staehlin, 2006).

Os idosos estão, geralmente, mais propensos a doenças debilitantes que se associam a disfunções funcionais e que levam ao início da sua dependência (Lekamwasam, Karunatilake, Kankanamge & Lekamwasam, 2011).

O avançar da idade traz consigo um aumento de causas de dependência muito frequentes entre a população idosa, tais como: demências, fraturas ósseas, acidentes vasculares cerebrais, doenças reumatológicas, entre outras (Caldas, 2003).

O conceito de dependência estabelece analogia com a incapacidade do indivíduo para satisfazer as suas necessidades básicas enquanto ser humano, tornando-se, desta forma,

dependente da ajuda de terceiros para sobreviver (Sequeira, 2010).

Outros autores defendem ainda a existência de outro tipo de analogia que se prende com o conceito de “fragilidade”, ou seja, a vulnerabilidade do sujeito para fazer face aos desafios do ambiente que o rodeia (Hazzard, cit. in Caldas, 2003).

Segundo o Decreto de Lei n.º 10, de 6 de Junho de 2006, a dependência “é a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária.”.

A dependência surge, então, como a consequência direta do aparecimento de um défice, que limita a atividade e funcionalidade da pessoa, impossibilitando-a de pôr em prática comportamentos ou executar tarefas sem a ajuda dos outros (Sequeira, 2010).

Por outras palavras, encara-se a necessidade de ajuda para a realização das atividades de vida diárias como indispensável para um ser dependente (Caldas, 2003).

Os conceitos de autonomia e independência revelam situações que se complementam, embora não sejam iguais (Sequeira, 2010).

A autonomia estabelece ligação com a capacidade do indivíduo para assumir a gestão da sua vida e tomar decisões sobre si mesmo, enquanto a independência se relaciona com a capacidade do indivíduo para desempenhar atividades de vida diária e de autocuidado. Neste âmbito, torna-se ainda pertinente esclarecer que a dependência não envolve obrigatoriamente uma mudança do funcionamento cognitivo e emocional (Sequeira, 2010).

O surgimento de uma dependência resulta geralmente do declínio funcional do idoso como resultado natural do aparecimento ou agravamento de uma doença, ou devido a um acidente (Sequeira, 2010).

Contudo, a percepção negativa sobre a sua própria saúde, e ainda, o sentimento de que é incapaz e limitado, produzem um aumento da sua dependência no que diz respeito às suas atividades básicas e funcionais. Constata-se que à medida que a dependência aumenta, diminui a realização de atividade física, e que a satisfação vital aumenta com a diminuição da dependência (Linares, Herrera, Fuentes & Ación, 2008).

Outros fatores que tendem a potenciar e aumentar o grau de dependência do idoso, são: o sentimento de solidão, o sentir-se velho, o sentir-se sozinho, ser viúvo ou divorciado, viver com um filho, ter uma doença crónica (Hacihasonoglu, Yildirim & Karakurt, 2011).

As últimas constatações realçam a importância e pertinência do incentivo à autonomia do próprio idoso. Este tipo de motivação tem sido assunto de primeira ordem no âmbito dos serviços de saúde pública, uma vez que o interesse em promover a autonomia na velhice não tem só a ver com mudanças demográficas, mas também com razões psicossociais (Perrig-Chiello et al., 2006)..

O desafio em prevenir a dependência desnecessária na terceira idade consiste assim, no reconhecimento da diversidade entre os idosos, e também na avaliação e contabilização dos seus diferentes recursos físicos, psicológicos e sociais (Perrig-Chiello *et al.*, 2006).

Há que ter em conta que a dependência diz respeito a um processo dinâmico cujo crescimento pode ser prevenido ou diminuído, desde que exista um meio e uma assistência devidamente adequados (Caldas, 2003).

Entre 1970 e 1990 denotou-se um acentuado decréscimo no que diz respeito às limitações funcionais do idoso. Este declínio está intimamente ligado ao notável aumento da conceção e uso de equipamento especializado para apoiar a independência do idoso. Atualmente, sabe-se que a utilização deste tipo de equipamento melhora as funções físicas dos idosos, e não só promove como prolonga a independência deste público-alvo (Murabito, Pencina, Zhu, Kelly-Hayes, Shrader & D'Agostino, 2008).

## **5. Contexto social e bem-estar do idoso**

A perceção de bem-estar e qualidade de vida destaca-se como fundamental para o alcance de um envelhecimento bem-sucedido, segundo o entendimento de vários idosos (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

A teoria do envelhecimento bem-sucedido assenta no pressuposto de que o sujeito é um ser proativo, capaz de regular a sua qualidade de vida através da formulação de objetivos e do consequente esforço para os atingir (Sousa *et al.*, 2003).

Desta forma, desenvolve e aglomera meios que serão vantajosos para a sua adaptação às mudanças, mantendo-se simultaneamente ativo na conservação do seu bem-estar (Sousa *et al.*, 2003).

A investigação atual defende que existe uma analogia entre a qualidade de vida na velhice e as questões de autonomia. Isto porque as dependências que se observam nos idosos, são habitualmente determinantes da sua autonomia (Sousa *et al.*, 2003).

Para além da prática da autonomia, o exercício de cidadania revela-se como uma condição fundamental para o bem-estar do indivíduo na terceira idade (Luppi, 2010).

O conceito de cidadania ativa, nesta fase da vida, baseia-se num conjunto de capacidades e meios que permitem ao idoso conseguir gerir a sua vida de forma autónoma, e participar de forma ativa nos contextos sociais em que está inserido. Portanto, existe uma forte relação entre a autonomia e a cidadania do idoso, sendo que a existência de uma implica a da outra (Luppi, 2010).

Em 2001, a Organização Mundial de Saúde, chamou a atenção para a correlação de fatores ambientais e pessoais no processo de validez e capacidade da pessoa idosa.

Também Lawton (1983) elegeu o meio ambiente como um agente determinante do

bem-estar psicológico do idoso, defendendo que este é mediado através da avaliação subjetiva que o próprio sujeito faz acerca da qualidade das suas experiências.

Atendendo ao modelo ecológico de adaptação e envelhecimento de Lawton, considera-se que níveis de bem-estar mais elevados se verificam em idosos quando existe congruência entre as suas auto-atribuições acerca da sua capacidade funcional, e, as perceções de capacidade que lhes são atribuídas pelos seus cuidadores.

O impacto que as perceções dos outros têm para o idoso, torna evidente a importância do ambiente social para o seu bem-estar geral. Se existir pressão ambiental para o indivíduo existe necessariamente também pressão social (Ízal, Montorio, Marquez, & Losada, 2005).

O bem-estar dos idosos deve ter em conta vários aspetos, entre os quais, a importância de dar atenção ao enfraquecimento das funções cognitivas, ao comprometimento das habilidades físicas e da autonomia, e, por outro lado, a pertinência da manutenção dos idosos ocupados, independentes, para que se sintam capazes e valorizados (Sousa *et al.*, 2003).

## **6. O perfil e o papel do cuidador do idoso dependente**

Um dos principais desafios do século XXI, reflete-se na prestação de cuidados à população idosa (Paúl, 2014).

Quando se fala em prestação de cuidados a idosos, devem ser tidas em conta as necessidades de saúde, ao nível do bem-estar físico, psíquico e social (Paúl, cit. in Fonseca, 2014).

Hoje em dia e ao longo da história, a família representa o grupo primário básico de apoio e de prestação de cuidados a membros da família de idosos que se encontrem em situação de dependência (Sequeira, 2007).

Contudo, o cuidador informal é, na maioria das vezes, um só elemento da família que se torna responsável pela integralidade dos cuidados, prestando-os muito frequentemente de forma solitária e sem o auxílio direto dos outros elementos da família (Sequeira, 2010).

Na maior parte das famílias, a seleção do cuidador principal é feita de forma muito ténue ou subtil, tendo em conta as características pessoais e vivências de cada membro da família, por exemplo, o facto de um elemento da família se encontrar em situação de desemprego ou reformado, pode ter mais peso no momento de decidir quem será o cuidador informal (Sequeira, 2007).

Uma investigação feita há 27 anos por Stone, Cafferata e Sangl (1987) acerca do típico perfil dos cuidadores informais de idosos, refere que, na sua maioria, estes têm uma idade avançada e pertencem ao sexo feminino. Por esta altura eram então, na maior parte das vezes, as mulheres, casadas, com pouca escolaridade, sem atividade profissional, com poucas expectativas em relação ao futuro do idoso, e ainda com escassa informação sobre a situação e

dos cuidados adequados a prestar, que assumiam o papel de cuidadoras informais dos idosos dependentes.

Uma atual descrição sobre o perfil do familiar cuidador salienta a mulher em torno dos 55 anos de idade, como a pessoa que assume as responsabilidades de cuidadora principal, tendo a seu encargo, simultaneamente, outros familiares em estado de dependência (Pimenta, Costa, Gonçalves & Alvarez, 2009).

Contudo, espera-se que num futuro próximo as características dos cuidadores se alterem espelhando as mudanças que têm ocorrido na dinâmica familiar, tais como, o predomínio das famílias nucleares e dos agregados familiares compostos por duas a três pessoas (Sequeira, 2010).

Em muitos casos, o cuidador assume que o seu papel se prende também com a substituição do idoso nas tarefas, ou seja, a desempenhá-las por ele, não tendo noção de que este tipo de atitudes são prejudiciais para o idoso, potenciando a perda da sua autonomia (Santos, 2003).

Há ainda relativamente poucas evidências sobre o típico perfil dos cuidadores de idosos. Porém, é consensual que o crescente interesse pela atividade laboral, especialmente quando falamos em familiares cuidadores, comprometeu a qualidade dos cuidados prestados, a vários níveis: a desvalorização do idoso como um ser humano passível de ser estimulado, e escasso investimento no conhecimento de problemas de saúde frequentes nesta fase da vida, como por exemplo: os problemas de saúde bucal (Saliba, Molmaz, Marques & Prado, 2007).

De um modo geral, as razões que levam os cuidadores informais a assumir este tipo de papel, prendem-se essencialmente com sentimentos de dever, de retribuição, de grau de parentesco, de proximidades física e afetiva, de respeito pelo familiar idoso e pelas tradições familiares (Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010). Contudo, torna-se pertinente salientar o atual panorama de declínio da proporção de idosos dependentes que recebe cuidados informais por parte da sua família e amigos, acentuando o aumento significativo da proporção de idosos que não recebe qualquer tipo de apoio e auxílio humano (Wolff & Kasper, 2006).

## 7. Percepções relativas ao ato de cuidar de um idoso dependente

As principais dificuldades relatadas por cuidadores informais são a exigência do tipo de cuidados que têm que prestar, a falta de respostas tanto a nível formal como informal, os problemas financeiros, e sobretudo, a falta de vida social a que são expostos (Cruz *et al.*, 2010).

O sentimento de carga ou *burden* provoca nos cuidadores o disparo da tendência de incidência de comportamentos disruptivos, stress e limitações funcionais. Contudo, estudos prévios sugerem que este mesmo sentimento varia consoante o diagnóstico dos idosos de quem cuidam (Pearson, Verma & Nellett, 1988).

Para fazer face e tentar superar este tipo de problemas e dificuldades, os cuidadores informais tendem a adotar estratégias de *coping* focadas nas emoções e sentimentos, recorrem com mais facilidade às suas crenças religiosas, e , tentam constantemente encontrar aspetos positivos na sua situação de atuais cuidadores (Cruz *et al.*, 2010).

Torna-se pertinente salientar, que este tipo de cuidador costuma a experienciar elevados níveis de satisfação pessoal nos momentos em que percebe que cumpre devidamente o seu dever, que se preocupa verdadeiramente com o idoso que de si depende. Costuma também a sentir-se tranquilo por ver que o idoso de quem cuida se encontra bem e satisfeito, e que com esta prestação de cuidados conseguiu aumentar e reforçar os laços afetivos entre ambos (Cruz *et al.*, 2010).

Uma das conclusões retiradas do estudo de Pimenta, Costa, Gonçalves e Alvarez (2009) foi a de que os cuidadores têm tendência a expressar-se acerca das consequências negativas que o cuidar de um idoso lhes trouxe, relativamente à sua vivência social e à sua saúde. Porém, manifestam ao mesmo tempo, sentimentos positivos face a este cuidar, que se refletem na sensação de conforto e dignificação das suas vidas.

### **III: METODOLOGIA**

#### **1. Introdução ao método: Metodologia qualitativa**

A metodologia qualitativa tem sido amplamente utilizada por investigadores que têm como objetivo a exploração e a interpretação de temáticas no domínio das Ciências Sociais e da Humanas (Denzin & Lincoln, 1994).

Esta investigação recorre à metodologia qualitativa, uma vez que a investigação de carácter indutivo tem como objetivo compreender e interpretar em profundidade as experiências, perspetivas, histórias e circunstâncias sociais dos participantes de um estudo (Denzin & Lincoln, 1994; Snape & Spencer, 2003 ;), o que faz todo o sentido num estudo muito focado na análise de percepções, como o presente.

Privilegia-se a aproximação do ponto de vista dos participantes, que é facilitada através da elaboração de entrevistas, e da observação do discurso e do comportamento dos participantes pelo investigador (Denzin & Lincoln, 1994).

Tendo em conta os objetivos gerais do estudo, faz ainda todo o sentido recorrer a *settings* ou contextos naturalistas, que promovam a observação e o contacto próximo entre o investigador e os participantes, tal como foi acima referido (Snape & Spencer, 2003).

#### **1.1. Análise de conteúdo**

Segundo Bardin (2008), a análise de conteúdo diz respeito a uma técnica de investigação que tem por base uma atitude interpretativa, suportada por processos de validação.

Por outras palavras, a ênfase da análise de conteúdo é colocada na análise do discurso (ex: conversação) do indivíduo, uma vez que existe um marcado interesse em analisar a sua comunicação (Bardin, 2008).

Embora seja um método de carácter predominantemente empírico, que se dedica à interpretação daquilo que o sujeito “diz”, o analista procura lutar o mais possível contra a subjetividade que pode surgir. Para validar a sua análise, formula regras justificadas, que se traduzem em grelhas de índices e que têm como objetivo referenciar as unidades de texto (aquilo que o indivíduo “diz”) em categorias e indicadores (Bardin, 2008).

A análise de conteúdo é também uma técnica amplamente utilizada em estudos de pequenos grupos, descrevendo objetiva e quantitativamente o conteúdo das comunicações dos sujeitos, a fim de as mesmas poderem ser interpretadas (Bardin, 2008).

Considera-se que todos os aspetos supracitados justificam a escolha deste método para esta investigação, uma vez que, de uma forma mais genérica, pretende-se interpretar comunicações de pequenos grupos de indivíduos.

## **2. Objetivos do estudo**

### **2.1. Objetivos gerais**

Os objetivos principais do estudo prendem-se com a compreensão das percepções que cuidadores de idosos dependentes têm em relação à autonomia e à dependência da pessoa idosa, e avaliar se tais percepções exercem impacto sobre os cuidados que lhes prestam e o relacionamento que mantêm com o idoso de quem cuidam.

### **2.2. Objetivos específicos**

Para este estudo, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- a. Compreender quais as percepções que os grupos de cuidadores de idosos dependentes têm acerca da autonomia da pessoa idosa.
- b. Compreender quais as percepções que vários grupos de cuidadores de idosos dependentes têm acerca da dependência da pessoa idosa.
- c. Verificar se as percepções dos cuidadores acerca da dependência e autonomia da pessoa idosa, exercem impacto sobre os cuidados que prestam aos idosos de quem cuidam.
- d. Averiguar se as percepções dos cuidadores acerca da dependência e autonomia da pessoa idosa, exercem impacto sobre as ações de estimulação da autonomia dos idosos de quem cuidam.
- e. Compreender se as percepções dos cuidadores acerca da dependência e autonomia da pessoa idosa, exercem impacto sobre a qualidade das relações que estabelecem com os idosos de quem cuidam.

### **2.3. Questões de investigação**

As questões de investigação deste estudo prendem-se com os objetivos específicos acima referidos, sendo estas:

- a. Quais as percepções que vários grupos de cuidadores de idosos dependentes têm acerca da dependência da pessoa idosa?
- b. Quais as percepções que vários grupos de cuidadores de idosos dependentes têm acerca da autonomia da pessoa idosa?
- c. As percepções acerca da dependência e autonomia da pessoa idosa, que os cuidadores têm, exercem impacto sobre os cuidados que prestam aos idosos de quem cuidam?
- d. As percepções acerca da dependência e autonomia de idosos, que os cuidadores têm,

exercem impacto sobre as ações de estimulação da autonomia dos idosos de quem cuidam?

e. As percepções que os cuidadores revelam ter acerca da dependência e autonomia da pessoa idosa, exercem impacto sobre a qualidade das relações que estabelecem com os idosos de quem cuidam?

### 3. Amostra

A amostra do estudo é constituída por 28 participantes, todos residentes no Grande Porto e com idades compreendidas entre os 30 e os 72 anos de idade.

A investigação teve como base a realização de seis *focus groups*, cujo único critério de inclusão foi “ser cuidador de idoso/s dependente/s”. O recrutamento dos participantes foi feito através de contactos telefónicos e contactos presenciais.

Cada um destes 28 participantes está integrado num dos seguintes seis *focus groups*. A constituição dos grupos foi a seguinte:

- Grupo dos Enfermeiros de Contexto Geriátrico: dois homens e duas mulheres.
- Grupo dos Cônjuges de Idosos Dependentes: quatro mulheres.
- Grupo dos Gestores de Lares de Terceira Idade: quatro mulheres.
- Grupo dos Filhos/Irmãos/Genros/Noras/Cunhados de Idosos Dependentes: três mulheres e dois homens.
- Grupo dos Auxiliares de Serviços Gerais de Geriatria: seis mulheres.
- Grupo dos Técnicos Especializados no Tratamento de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário: cinco mulheres.

Existiram algumas dificuldades na organização dos grupos, destacando-se a questão dos *timings*. Não foi tarefa fácil conseguir reunir todos os elementos do grupo à mesma hora e no mesmo local, uma vez que todos tinham os seus compromissos. Exigiu várias combinações e descombinações, telefonemas e envio de alguns e-mails. Contudo, esta é uma dificuldade facilmente encontrada quando se trata da recorrência a *focus groups*.

#### 4. Instrumento e procedimento de recolha de dados

Tendo em conta os objetivos deste estudo, a presente investigação engloba uma abordagem qualitativa com recurso à técnica *focus groups*, ou grupos de discussão, uma vez que, segundo Veiga e Gondim (2001), a utilização de *focus groups* serve de recurso para a compreensão da construção de perceções, atitudes e representações sociais de grupos de pessoas (Veiga & Gondim, 2001, cit in Gondim, 2003).

O *focus group* é muito utilizado na área da pesquisa social uma vez que, reflete construções sociais atuais num *setting* absolutamente naturalista (Finch e Lewis, 2003). Este tipo de metodologia promove a interação entre os participantes de cada grupo, conseguindo que estes exponham os seus diversos pontos de vista e partilhem experiências e opiniões acerca de uma determinada temática, potenciando, assim, uma discussão em grupo (Finch & Lewis, 2003).

Morgan (1997) percepciona esta interação entre os membros do grupo como uma sinergia, pois, ao trabalharem em conjunto, as interações que geram enquanto grupo são utilizadas para dar origem a dados e *insights* importantes para a investigação em vigor (Morgan, 1997, cit in. Finch & Lewis, 2003).

Este método fomenta ainda a escuta ativa dos participantes entre si e a conseqüente reflexão daquilo que ouviram, levando os indivíduos a colocarem questões ao grupo com o objetivo de clarificar as suas crenças e asserções, e refinarem as suas respostas individuais (Finch & Lewis, 2003).

No presente estudo optou-se pela realização de *focus groups* com o objetivo de reunir o maior número de testemunhos de uma só vez, e proceder à análise das opiniões dos vários participantes que são homogéneos numa característica: são todos cuidadores de idosos dependentes.

Procedeu-se à elaboração prévia de um guião de entrevista, especificamente construído para os *focus groups*, que serviu de instrumento de recolha de dados. O guião é constituído por cinco questões que deram origem a tópicos de discussão relativos aos objetivos delineados para este estudo. O mesmo encontra-se na página seguinte.

**Quadro 1:**  
*Guião de Entrevista*

<b>Guião de Entrevista</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1- Pensando em pessoas idosas, o que significa “ser dependente”?</li><li>2- Pensando em pessoas idosas, o que significa “autónomo”?</li><li>3- Até que ponto é que as opiniões que temos acerca da dependência e da autonomia em pessoas idosas, podem estar a afetar o modo como cuidamos dessas pessoas?</li><li>4- Em que aspetos é que as vossas considerações acerca do que é “ser autónomo” e do que é “ser dependente” influenciam a forma como se relacionam com as pessoas idosas de quem cuidam?</li><li>5- Que tipo de atividades costumam fazer, ou consideram que seria pertinente fazerem, para estimular os idosos dependentes a ganhar mais autonomia?</li></ol>

No momento da recolha de dados todos os processos éticos e deontológicos foram tidos em conta. Antes do início de cada uma das entrevistas, cada um dos participantes assinou o documento do “Consentimento Informado” (**Anexo 1**). Através deste, tomou conhecimento acerca do objetivo principal deste estudo, e consentiu, através da sua assinatura, que as entrevistas fossem gravadas em formato áudio para serem, posteriormente, transcritas para efeitos de análise e tratamento de dados.

As cinco questões colocadas eram de tipo aberto, de modo a englobar o maior número de variáveis e dar origem ao máximo de verbalizações possível.

A escolha das questões do guião da entrevista foi feita de acordo com a revisão bibliográfica feita para o fim desta investigação, dando assim origem às cinco categorias que foram criadas. Cada uma reflete um dos objetivos específicos deste estudo.

As categorias são as seguintes:

Categoria 1: Perceções de Dependência da Pessoa Idosa (compreender ao máximo quais são as perceções e os significados que os cuidadores de idosos dependentes atribuem ao tópico “dependência”).

Categoria 2: Perceções de Autonomia da Pessoa Idosa (compreender quais são as perceções e os significados que os cuidadores de idosos dependentes atribuem ao tópico “autonomia”).

Categoria 3: Impacto das Perceções de Autonomia e Dependência de Idosos sobre os Cuidados Prestados (averiguar se as perceções de autonomia e dependência dos cuidadores de

idosos dependentes exercem impacto na forma de lhes prestar cuidados, e em que aspetos).

Categoria 4: Impacto das Percepções de Autonomia e Dependência de Idosos sobre a Qualidade das Relações Estabelecidas (aprofundar se as percepções de autonomia e dependência dos cuidadores de idosos dependentes exercem impacto sobre as relações que os cuidadores mantêm com os idosos, e em que aspetos).

Categoria 5: Ações de Estimulação Desenvolvidas com o Objetivo de Promover Algum Grau de Autonomia do Idoso Dependente (averiguar se os cuidadores promovem algum tipo de estimulação da autonomia dos idosos dependentes de quem cuidam, e através de que tipo de atividades)

#### 4.1. Tratamento e análise de dados

Seguindo a perspectiva de Bardin (2008), a análise de conteúdo deve obedecer a três fases, os quais foram seguidos nesta investigação.

Na primeira fase, também conhecida por *pré-análise*, foram transcritas as entrevistas obtidas através da concretização dos *focus groups*.

A segunda fase, denominada por Bardin (2008) como a fase da *exploração do material*, prendeu-se nessa mesma exploração, elaborando-se categorias (neste estudo, as categorias foram criadas previamente, antes da realização dos *focus groups*, sendo as mesmas, representativas dos objetivos específicos deste estudo, e indicadores onde são transcritas frases ou excertos de frases que constituíram o discurso dos participantes, e posteriormente, codificadas enquanto unidades de texto. Os indicadores foram sendo criados antes e depois da realização dos *focus groups*, correspondendo a tópicos que eram pertinentes explorar, ou cuja exploração se foi tornando pertinente, mediante o decorrer das entrevistas. Eis a grelha dos nossos indicadores com a sua respetiva definição:

#### **Quadro 2:** *Definição dos Indicadores*

---

Categoria 1: Percepções de Dependência da Pessoa Idosa

---

<b>Indicador 1.1</b>	<b>Dependência Física com algum Grau de Autonomia</b> Perda de autonomia física parcial que leva o idoso a precisar de algum tipo de recurso instrumental.
<b>Indicador 1.2</b>	<b>Dependência Física sem Comprometimento Cognitivo</b> A dependência física não compromete as principais funções cognitivas: percepções, atenção, memória, linguagem e funções executivas.
<b>Indicador 1.3</b>	<b>Dependência Física com Comprometimento Cognitivo</b> A dependência física compromete as principais funções cognitivas.

- Indicador 1.4**                    **Dependência de Outrem**  
A dependência resulta na necessidade de apoio de terceiros.
- Indicador 1.5**                    **Deterioração Cognitiva e Dependência Física**  
A deterioração das principais funções cognitivas resulta na dependência física da pessoa idosa.
- Indicador 1.6**                    **Dependência e Incapacidade**  
O idoso é incapaz de realizar as suas AVD.
- Indicador 1.7**                    **Dependência e Impacto Negativo no Bem-Estar do Cuidador**  
O cuidador do idoso dependente experiencia sentimentos negativos e perturbações mentais face à prestação de cuidados.
- 

Categoria 2: Perceções de Autonomia da Pessoa Idosa

---

- Indicador 2.1**                    **Autonomia e Realização das Atividades de Vida Diárias**  
Capacidade do idoso para satisfazer as suas necessidades básicas, tais como: vestir-se, fazer a sua higiene, alimentar-se, gerir a própria medicação.
- Indicador 2.2**                    **Autonomia Cognitiva**  
Manutenção das principais funções cognitivas: percepção, memória, atenção, linguagem, funções executivas.
- Indicador 2.3**                    **Autonomia e Iniciativa**  
Idoso autónomo como alguém que possui iniciativa própria para tomar decisões sobre aspetos da sua vida.
- 

Categoria 3: Impacto das Perceções de Autonomia e Dependência de Idosos sobre os Cuidados Prestados

---

- Indicador 3.1**                    **Dependência e Aumento da Exigência de Cuidados**  
O idoso dependente necessita de mais cuidados e de cuidados exigentes comparativamente ao idoso autónomo.
- Indicador 3.2**                    **Autonomia e Tempo Investido nos Cuidados**  
Quando o idoso é autónomo os cuidadores não percebem a necessidade de despende tempo aos seus cuidados.
- Indicador 3.3**                    **Dependência e Autonomia: igual forma de prestar cuidados**  
O idoso é cuidado da mesma forma pelo cuidador quer seja dependente ou autónomo.
- Indicador 3.4**                    **Dependência e Autonomia**  
Diferenciação no tipo de cuidados prestados.
- 

Categoria 4: Impacto das Perceções de Autonomia e Dependência de Idosos sobre a Qualidade das Relações Estabelecidas

---

- Indicador 4.1**                    **Diferenças nos Relacionamentos com Idosos Dependentes e com Idosos Autónomos**  
As relações estabelecidas entre os cuidadores e os idosos, diferem nos casos em que os últimos são dependentes ou autónomos.

<b>Indicador 4.2</b>	<b>Idoso Dependente e Maior Investimento nas Relacionamentos</b> Em situações de dependência do idoso, os seus cuidadores tendem a aproximar-se mais dele e a criar mais vínculos afetivos, por exemplo: conversam mais.
<b>Indicador 4.3</b>	<b>Autonomia e Baixa Investimento nos Relacionamentos</b> Os cuidadores tendem a não se aproximar muito, a não se relacionar, e a não criar vínculos afetivos com os idosos autônomos, por exemplo: não conversam muito nem lhes dão muita atenção.
<b>Indicador 4.4</b>	<b>Dependência e Infantilização</b> Os cuidadores infantilizam o idoso quando este se encontra dependente, utilizando frases do gênero: “Minha princesa, vamos papar a sopinha toda!”.
<b>Indicador 4.5</b>	<b>Dependência e Autonomia, Igual Tipo de Relacionamento</b> Os cuidadores relacionam-se da mesma forma com um idoso dependente e com um idoso autônomo, por exemplo: dão-lhes a mesma atenção.

---

Categoria 5: Ações de Estimulação Desenvolvidas com o Objetivo de Promover Algum Grau de Autonomia do Idoso Dependente

---

<b>Indicador 5.1</b>	<b>Estimulação da Autonomia</b> O cuidador desenvolve atividades que promovam a manutenção da autonomia do idoso autônomo, ou o aumento da autonomia do idoso dependente.
<b>Indicador 5.2</b>	<b>Desejo de Estimular e Falta de Tempo</b> Embora o desejem fazer e reconheçam a importância da estimulação da autonomia, os cuidadores acabam por não a ter em conta, por não terem tempo para tal.
<b>Indicador 5.3</b>	<b>Fraca Estimulação e Sentimento de Culpa</b> Os cuidadores reconhecem a importância da estimulação da autonomia do idoso, no entanto, sentem-se culpados por raramente ou nunca o fazerem.
<b>Indicador 5.4</b>	<b>Fazer Tudo pelo Idoso</b> Para poupar e rentabilizar o seu tempo, o cuidador acaba por fazer pelo idoso, atividades que este poderia executar por si, acabando por não estimular a sua autonomia e potenciar a sua dependência.

A última fase diz respeito ao *tratamento dos resultados, inferência e interpretação*. Nesta altura, procedemos ao tratamento dos resultados obtidos através da realização de tabelas no computador, que levaram a inferências e às suas conseqüentes interpretações.

Para cada uma das categorias foram criadas duas tabelas: numa primeira tabela foram transcritas frases ou excertos de frases do discurso dos participantes, sendo codificadas enquanto *unidades de texto*, e agrupadas segundo o/os *indicadore/s* a que pertencia/m. Desta forma, a visualização daquilo que foi “dito” da parte de cada um dos *focus groups* tornou-se mais legível (**Anexo 2**); numa segunda tabela passou-se à contagem das unidades de texto por indicador e por grupo, e à contagem total de todas as unidades de texto de todos os grupos, por indicador (as mesmas serão apresentadas mediante a descrição dos resultados). Por exemplo:

para o Grupo dos Enfermeiros foram codificadas seis unidades de texto para o Indicador 1.2, então foi colocado o número 6. Na alínea do “Total de Unidades de Texto” somaram-se as frequências de unidades de texto dos seis grupos, ou seja:  $0+0+0+2+2+6=10$ , portanto, ao todo, os seis grupos fizeram dez referências que refletem o Indicador 1.2.. Desta forma, tornou-se possível comparar os grupos entre si, por indicador, ou seja, perceber qual o grupo que se expressou mais ou menos em relação a um tópico, e também, foi possível perceber, sobre que indicadores os grupos, na sua totalidade, se expressaram mais ou menos.

## IV RESULTADOS

### 1. Descrição dos resultados

**Quadro 3:**

*Total de Unidades de Texto por Grupo Referentes à Categoria 1 – Percepções de Dependência da Pessoa Idosa*

	<b>Ind. 1.1</b>	<b>Ind. 1.2</b>	<b>Ind. 1.3</b>	<b>Ind. 1.4</b>	<b>Ind. 1.5</b>	<b>Ind. 1.6</b>	<b>Ind. 1.7</b>
Grupo dos Auxiliares de Serviços Gerais de Geriatria	1	0	0	10	0	0	0
Grupo dos Cônjugues	0	0	0	5	0	2	0
Grupo dos Filhos/Irmãos/Genros/Noras/Cunhados	0	0	0	6	0	1	7
Grupo dos Gestores de Lares de Idosos	2	1	2	2	2	3	0
Grupo dos Técnicos especializados no Tratamento de Pessoas Idosas Dependentes em Contexto Domiciliário	1	0	0	4	2	0	0
Grupo dos Enfermeiros de Contexto Geriátrico	7	0	0	2	3	0	0
<b>Total de Unidades de Texto</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>29</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>7</b>

Segundo o Quadro 3, referente à Categoria 1 (Percepções de Dependência da Pessoa Idosa), podemos verificar que relativamente ao Grupo dos Auxiliares de Serviços Gerais de Geriatria, se regista uma Unidade de Texto (UT) no indicador 1.1 (Dependência Física com algum Grau de Autonomia), zero UT nos indicadores 1.2 (Dependência Física sem Comprometimento Cognitivo), 1.3 (Dependência Física com Comprometimento Cognitivo), 1.5 (Deterioração Cognitiva e Dependência Física), 1.6 (Dependência e Incapacidade) e 1.7 (Dependência e Impacto Negativo no Bem-Estar do Cuidador), e dez UT no indicador 1.4 (Dependência de Outrem).

O Grupo dos Cônjugues apresenta zero UT nos indicadores 1.1, 1.2, 1.3, 1.5 e 1.7, cinco UT no indicador 1.4, e duas UT no indicador 1.6.

Relativamente ao Grupo dos Filhos/Irmãos/Genros/Noras/Cunhados podemos verificar tem zero UT nos indicadores 1.1, 1.2, 1.3 e 1.5, seis UT no indicador 1.4, uma UT no indicador 1.6, e sete UT nos indicador 1.7.

No Grupo dos Gestores de Lares de Idosos, confirmamos a existência de duas UT nos indicadores 1.1, 1.3, 1.4 e 1.5, uma UT no indicador 1.2, três UT no indicador 1.6, e zero UT no indicador 1.7.

Em relação ao Grupo dos Técnicos especializados no Tratamento de Pessoas Idosas Dependentes em Contexto Domiciliário, concluímos que existe uma UT no indicador 1.1, zero UT nos indicadores 1.2, 1.3, 1.6 e 1.7, quatro UT no indicador 1.4, e duas UT no indicador 1.5 .

O Grupo dos Enfermeiros de Contexto Geriátrico tem sete UT no indicador 1.1, zero UT nos indicadores 1.2, 1.3, 1.6 (Dependência e Incapacidade) e 1.7, duas UT no indicador 1.4 e três UT no indicador 1.5.

Podemos confirmar que existe um total de UT de onze para o indicador 1.1, uma para o indicador 1.2, duas para o indicador 1.3, 29 para o indicador 1.4, cinco para o indicador 1.5, cinco para o indicador 1.6, e sete para o indicador 1.7.

**Quadro 4:**

*Total de Unidades de Texto por Grupo Referentes à Categoria 2 – Percepções de Autonomia da Pessoa Idosa*

	<b>Ind. 2.1</b>	<b>Ind. 2.2</b>	<b>Ind. 2.3</b>
Grupo dos auxiliares de serviços gerais de Geriatria	7	0	5
Grupo dos Cônjugues	6	0	2
Grupo dos filhos/Irmãos/Genros/Noras/Cunhados	3	0	5
Grupo dos Gestores de Lares de Idosos	8	0	0
Grupo de Técnicos especializados no Tratamento de Pessoas Idosas Dependentes em Contexto Domiciliário	4	2	2
Grupo de Enfermeiros de Contexto Geriátrico	3	1	6
<b>Total de Unidades de Texto</b>	<b>31</b>	<b>3</b>	<b>20</b>

Segundo o Quadro 4, relativo à Categoria 2 (Percepções de Autonomia da Pessoa Idosa), podemos confirmar que existem sete UT no indicador 2.1 (Autonomia e Realização das Atividades de Vida Diárias), zero UT no indicador 2.2 (Autonomia Cognitiva) e cinco UT no indicador 2.3 (Autonomia e Iniciativa), no que diz respeito ao Grupo dos Auxiliares de Serviços Gerais de Geriatria.

Em relação ao Grupo dos Cônjugues, podemos verificar que existem seis UT no indicador 2.1, zero UT no indicador 2.2 e duas UT no indicador 2.3.

De seguida, podemos concluir que para o Grupo dos Filhos/Genros/Noras/Cunhados existem três UT no indicador 2.1, zero UT no indicador 2.2 e cinco UT no indicador 2.3.

Relativamente ao Grupo dos Gestores de Lares de Idosos, verificamos que existem oito UT relativas ao indicador 2. e zero UT no que diz respeito aos indicadores 2.2 e 2.3.

O Grupo dos Técnicos Especializados no Tratamento de Pessoas Idosas Dependentes em Contexto Domiciliário apresenta quatro UT no indicador 2.1 e duas UT nos indicadores 2.2 e 2.3.

No que concerne ao Grupo dos Enfermeiros de Contexto Geriátrico, podemos verificar que existem três UT para o indicador 2.1, uma UT para o indicador 2.2, e seis UT para o indicador 2.3.

Podemos confirmar que existe um total de 31 UT para o indicador 2.1, três UT para o indicador 2.2 e 20 UT para o indicador 2.3.

**Quadro 5:**

*Total de Unidades de Texto por Grupo Referentes à Categoria 3- Impacto das Percepções de Autonomia e Dependência de Idosos sobre os Cuidados Prestados*

	<b>Ind. 3.1</b>	<b>Ind. 3.2</b>	<b>Ind. 3.3</b>	<b>Ind. 3.4</b>
Grupo dos Auxiliares de Serviços Gerais de Geriatria	1	2	1	1
Grupo dos Cônjugues	5	1	0	1
Grupo dos Filhos/Irmãos/Genros/Noras/Cunhados	2	0	0	4
Grupo dos Gestores de Lares de Idosos	2	0	2	7
Grupo dos Técnicos Especializados no Tratamento de Pessoas Idosas Dependentes em Contexto Domiciliário	5	0	4	0
Grupo dos Enfermeiros de Contexto Geriátrico	1	3	0	0
<b>Total de Unidades de Texto</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>13</b>

Segundo o Quadro 5 relativo à Categoria 3 ( Impacto das Percepções de Autonomia e Dependência de Idosos sobre os Cuidados Prestados) podemos verificar a existência de uma UT nos indicadores 3.1 (Dependência e Aumento da Exigência de Cuidados), 3.3 (Dependência e Autonomia: Igual Forma de Prestar Cuidados) e 3.4 (Dependência e Autonomia), e duas UT no indicador 3.2 (Autonomia e Tempo Investido nos Cuidados), no que concerne ao Grupo dos Auxiliares de Serviços Gerais de Geriatria.

Por outro lado, no que diz respeito ao Grupo dos Cônjugues, podemos confirmar que existem cinco UT no indicador 3.1, uma UT nos indicadores 3.2 e 3.4, e zero UT no indicador 3.3.

Em relação ao Grupo dos Filhos/Irmãos/Genros/Noras/Cunhadoss, confirma-se que existem duas UT no indicador 3.1, zero UT nos indicadores 3.2 e 3.3, e quatro UT no indicador 3.4. Passando ao grupo dos Gestores de Lares de Idosos, podemos verificar que existem duas UT nos indicadores 3.1 e 3.3, zero UT no indicador 3.2, e sete UT no indicador 3.4.

Relativamente ao grupo dos Técnicos Especializados no Tratamento de Pessoas Idosas Dependentes em Contexto Domiciliário, podemos concluir que existem cinco UT no indicador 3.1, zero UT nos indicadores 3.2 e 3.4, e quatro UT no indicador 3.3.

Quanto ao Grupo dos Enfermeiros do Contexto Geriátrico, podemos verificar que existe uma UT no indicador 3.1, três UT no indicador 3.2 e zero UT nos indicadores 3.3 e 3.4.

Podemos concluir que existe um total de 16 UT para o indicador 3.1, seis UT para o indicador 3.2, sete UT para o indicador 3.3 e 13 UT para o indicador 3.4.

**Quadro 6:**

*Total de Unidades de Texto por Grupo Referentes à Categoria 4 – Impacto das Perceções de Autonomia e Dependência de Idosos sobre os Cuidados Prestados*

	<b>Ind. 4.1</b>	<b>Ind. 4.2</b>	<b>Ind. 4.3</b>	<b>Ind. 4.4</b>	<b>Ind. 4.5</b>
Grupo dos Auxiliares de Serviços Gerais de Geriatria	3	3	0	1	0
Grupo dos Cônjugues	6	3	1	1	0
Grupo dos Filhos/Irmãos/Genros/Noras/Cunhados	3	3	0	1	0
Grupo dos Gestores de Lares de Idosos	4	3	2	0	6
Grupo dos Técnicos Especializados no Tratamento de Pessoas Idosas Dependentes em Contexto Domiciliário	1	0	0	1	4
Grupo dos Enfermeiros de Contexto Geriátrico	2	0	1	2	0
<b>Total de Unidades de Texto</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>10</b>

Segundo o Quadro 6 relativamente à Categoria 4 (Impacto das Perceções de Autonomia e Dependência de Idosos sobre os Cuidados Prestados), podemos verificar que existem três UT nos indicadores 4.1 (Diferenças nos Relacionamentos com Idosos Dependentes e com Idosos Autónomos) e 4.2 (Idoso Dependente e Maior Investimento nos Relacionamentos), no que diz respeito ao grupo dos Auxiliares de Serviços Gerais de Geriatria. O mesmo grupo apresenta zero UT nos indicadores 4.3 (Autonomia e Baixo Investimento nos Relacionamentos) e 4.5 (Dependência e Autonomia, Igual tipo de Relacionamento), e uma UT no indicador 4.4 (Dependência e Infantilização).

O grupo dos Cônjugues apresenta seis UT no indicador 4.1, três UT no indicador e 4.2, uma UT nos indicadores 4.3 e 4.4, e zero UT no indicador 4.5.

Em relação ao Grupo dos Filhos/Irmãos/Genros/Noras/Cunhados, podemos verificar que existem três UT nos indicadores 4.1 e 4.2, zero UT nos indicadores 4.3 e 4.5, e uma UT no indicador 4.4.

Relativamente ao grupo dos Gestores de Lares de Idosos, podemos confirmar que existem quatro UT no indicador 4.1, três UT no indicador 4.2, duas UT no indicador 4.3, zero UT no indicador 4.4, e seis UT no indicador 4.5.

No grupo dos Técnicos Especializados no Tratamento de Pessoas Idosas Dependentes em Contexto Domiciliário podemos verificar que existe uma UT nos indicadores 4.1 e 4.4, zero UT nos indicadores 4.2 e 4.3, e quatro UT no indicador 4.5.

No que diz respeito ao Grupo dos Enfermeiros de Contexto Griátrico podemos concluir que existem duas UT nos indicadores 4.1 e 4.4, zero UT nos indicadores 4.2 e 4.5, e uma UT no indicador 4.3. Podemos concluir que o indicador 4.1(Diferenças nos Relacionamentos com Idosos Dependentes e com Idosos Autónomos) apresenta um total de 19 UT, o indicador 4.2 (Idoso Dependente e Maior Investimento nos Relacionamentos) de 12 UT, o indicador 4.3 (Autonomia e Baixo Investimento nos Relacionamentos) de quatro UT, o indicador 4.4 (Dependência e Infantilização) de seis UT e o indicador 4.5 (Dependência e Autonomia, Igual tipo de Relacionamento) de 10 UT.

**Quadro 7:**

*Total de Unidades de Texto por Grupo Referentes à Categoria 5- Ações de Estimulação Desenvolvidas com o Objetivo de Promover algum Grau de Autonomia do Idoso Dependente*

	<b>Ind. 5.1</b>	<b>Ind. 5.2</b>	<b>Ind. 5.3</b>	<b>Ind. 5.4</b>
Grupo dos Auxiliares de Serviços Gerais de Geriatria	4	2	3	5
Grupo dos Cônjugues	2	2	1	4
Grupo dos Filhos/Irmãos/Genros/Noras/Cunhados	0	2	0	3
Grupo dos Gestores de Lares de Idosos	2	2	0	0
Grupo dos Técnicos Especializados no Tratamento de Pessoas Idosas Dependentes em Contexto Domiciliário	4	0	0	1
Grupo dos Enfermeiros de Contexto Geriátrico	2	3	0	1
<b>Total de Unidades de Texto</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>14</b>

No Quadro 7 referente à Categoria 5 (Ações de Estimulação Desenvolvidas com o Objetivo de Promover Algum Grau de Autonomia do Idoso Dependente), registam-se em relação ao Grupo dos Auxiliares de Serviços Geriátricos, quatro UT no indicador 5.1 (Estimulação e Autonomia), duas UT no indicador 5.2 (Desejo de Estimular e Falta de Tempo), três UT no indicador 5.3 (Fraca Estimulação e Sentimento de Culpa) e cinco UT no indicador 5.4 (Fazer Tudo pelo Idoso).

Em relação ao grupo dos Cônjugues podemos verificar que existem duas UT nos indicadores 5.1 e 5.2. No mesmo grupo existe uma UT para o indicador 5.3 e quatro UT para o Indicador 5.4.

Passando ao Grupo dos Filhos/irmãos/Genros/Noras/Cunhados, concluímos que existem zero UT nos indicadores 5.1 e 5.3, duas UT no indicador 5.2, e três UT no indicador 5.4.

Relativamente ao Grupo dos Gestores de Lares de Idosos, podemos confirmar que existem duas UT para os indicadores 5.1 e 5.2. O grupo apresenta ainda zero UT para os indicadores 5.3 e 5.4.

No Grupo dos Técnicos Especializados no Tratamento de Pessoas Idosas Dependentes em contexto Domiciliário verificamos a existência de quatro UT para o indicador 5.1, zero UT para os indicadores 5.2 e 5.3, e uma UT para o indicador 5.4.

No Grupo dos Enfermeiros de Contexto Geriátrico, encontramos duas UT para o indicador 5.1 (Estimulação e Autonomia), três UT para o indicador 5.2, zero UT para o Indicador 5.3 e uma UT para o indicador 5.4.

Podemos verificar, que no total, existem 14 UT para o indicador 5.1, 11 UT para o indicador 5.2, quatro UT para o indicador 5.3, e 14 UT para o indicador 5.4.

## **2. Discussão dos resultados e conclusões**

### **2.1 Perceções de dependência da pessoa idosa**

Em relação à Categoria 1, que se refere às Perceções de Dependência da Pessoa Idosa, podemos concluir que no Grupo dos Auxiliares de Serviços Gerais de Geriatria é o indicador 1.4 que se sobressai com dez UT (e.g. “Precisar de nós para tudo, para dar de comer, para os ajudar...”, “...é aquele que depende na vida de outros, de terceiros”), seguido do indicador 1.1 com uma UT (e.g. “...pedem para a gente lhes dar a comida à boca.”). Este dado remete-nos para a conclusão de que este grupo percebe a dependência da pessoa idosa, essencialmente, como a necessidade que esta tem de ter apoio de terceiros e, também, como uma perda de autonomia física parcial que leva o idoso a precisar de algum tipo de recurso instrumental.

No Grupo dos Cônjugues, verificamos que se realçam o indicador 1.4 com cinco UT (e.g. “Dependente é precisar de tudo e de todos, é dar trabalho a toda a gente porque a pessoa não consegue fazer as coisinhas por si.”, “Quando são dependentes é preciso fazer tudo, dar o comer, vesti-los, dar-lhes banho, até a barba tenho que desfazer ao meu marido.”), seguindo-se o indicador 1.6 com duas UT (e.g. “Dependente é não conseguir fazer nadinha. Está a ver um bebé? Pior que isso... Um bebé a gente ainda ensina e cresce e faz tudo, num velho é ao contrário...cada vez dá mais trabalho.”, “Dependente é precisar de tudo e de todos, é dar trabalho a toda a gente porque a pessoa não consegue fazer as coisinhas por si.”). A última afirmação leva-nos a concluir que o Grupo dos Cônjugues considera que a dependência da pessoa idosa significa, principalmente, necessitar do apoio de outrem/terceiros, mas também, a incapacidade da parte do idoso para realizar as suas AVD.

Relativamente ao Grupo dos Filhos/Irmãos/Genros/Noras/Cunhados, salienta-se a frequência de sete UT no indicador 1.7 (e.g. “...é triste para eles e é triste para nós.”, “Desde que ele está dependente que eu tenho andado mal da minha cabeça”) e seis UT no indicador 1.4. (e.g. “Não consegue fazer nada sozinho, depende de toda a gente ou de lares.”, “...pessoa que

não consegue fazer a sua vida por si.”). O grupo também se refere ao indicador 1.5 com uma UT (e.g. “Ela já estava dependente de mim para se vestir, lavar, essas coisas...De repente a cabecinha também começou a ficar mal...e a partir daí, ainda foi muito mais difícil.”). Podemos assim concluir que o Grupo dos Filhos/Irmãos/Genros/Noras/Cunhados, entende a dependência do idoso, fundamentalmente, como o impacto negativo que a mesma exerce no bem-estar do cuidador, e a necessidade que esta acarreta do apoio de terceiros. Também se conclui que o grupo percebe a dependência do idoso como física, resultante da deterioração das principais funções cognitivas.

No que diz respeito ao Grupo de Gestores de Lares de Idosos, podemos assumir que existe alguma uniformidade na quantidade de UT nos indicadores 1.1 (e.g. “Há pessoas que andam e dependem de cadeiras de rodas e são completamente autónomas ao mesmo tempo.”), 1.2 (e.g.) “Há pessoas que andam e dependem de cadeiras de rodas e são completamente autónomas ao mesmo tempo.”), 1.3 (e.g. “...pessoas são dependentes quando precisam de alguém para satisfazer as suas necessidades), 1.4 (e.g. “é uma pessoa não conseguir lavar-se sozinha, vestir-se sozinha, fazer a refeição, não conseguir assegurar a sua vida diária.”), 1.5 (“Além da dependência que existe para os cuidados diários, há também a necessidade emocional”, “Muitas vezes estão mal mentalmente e ficam mal para o resto todo.”) e 1.6 (e.g. “Significa não conseguir assegurar as suas AVD.”), uma vez que cada um destes indicadores tem entre uma e três UT. Este resultado remete-nos para a conclusão de que, de uma forma genérica, o grupo de Gestores de Lares de Idosos percebe a dependência do idoso como um fator que o incapacita de realizar as suas AVD, e o leva a necessitar do apoio de terceiros. Consideram a dependência do idoso, quando física, como uma perda da autonomia física parcial que o leva a necessitar de algum tipo de recurso instrumental, podendo comprometer as suas funções cognitivas (e.g. percepções, atenção, memória, linguagem e funções cognitivas) e levar à deterioração das mesmas.

Quanto ao Grupo dos Técnicos Especializados no Tratamento de Pessoas Idosas Dependentes em Contexto Domiciliário, podemos verificar que o número mais elevado de UT se verifica no indicador 1.4 (e.g. “...depende da terceira pessoa para tudo.”, “...precisa de ajuda para tudo.”), havendo também algumas UT relativas aos indicadores 1.1 (e.g. “...aquele que já vai perdendo as capacidades motoras, físicas...”) e 1.5 (e.g. “O idoso pode estar bem aparentemente, mas na cabeça não estar bem e aí também é uma dependência.”). Deste modo, podemos inferir que o Grupo dos Técnicos Especializados no Tratamento de Pessoas Idosas Dependentes em Contexto Domiciliário tem a percepção de que a dependência do idoso passa, principalmente, pela necessidade que este tem do apoio de terceiros, bem como a noção de que a dependência física resulta na perda de autonomia física parcial do idoso, levando-o a necessitar de algum tipo de recurso instrumental e podendo causar a deterioração das principais funções cognitivas.

No que concerne ao Grupo dos Enfermeiros de Contexto Geriátrico, podemos observar que a maioria das UT (sete UT) se encontra no indicador 1.1 (e.g. “Precisa de algum apoio, pessoa, instrumento...”, “Pode depender de um andador para andar mas ser autónomo para o resto.”), havendo também três UT relativas ao indicador 1.5 (e.g. “Se o idoso aparenta problemas psíquicos, é óbvio que o seu grau de dependência vai aumentar.”) e duas relativas ao indicador 1.4 (e.g. “Dependente é aquele idoso que precisa de alguém, de cuidadores que lhe prestem cuidados, pode ser para o acompanhar, alimentá-lo, vesti-lo.”).

Estes dados apontam para a perceção de grupo dos Enfermeiros de Contexto Geriátrico relativamente à dependência do idoso, como algo essencialmente físico, e que leva à perda de autonomia física e conseqüente necessidade de algum recurso instrumental. Também encaram a dependência do idoso como capaz de comprometer as suas funções cognitivas, e de levar à dependência de outrem.

De uma forma geral, podemos concluir que foi o indicador 1.4 o mais referido pelos 6 grupos, com 29 UT no seu total. Este dado permite-nos concluir que os grupos percecionam a dependência da pessoa idosa, em primeiro lugar, como a sua necessidade do apoio de terceiros. Esta conclusão vai de encontro à correlação que Sequeira (2007) faz entre a dependência do indivíduo e a sua dependência de terceiros para sobreviver. Também Caldas (2003) se refere à necessidade de ajuda de terceiros para a realização das AVD como indispensável para um ser dependente.

Seguidamente, o indicador com mais UT no seu total (11UT) foi o 1.1, o que nos permite concluir que os grupos também percecionam a dependência da pessoa idosa como a perda da autonomia física ou parcial que leva o idoso a necessitar de algum tipo de recurso instrumental. Podemos constatar que esta conclusão vai de encontro à definição de dependência do Decreto de Lei n.º 10, de 6 de junho de 2006, segundo o qual, a falta ou perda de autonomia física caracterizam a dependência, e ao estudo de Murabito, Pencina, Zhu, Kelly-Hayes, Shrader e D’Agostino (2008), que defende que o recurso a equipamentos especializados para apoiar a autonomia física do idoso é cada vez mais tido em conta em casos de dependência física.

No indicador 1.7 podemos verificar que existe um total de sete UT. Porém, estas UT provêm unicamente do Grupo dos Filhos/Irmãos/Genros/Noras/Cunhados, o que nos leva a concluir que o mesmo relaciona a dependência do idoso a algo que causa um impacto negativo no seu bem-estar, dando origem a sentimentos negativos e perturbações mentais. A seguinte conclusão reporta-nos ao estudo de Cruz, Loureiro, Silva e Fernandes (2010) que afirma que as famílias cuidadoras de idosos dependentes se prendem com problemas financeiros e falta de vida social. Remete-nos também para o sentimento de carga ou *burden* referido por Pearson, Verma e Nellett (1988), como algo que faz disparar comportamentos disruptivos, *stress* e limitações funcionais nos cuidadores de idosos informais.

Pimenta, Costa, Gonçalves e Alvarez (2009) também se referem ao impacto negativo no bem-estar dos cuidadores, revelando que os mesmos têm tendência a expressar-se relativamente às consequências negativas que o cuidar de um idoso dependente lhes trouxe, principalmente no que concerne à sua vivência social e à sua saúde.

O indicador 1.5, com um total de cinco UT, possibilita-nos inferir que a maioria dos grupos de cuidadores de idosos dependentes consideram que a deterioração das principais funções cognitivas resulta na dependência física da pessoa idosa. Este dado sugere-nos a pertinência da afirmação que Sequeira (2010) fez ao assumir que a dependência surge do aparecimento de um défice que limita a funcionalidade da pessoa, impossibilitando-a de pôr em prática comportamentos ou executar tarefas sem a ajuda de terceiros.

As cinco UT presentes no número total de UT do indicador 1.6, remetem-nos para a conclusão de que, os grupos dos Cônjugues e dos Gestores de Lares de Idosos percecionam o idoso dependente como alguém que é incapaz de realizar as suas AVD. Perante estes resultados, podemos considerar que a mesma estabelece uma ligação direta com o Decreto de Lei n.º 10, de 6 de junho de 2006 que insere a não realização das atividades de vida diárias na sua definição de dependência. Caldas (2003) também se refere à dependência como a necessidade indispensável de ajuda de terceiros do ser dependente para a realização das AVD, bem como Sequeira (2010) que considera que a dependência se relaciona diretamente com a incapacidade do indivíduo para satisfazer as suas AVD.

O Grupo de Gestores de Lares de Idosos foi o único que se expressou relativamente ao indicador 1.3 com 2 UT, o que nos permite concluir que este grupo perceciona que a dependência física compromete as principais funções cognitivas do idoso. Consideramos pertinente relacionar a perceção supracitada com a correlação que a Organização Mundial de Saúde fez em 2010 entre os fatores pessoais, tais como a saúde cognitiva, e o processo de validade e capacidade da pessoa idosa.

Também o Grupo dos Gestores de Lares de Idoso foi o único que, embora pouco, se expressou relativamente ao indicador 1.2 com uma UT. Deste modo, podemos verificar que este grupo é capaz de não associar à dependência física do idoso o comprometimento das suas principais funções cognitivas. Assim, verificamos a existência de uma relação entre a perceção do Grupo dos Gestores de Lares de idosos supracitada e o esclarecimento que Sequeira (2010) faz relativamente ao facto da dependência não envolver obrigatoriamente uma mudança do funcionamento cognitivo e emocional.

## 2.2 Perceções de autonomia da pessoa idosa

Em relação à Categoria 2, que se refere às Perceções de Autonomia da Pessoa Idosa, podemos concluir que nos Grupo dos Auxiliares de Serviços Gerais de Geriatria prevalecem os indicadores 2.1 (e.g. “Fazer a higiene, comer por sua mão...”) e 2.3 (e.g. “...tem capacidade para decidir o que fazer.”)) com cinco e sete UT respetivamente. Assim, podemos perceber que este grupo percebe a autonomia do idoso como a sua capacidade para satisfazer as suas AVD, e ao mesmo tempo para tomar iniciativa sobre aspetos da sua vida.

Em relação ao Grupo dos Cônjugues inferimos que este se manifesta através de seis UT no indicador 2.1 (e.g. “...faz coisas da vida normal”) e duas UT no indicador 2.3 (e.g. “...capaz de levar a sua vidinha, que não precisa de ajuda.”), dado que nos remete para a conclusão que tirámos acima no Grupo dos Auxiliares de Serviços Gerais de Geriatria. Ou seja, também o Grupo dos Cônjugues assume a autonomia do idoso como a sua capacidade para satisfazer as suas AV, sendo simultaneamente capaz de decidir e tomar iniciativa sobre aspetos da sua vida.

O Grupo dos Filhos/Irmãos/Genros/Noras/Cunhados com três UT no indicador 2.1 (e.g. “...ser capaz de suprir as suas necessidades básicas.”) e cinco UT no indicador 2.3 (e.g. “...ainda pensa por si e decide o que quer fazer.”) também nos leva a concluir que o mesmo, encara a autonomia do idoso da mesma forma que os dois grupos acima referidos.

Já o Grupo dos Gestores de Lares de Idosos acaba por só se pronunciar relativamente ao indicador 2.1 (e.g. “pessoa que tem de ter capacidade de vestir-se, de se preparar, de ter os seus cuidados básicos diários, lavar-se, vestir-se...”) por meio de oito UT, o que nos leva a considerar que este grupo assenta na perspectiva de que o idoso autónomo é, acima de tudo, um ser que possui a capacidade de satisfazer as suas necessidades de vida básicas, tais como: vestir-se, fazer a sua higiene, alimentar-se, gerir a sua medicação.

Quando nos confrontamos com o Grupo dos Técnicos Especializados no Tratamento de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário, podemos deduzir através das quatro UT no indicador 2.1 (e.g. “Levantar, vestir-se, tomar o pequeno-almoço por si...”) e das duas UT relativas ao indicador 2.2 (“...mesmo quando já não pode fazer nada, pode estar autónomo.”) e 2.3 (e.g. “Faz tudo, tem capacidades para estar bem.”), que este grupo percebe a autonomia do idoso como, acima de tudo, a sua capacidade para satisfazer as suas AVD, mas também, como a manutenção das principais funções cognitivas, e a existência de iniciativa por parte do idoso para tomar decisões sobre aspetos que dizem respeito à sua vida.

Relativamente ao Grupo dos Enfermeiros de Contexto Geriátrico torna-se possível observar que por meio de três UT no indicador 2.1 (e.g. “Significa conseguir cumprir as suas necessidades básicas.”) uma UT no indicador 2.2 (e.g. “...ser autónomo nas funções cognitivas.”) e seis UT no indicador 2.3 (e.g. “Tudo aquilo que um idoso pensa que quer fazer e faz, dá-lhe um grau de autonomia), que este grupo assume a autonomia do idoso,

essencialmente, como a sua capacidade de tomar iniciativa sobre aspetos da sua vida, mas também, como a conservação das suas principais funções cognitivas, e a sua capacidade para satisfazer as suas necessidades básicas.

Podemos inferir que é o indicador 2.1 que mais se destaca com um total de 31 UT. Esta conclusão permite-nos compreender que os grupos de cuidadores de idosos dependentes encaram a autonomia do idoso, essencialmente como uma capacidade do mesmo para satisfazer as suas necessidades básicas ou AVD, tais como: vestir-se, fazer a sua higiene, alimentar-se, gerir a própria medicação.

Também Sequeira (2010) e Costa, Nakatani e Bachion (2006) se referiram ao conceito de autonomia do idoso como a capacidade do mesmo para cuidar de si, atendendo ao cumprimento das suas AVD, tais como: ser capaz de ir à casa-de-banho, tomar banho, se mover, se vestir, se alimentar, sozinho.

O indicador 2.3 realça-se pelo total de 20 UT e por ter sido referido pela maior parte dos grupos de cuidadores de idosos dependentes. Podemos concluir que, à exceção do Grupo dos Gestores de Lares de Idosos, todos os grupos se pronunciaram relativamente à autonomia do idoso, associando-o à iniciativa do mesmo para tomar decisões sobre aspetos da sua vida. Esta perceção remete-nos para o conceito de autonomia proposto pela Organização Mundial da Saúde (2002) que a define como a capacidade percebida do sujeito para controlar e lidar com situações, podendo tomar decisões sobre a sua vida de acordo com as suas regras e preferências, e, para a consideração de Sequeira (2010) relativamente à autonomia como a capacidade do sujeito para se adaptar ao meio e ser responsável pelas suas condutas ou formas de agir.

Relativamente ao indicador 2.2 podemos verificar que este foi, embora só por dois grupos (Grupo dos Enfermeiros de Contexto Geriátrico e Grupo de Técnicos Especializados no Tratamento de Pessoas Idosas Dependentes em Contexto Domiciliário) referido por meio de 3 UT. Este resultado permite-nos inferir que ambos os grupos assumem a autonomia como a manutenção das principais funções cognitivas (e.g. perceção, memória, atenção, linguagem, funções executivas).

### **2.3. Impacto das perceções de autonomia e dependência de idosos sobre os cuidados prestados**

Em relação à Categoria 3, que se refere ao Impacto das Perceções de Autonomia e Dependência de Idosos sobre os Cuidados Prestados, podemos concluir que através de uma UT nos indicadores 3.1 (e.g. “Uma pessoa mais dependente de nós, temos que estar mais atentas. Temos uma relação de mais atenção para o problema dela...e estarmos mais tempo com ela.”), 3.3 (e.g. “...nós temos que os tratar e cuidar de igual forma.”) e 3.4 (e.g. “A um autónomo não

lhe vais fazer as suas coisinhas!”), e duas UT no indicador 3.2 (e.g. “Claro que perdemos mais tempo com os dependentes do que com os autónomos.”), o Grupo dos Auxiliares de Serviços Gerais de Geriatria confirma que o idoso dependente necessita de mais e de cuidados mais exigentes do que um idoso autónomo, acabando por não perceber a necessidade de despende tempo a cuidar do último, como importante. Conclui-se assim que o grupo diferencia o tipo de cuidados que presta a um idoso dependente e a um idoso autónomo.

O Grupo dos Cônjugues verbalizou-se através dos indicadores 3.1 (e.g. “é tudo diferente, agora preciso de cuidar mais dele...”), 3.2 (e.g. “...com a dependência preciso de estar muito mais tempo ao lado dele e a cuidar dele.”) e 3.4 (e.g. Quando era autónomo não o cuidava.”). Este dado remete-nos para a conclusão que tirámos acima, relativamente ao Grupo dos Auxiliares.

No que concerne ao Grupo dos Filhos/Irmãos/Genros/Noras/Cunhados, podemos concluir que o mesmo se fez expressar por meio de duas UT no indicador 3.1 (e.g. “O idoso com dependência precisa de mais ajuda e cuidados do que um autónomo.”) e quatro UT no indicador 3.4 (e.g. “Varia muito a forma como tratamos dos idosos.”), o que nos permite inferir que o mesmo percebe que a dependência leva ao aumento da quantidade e do nível de exigência de cuidados, existindo portanto uma diferenciação nos cuidados prestados a um idoso autónomo e a um idoso dependente.

O Grupo dos Gestores de Lares de Idosos revela duas UT nos indicadores 3.1 (e.g. “Quanto maior é a dependência maior é a nossa atuação.”) e 3.3 (e.g. “para mim é igual a forma de cuidar de uns e de outros.”), e sete UT no indicador 3.4 (e.g. “A forma de atuar é forçosamente diferente.”), o que nos leva a sugerir que o grupo difere os cuidados que presta a um idoso dependente e a um idoso autónomo, assumindo que o primeiro exige mais cuidados e cuidados mais exigentes comparativamente ao segundo.

Relativamente ao Grupo dos Técnicos Especializados no Tratamento de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário, por meio de cinco UT no indicador 3.1 (e.g. “...o tratamento é diferente.”) e quatro UT no indicador 3.3 (e.g. “Eu cuido da mesma forma.”), podemos constatar que apesar do aumento da exigência que existe nos cuidados a prestar a um idoso dependente, o grupo tenta cuidar dos idosos dependentes e dos idosos autónomos de forma igual.

O Grupo dos Enfermeiros expressou-se através de uma UT no indicador 3.1 (e.g. “Um utente dependente vai exigir mais de mim do que um utente que é autónomo...”) e três UT no indicador 3.2 (e.g. “A intervenção do enfermeiro cresce consoante o grau de dependência do idoso.”), o que reflete que o mesmo percebe que o idoso dependente necessita de mais cuidados e de cuidados mais exigentes, e que deste modo acabam por despende menos tempo a cuidar dos idosos autónomos.

No que diz respeito ao Impacto das Perceções de Autonomia e Dependência de Idosos sobre os Cuidados Prestados, podemos concluir que o indicador 3.1 é o que mais se destaca assumindo um total de 16 UT. Este dado permite-nos assumir que todos os grupos consideraram que o idoso dependente necessita de mais cuidados e de cuidados mais exigentes comparativamente ao idoso autónomo.

No que concerne ao indicador 3.4, podemos inferir que quase todos os grupos se expressaram relativamente a este indicador através de 13 UT. Assim, podemos concluir que a maior parte dos grupos considera que diferencia os cuidados que presta a um idoso dependente e os cuidados que presta a um idoso autónomo.

Metade dos grupos fizeram referência ao indicador 3.3 por meio de 7 UT. Este dado sugere que o grupo dos Gestores de Lares de Idosos, o grupo dos Auxiliares de Serviços Gerais de Geriatria e o Grupo dos Técnicos especializados no Tratamento de pessoas Idosas, tende a cuidar da mesma forma do idoso, quer este seja autónomo, quer seja dependente.

Os grupos de Auxiliares de Serviços Gerais de Geriatria, dos Cônjugues e dos Enfermeiros de Contexto Geriátrico fizeram referência ao indicador 3.2 através de 6 UT. Este dado permite-nos concluir que estes 3 grupos de cuidadores não percecionam a necessidade de depender tempo e cuidar de idosos autónomos.

#### **2.4. Impacto das perceções de autonomia e dependência sobre a qualidade das relações estabelecidas**

No que diz respeito à Categoria 4, que se refere às Perceções de Autonomia e Dependência sobre a Qualidade das Relações Estabelecidas, o Grupo dos Auxiliares de Serviços Gerais de Geriatria apresenta três UT nos indicadores 4.1 (e.g. “O facto de ser dependente ou autónomo afeta muito a maneira como nos damos com eles.”) e 4.2 (e.g. “Eu pessoalmente gosto mais de estar com um idoso que dependa de mim.”), e uma UT no indicador 4.4, (e.g. “Até lhes cantamos músicas de meninos pequeninos para dormir.”), o que nos indica que o mesmo estabelece diferentes tipos de relacionamentos com idosos dependentes e com idosos autónomos, investindo mais nos relacionamentos com os primeiros. Conclui-se também que o grupo tende a infantilizar os idosos dependentes.

Em relação ao Grupo dos Cônjugues podemos verificar que este se refere ao indicador 4.1 (e.g. “...a relação alterou-se muito.”) por meio de seis UT, ao indicador 4.2 (e.g. “...agora dou-lhe mais carinho.”) por meio de três UT e aos indicadores 4.3 (e.g. “...quando era autónomo falávamos menos do que agora.”) e 4.4 (e.g. “Agora faço mais piadinhas...até lhe chamo bebé.”) por meio de uma UT: Este dado remete-nos para a conclusão de que o grupo perceciona que estabelece diferentes tipos de relacionamentos com os idosos, investindo mais nas relações com

os dependentes e pouco nas relações com autónomos. Conclui-se ainda que o grupo tem propensão a infantilizar o idoso dependente.

O Grupo dos Filhos/Irmãos/Genros/Noras/Cunhados possui três UT relativas aos indicadores 4.1 (e.g. “Acabamos por conversar muito mais desde que está dependente.”) e 4.2 (e.g. “Graças à dependência dos meus pais...acabei por me aproximar muito mais deles.”), e uma UT relativa ao indicador 4.4 (e.g. “é diferente. Se os idosos forem autónomos...podemos dizer tudo, falar normalmente. Se forem dependentes, a gente tem que ter cuidado com aquilo que lhes diz.”). Este dado sugere-nos que o mesmo percebe a qualidade das relações que estabelece com um idoso autónomo e com um idoso dependente, da mesma forma que o Grupo dos Auxiliares de Serviços Gerais de Geriatria.

No que diz respeito ao Grupo dos Gestores de Lares de Idosos, podemos concluir que o mesmo se expressa relativamente aos indicadores 4.1 (e.g. “Nós vamos adequar o nosso discurso.”) por meio de quatro UT, 4.2 (e.g. “Dependentes...sobrecarregamos mais a atenção”) por meio de três UT, indicador 4.3 (e.g. “Se vir outro autónomo, não digo nada.”) por meio de duas UT, e ao indicador 4.5 (e.g. “Para mim não é diferente.”) por meio de seis UT. O seguinte resultado remete-nos para a conclusão de que, por um lado o grupo assume que se relaciona de forma diferente com os idosos dependentes e com os idosos autónomos, investindo mais nos relacionamentos com os primeiros. Porém tentam ir contra isto, e manter relações idênticas com ambos.

O Grupo dos Técnicos Especializados no Tratamento de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário verbaliza-se através de uma UT nos indicadores 4.1 (e.g. “...a gente conversava com ele quando era autónomo....A primeira vez que ficou dependente...eu só pensava como é que eu agora ia conversar com ele?”) e 4.4 (e.g. “...vamos levando tudo para a brincadeira.”), e quatro UT no indicador 4.5 (e.g. “Conversamos na mesma com eles, o carinho é exatamente o mesmo.”). Deste modo, podemos inferir que o grupo percebe que existem diferenças nos relacionamentos que estabelecem com idosos dependentes e com idosos autónomos, apesar de tentarem ir contra este aspeto. Assumem também que tendem a infantilizar o idoso em situação de dependência.

Relativamente ao Grupo dos Enfermeiros de Contexto Geriátrico podemos concluir que por meio de duas UT nos indicadores 4.1 (e.g. “Não devia ser mas o relacionamento é diferente.”) e 4.4 (e.g. “No caso do idoso dependente, a tendência é infantilizá-lo...parece o nosso bebé.”), e uma UT no indicador 4.3 (e.g. “Se o idoso é autónomo...pouco ou nada nos relacionamos com ele.”), que o grupo percebe que estabelece diferentes tipos de relacionamentos com os idosos, investindo mais nas relações com os dependentes e pouco nas relações com autónomos. Conclui-se ainda que o grupo tem propensão a infantilizar o idoso dependente.

No que diz respeito ao Impacto das Percepções de Autonomia e Dependência sobre a Qualidade das Relações Estabelecidas, podemos concluir que o indicador 4.1 é o que tem mais UT, o que nos permite inferir que todos os grupos de cuidadores assumem que as relações se estabelecem que estabelecem com idosos dependentes são diferentes das que estabelecem com idosos autónomos.

Relativamente ao indicador 4.2 verifica-se que por meio de 12 UT's, a maioria dos grupos percebe que investe mais nos relacionamentos com pessoas idosas, aproximando-se e criando mais vínculos afetivos com estas (e.g. conversam mais).

Através de 10 UT verificamos que o Grupo dos Gestores de Lares de Idosos e o Grupo dos Técnicos Especializados no Tratamento de Pessoas Idosas Dependentes em contexto domiciliário afirmam não alterar o tipo de relacionamento que estabelecem com um idoso dependente ou um idoso autónomo.

No indicador 4.4 podemos concluir que existem 6 UT, sendo que quase todos os grupos se expressaram relativamente ao mesmo. Este dado remete-nos para a conclusão de que quase todos os grupos tendem a infantilizar o idoso dependente.

Relativamente ao indicador 4.3 podemos assumir que metade dos grupos (Grupo dos Cônjugues, Grupo de Gestores de Lares de Idosos e Grupo dos Técnicos Especializados no Tratamento de Pessoas Idosas Dependentes em Contexto Domiciliário), percebem que quando o idoso é autónomo tendem a baixar o investimento em relacionamentos com o mesmo.

## **2.5. Ações de estimulação desenvolvidas com o objetivo de promover algum grau de autonomia do idoso dependente**

No que diz respeito à Categoria 5 que se refere às Ações de Estimulação Desenvolvidas com o Objetivo de Promover Algum Grau de Autonomia do Idoso Dependente podemos concluir que o Grupo dos Auxiliares de Serviços Gerais de Geriatria se expressa através de quatro UT relativamente ao indicador 5.1 (e.g. "...entrou de cadeira de rodas, e ela hoje veste-se, arranja-se, come sozinha, porque nós a incentivamos e apertamos com ela."), através de duas UT relativamente ao indicador 5.2 (e.g. "Gostaríamos de fazer mais mas é muito difícil."), através de três UT relativamente ao indicador 5.3 (e.g. "A culpa muitas vezes é nossa."), e através de cinco UT relativamente ao indicador 5.4 (e.g. "Eu tinha a mania de fazer tudo...ficou completamente dependente."). Este dado leva-nos a concluir que o grupo desenvolve poucas ações que promovam a estimulação da autonomia do idoso. Reconhecendo que as últimas são importantes, e desejando tê-las em conta, o grupo admite não ter tempo para estimular a autonomia do idoso. A última constatação leva o grupo a sentir-se culpado por fazer pelo idoso aquelas tarefas que ele seria capaz de fazer autonomamente.

O Grupo dos Cônjugues, por meio de duas UT nos indicadores 5.1 (e.g. “Vou tentando que vá fazendo o que ainda pode.”) e 5.2 (e.g. “...eu gostava, mas não há tempo.”), uma UT no indicador 5.3 (e.g. “ Eu faço tudo, senão nunca mais.”), e quatro UT no indicador 5.4 (e.g. “Prefiro fazer eu.”), remete-nos para a conclusão acima referida no Grupo dos Auxiliares.

Relativamente ao Grupo dos Filhos/Irmãos/Genros/Noras/Cunhados, verifica-se a existência de duas UT no indicador 5.2 (e.g. “Não há tempo para fazer mais por eles embora quiséssemos.”) e três UT no indicador 5.4 (e.g. “Prefiro fazer eu.”). Este dado sugere-nos que o seguinte grupo deseja estimular o idoso, mas, por falta de tempo, acaba por realizar pelo idoso, aquelas tarefas que ele estaria apto para realizar por si.

No que concerne o Grupo dos Gestores de Lares de Idosos, podemos inferir que existem duas UT nos indicadores 5.1 (e.g. “O dependente é mais estimulado por nós.”) e 5.2 (e.g. “...não há muito tempo e disponibilidade.”), o que nos remete para a conclusão de que este grupo desenvolve atividades que promovem a autonomia do idoso, no entanto, acaba por muitas vezes não as pôr em prática.

Em relação ao Grupo dos Técnicos Especializados no Tratamento de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário, verificamos que existem quatro UT no indicador 5.1 (e.g. “nós devemos sempre ir falando para que eles digam alguma coisa.”) e uma UT no indicador 5.4 (e.g. “Nós temos muitas vezes atitudes que os tornam dependentes.”). Assim, podemos concluir que, por um lado o grupo desenvolve atividades que promovem a autonomia do idoso, mas por outro acaba por fazer pelo mesmo as atividades que este seria capaz de executar por si.

Relativamente ao Grupo dos Enfermeiros de Contexto Geriátrico conclui-se que existem duas UT referentes ao indicador 5.1 (e.g. “Devemos motivá-los a fazerem atividades que promovam a sua autonomia pelo maior tempo possível...”), três UT no indicador 5.2 (e.g. “Que bom que seria...”) e uma UT no indicador 5.4 (e.g. “A realidade é que acabamos por executar várias tarefas que eles poderiam executar sozinhos...para poupar e rentabilizar tempo.”), dado que nos leva a compreender que o grupo desenvolve algumas ações de estimulação de autonomia do idoso, porém, por falta de tempo, acaba por muitas das vezes, desempenhar pelo idoso tarefas que este poderia desempenhar autonomamente.

Relativamente ao tema “Ações de Estimulação Desenvolvidas com o Objetivo de Promover Algum Grau de Autonomia do Idoso Dependente”, podemos concluir que os indicadores 5.1 e 5.4 são os que se destacam com 14 UT cada um.

Este resultado sugere uma certa controvérsia nas percepções dos grupos de cuidadores, uma vez que, por um lado afirmam desenvolver atividades que promovem a manutenção da autonomia do idoso autónomo ou o aumento da autonomia do idoso dependente, e , por outro lado, afirmam que numa lógica de poupança e reabilitação do seu próprio tempo, fazem pelo

idoso as atividades que este poderia executar por si, acabando por não estimular a sua autonomia.

O elevado número de UT relativas ao indicador 5.1 remete-nos para o recente estudo de Ramsay, Walker, Remsey, Compton e Thompson (2012) que conclui que os cuidadores de idosos dependentes tendem a recomendar a criação de grupos de suporte que se centrem no treino de competências do cuidador para que esta pessoa estimule adequadamente o idoso.

Podemos assumir a existência de uma correlação entre o indicador 5.4 e a conclusão de Santos (2003), que remete para a afirmação de que, muito frequentemente, o cuidador substitui o idoso nas tarefas, desempenhando-as por ele e potenciando a perda da sua autonomia/aumento da sua dependência.

Em relação ao indicador 5.2, podemos inferir que a maioria dos grupos se pronunciou relativamente à mesma, assumindo-se um total de 11 UT. Assim, conclui-se que, na sua grande parte, os grupos revelam reconhecer a impotência e desejar estimular a autonomia do idoso. No entanto acabam por não a ter em conta por não terem tempo para tal.

Esta questão de tempo limitado dos cuidadores para estimular a autonomia do idoso pode ser analisada sob vários pontos de vista: o primeiro pode ter a ver com o facto de muitas vezes ser um só cuidador a responsabilizar-se pelos cuidados totais de um idoso (Sequeira 2010). O segundo pode prender-se com o facto de que em muitos casos o cuidador tem a seu cargo mais que um idoso dependente (Pimenta, Costa, Gonçalves e Alvarez, 2009); e por último, a questão de que os cuidadores, especialmente quando falamos em familiares cuidadores, estão cada vez mais absorvidos pela atividade laboral, comprometendo a qualidade dos cuidados que prestam aos idosos (Saliba, Molmaz, Marquez & Prado, 2007).

Após apresentação dos resultados e consequentes conclusões sugere-se a replicação deste estudo se, possível, com um maior número de participantes com o desiderato de sustentar os resultados por nós obtidos. Com base no que acaba de ser apresentado prevê-se fulcral a realização de grupos de apoio que pudessem dotar estes grupos de maiores competências, suprimindo as necessidades por eles apresentadas.

## V REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

*Active Ageing, A policy framework: A contribution of the world health organization to the second United Nations World Assembly on Ageing.* Madrid, 2002.

Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo.* Lisboa: Edições 70.

Benedetti, T., Borges, L., Petroski, E., Gonçalves, L. (2008). Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Revista de Saúde Pública, 42(2), 302-307.*

Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Caderno de Saúde Pública 19(3), 773-781.*

Carrilho, M. & Patrício, L. (2010). A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos, 48 (5), Instituto Nacional de Estatística.*

Carvalho, M. (2012). *Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social.* Lisboa: Edições Coisas de Ler.

Costa, E., Nakatani, A. & Bachion, M. (2006). Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. *Acta Paulista de Enfermagem, 19(1), 43-48.*

Cruz, D., Loureiro, H., Silva M. & Fernandes, M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência, 2, 127-136.*

Denzin, N. & Lincoln, Y. (1994). *Handbook of Qualitative Research.* London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications

Fernandes, A. (2014). Saúde, doença e (r)evolução demográfica. In Fonseca, A. *Envelhecimento, Saúde e Doença: Novos Desafios para a Prestação de Cuidados.* Lisboa: Coisas de Ler.

Fernandes, L. (2014). Envelhecimento e demências. In Fonseca, A. *Envelhecimento, Saúde e Doença: Novos Desafios para a Prestação de Cuidados.* Lisboa: Coisas de Ler.

- Finch, H. & Lewis, J. (2003). Focus Groups, In Ritchie, J. & Lewis, J. (Eds) *Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers*, (pp. 14-36), London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications
- Fonseca, A. (2014). *Envelhecimento, Saúde e Doença: Novos Desafios para a Prestação de Cuidados a Idosos*. Lisboa: Edições Coisas de Ler.
- Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Edições Campus do Saber.
- Gondim, S. (2003). Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia*, 12 (24), 149-161
- Gratao, A., Vendrúsculo, T., Talmelli, L., Figueiredo, L., Santos, J. & Rodrigues, R. (2012). Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(2), 304-312.
- Guedes, J. (2010). Cuidados formais a idosos dependentes – desafios inerentes à sua prestação. In Fonseca, A. *Envelhecimento, Saúde e Doença: Novos Desafios para a Prestação de Cuidados*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Hacihasanoglu, R., Yildirim, A. & Karakurt, P. (2012). Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, 61-66. doi:10.1016/j.archger.2011.03.011
- INE,I.P.(2009), *Projeções de População Residente - Portugal - 2008 – 2060*. Instituto Nacional de Estatística
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Serviço de Estudos sobre a população do Departamento de Estatísticas Censitárias e de População do INE.
- Ízal, M., Montorio, I., Márquez, M. & Losada, A. (2005). Caregivers' expectations and care receivers' competence: Lawton's ecological model of adaptation and aging revisited. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 129-140. doi: 10.1016/j.archger.2005.01.001

Kalache, A., Veras, R. & Ramos, L. (1987). O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista Saúde Pública*, 21(3), 200-210.

Lage, I. & Araújo, O. (2014). A construção discursiva do cuidado informal a idosos dependentes: percepções, constrangimentos e práticas. In Fonseca, A. Envelhecimento, Saúde e Doença: Novos Desafios para a Prestação de Cuidados. Lisboa: Coisas de Ler.

Lopes, A. (2000). Os desafios da Gerontologia no Brasil.

Lekamwasam, S., Karunatilake, K., Kankanamge S. & Lekamwasam, V. (2011). Physical dependency of elderly and physically disabled; measurement concordance between 10-item Barthel index and 5-item shorter version. *Ceylon Medicine Journal*, 56(3):114-118.

Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, 23, 349-357.

Linares, J., Herrera, H., Fuentes, M. & Acién, F. (2008). Analysis of predicting factors which cause functional dependence among elderly people. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(1), 117-126.

Luppi, E. (2010). Autonomy and Citizenship in Late Third Age. *Educational Gerontology*, 36(10-11), 872-878. doi: 10.1080/03601271003715921

Matsudo, S. & Matsudo, V. (2000). Efeitos Benéficos da Atividade Física na Aptidão Física e Saúde Mental durante o processo de Envelhecimento. *Revista Brasileira Atividade Física & Saúde*, 5(2), 60-76.

Moraes, L., Moraes, F. & Lima, J. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 20(1), 67-73.

Morgan, D. (1997). Focus Groups as Qualitative Research. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications

Murabito J., Pencina M., Zhu, L., Kelly-Hayes, S., Shrader, S. & D'Agostino (2008). Temporal trends in self-reported functional limitations and physical disability among the community-dwelling elderly population: the Framingham heart study. *Am J Public Health*, 98, 1256-1262.

- Netto, F. (2004). Aspectos biológico e fisiológicos do envelhecimento humano e as suas implicações na saúde do idoso. *Pensar a Prática*, 7( 1), 75-84.
- Paúl, C. (2014). Envelhecimento e prestação de cuidados: diferentes necessidades, diferentes desafios. In Fonseca, A. Envelhecimento, Saúde e Doença: Novos Desafios para a Prestação de Cuidados. Lisboa: Coisas de Ler.
- Pearson, J., Verma, S. & Nellett, C. (1988) Elderly Psychiatric Patient Status and Caregivers Perceptions as Predictors of Caregiver Burden. *The Gerontologist*, 28 (1), 79-83. doi: 10.1093/geront/28.1.79
- Pereira, M. & Carvalho, H. (2012). Cuidadores de Idosos: qualidade de vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbilidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. *Temas em Psicologia*, 20(2), 366-383. doi: 10.9788/TP2012.2-07
- Perrig-Chiello, P., Perrig W., Uebelbacher, A. & Stahelin, H. (2006). Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychology, Health and Medicine* 11(4):470-482.
- Pimenta, G., Costa, M., Gonçalves, L., Alvarez, A. (2009). Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 43(3), 609-614.
- Ramsay, C., Walker, E., Ramsay, R., Compton, M. & Thompson, N. (2012). Exploration of Perceptions of Possible Depression Prevention Services for Caregivers of Elderly or Chronically Ill Adults in Rural Georgia. *Community Mental Health Journal*, 48(2), 167-178.
- Saliba, N., Molmaz, S., Marques, J. & Prado, R. (2007). Perfil de cuidadores de idosos dependentes e percepção sobre saúde bucal. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.11, n.21, p.39-50,
- Santos, F., Andrade, V. & Bueno, O. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 3-10.
- Schneider, R. & Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais *Estudos de Psicologia*, 25(4). doi: 10.1590/S0103-166X2008000400013

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Edições Lidel.

Snape, D. & Spencer, L. (2003). *The Foundations of Qualitative Research*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications

Sousa, L., galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos dependentes: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 364-371.

Stone, R., Cafferata, G. & Sangl, J. (1987). Caregivers of the Frail Elderly: A National Profile. *The Journal of Gerontology*, 27(5), 616-626. doi: 10.1093/geront/27.5.616

Ueno, L. (1999). A influência da atividade física na capacidade funcional: envelhecimento. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 4(1), 57-68.

Veiga, L. & Gondim, S. (2003). A utilização de métodos qualitativos na Ciência Política e no marketing Público. *Opinião Pública*, 7(1), 1-15.

Wallsten, S. & Snyder, S. (1990). A comparison of elderly family caregivers' and noncaregivers' perceptions of stress in daily experiences. *Journal of Community Psychology*, 18(3), 228-238. doi: 10.1002/15206629(199007)18:3<228::AIDJCOP2290180306>3.0.CO;2-U

Wolff, J. & Kasper, J. (2006). Caregivers of Frail Elders: Updating a National Profile. *The Gerontologist*, 46(3), 344-356. doi: 10.1093/geront/46.3.344

## VI ANEXOS

### 1. Exemplar de consentimento informado



Caro/a gestor/a de lar de idosos,

Enquanto aluna da Universidade Católica Portuguesa, estou neste momento a efetuar a minha tese de Mestrado em Psicologia da Educação e do Desenvolvimento Humano, cujo tema se debruça sobre o impacto das percepções de dependência e autonomia dos cuidadores sobre a participação do idoso na vida coletiva.

Este estudo tem como objetivo geral, compreender o impacto que as percepções de vários grupos de cuidadores de idosos dependentes, no que diz respeito à sua dependência e autonomia, exerce na participação destes idosos na vida coletiva.

Para qualquer informação adicional, encontro-me disponível através no telemóvel 919444781 e do e-mail [anaritamuller@gmail.com](mailto:anaritamuller@gmail.com).

Muito obrigada pela atenção dispensada,

A mestranda,

Ana Rita Muller

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Venho por este meio solicitar a sua participação no estudo “Impacto das Perceções de Dependência e Autonomia dos Cuidadores sobre a Participação do Idoso na Vida Coletiva”.

Pretendia saber se está de acordo em colaborar neste estudo, através da resposta a algumas questões em grupo.

A sua participação será muito importante para poder saber mais acerca daquilo que pensa sobre a temática em questão.

Gostaria de saber se autoriza que a sua entrevista seja gravada em formato áudio , e posteriormente transcrita.

Para todos os efeitos, as suas informações são totalmente confidenciais e serão unicamente utilizadas para fins de investigação neste estudo.

A sua participação é voluntária, pelo que pode interrompê-la a qualquer momento.

Data:

Assinatura do investigador:

Assinatura do participante:

## 2. Tabelas de unidades de texto

---

### GRUPO AUXILIARES DE SERVIÇOS GERAIS DE GERIATRIA

---

#### Categoria 1

---

- Indicador 1.1** “...pedem para a gente lhes dar a comida à boca.”
- Indicador 1.2**
- Indicador 1.3**
- Indicador 1.4** “Precisar de nós para tudo, para dar de comer, para os ajudar...”  
“...pedem para a gente lhes dar a comida à boca.”  
“Sabem que têm quem lhes faça tudo.”  
“...pedem para a gente lhes dar a comida à boca.”  
“...se não lhes fazemos a papinha toda, somos sacanas.”  
“...precisar quem lhe lave, quem lhe vista, que lhe acompanhe.”  
“...uma pessoa que precisa de mim para seja o que for...já sei que vou ter que ir lá e fazer-lhe tudo.”  
“...é aquele que depende na vida de outros, de terceiros.”  
“...precisam de nós para tudo.”  
“...precisa que lhe dê banho.”
- Indicador 1.5**
- Indicador 1.6**
- Indicador 1.7**

---

**GRUPO AUXILIARES DE SERVIÇOS GERAIS DE GERIATRIA**

---

Categoria 2

---

**Indicador 2.1**

“Fazer a higiene, comer por sua mão...”  
“Circular, caminhar sozinhos...”  
“...fazerem coisas básicas, tipo vestirem-se...”  
“Uma pessoa autônoma...é uma pessoa que consiga fazer as atividades de vida diárias, as tais AVD’s.”  
“Se uma pessoa fizer as suas AVD’s então já é autônoma.”  
“...pessoa que faz as suas coisas sozinha como comer, tomar banho, arrumar...”  
“...não precisa que lhe façam as coisas...”  
“Não depende de terceiros para fazer as AVDs.”

**Indicador 2.2**

**Indicador 2.3**

“...ter mobilidade para se expressar, para caminhar, para fazer tudo aquilo que gosta e que for para o bem dela.”  
“...pessoa que faz as suas coisas sozinha como comer, tomar banho, arrumar...”  
“...tem capacidade para decidir o que fazer.”  
“...idoso que não deixa que o ajudem em nada.”  
“...não precisa que lhe façam as coisas...”

---

**GRUPO AUXILIARES DE SERVIÇOS GERAIS DE GERIATRIA**

---

Categoria 3

---

**Indicador 3.1** “Uma pessoa mais dependente de nós, temos que estar mais atentas. Temos uma relação de mais atenção para o problema dela...e estamos mais tempo com ela.”

**Indicador 3.2** “Claro que perdemos mais tempo com os dependentes do que com os autónomos.”  
“Uma pessoa mais dependente de nós, temos que estar mais atentas. Temos uma relação de mais atenção para o problema dela...e estamos mais tempo com ela.”

**Indicador 3.3** “...nós temos que os tratar e cuidar de igual forma.”

**Indicador 3.4** “A um autónomo não lhe vais fazer as coisinhas!”

---

**GRUPO AUXILIARES DE SERVIÇOS GERAIS DE GERIATRIA**

---

Categoria 4

---

- Indicador 4.1** “ O facto de ser dependente ou autónomo afeta muito a maneira como nos damos com eles.”  
“...não conversamos muito com os autónomos, conversamos mais com os dependentes.”
- Indicador 4.2** “Eu pessoalmente gosto mais de estar com um idoso que dependa de mim.”  
“Dou-lhe sempre mais mimo porque sei que ele precisa.”  
“Conversamos mais com eles.”
- Indicador 4.3**
- Indicador 4.4** “Até lhes cantamos músicas de meninos pequeninos para dormir.”
- Indicador 4.5**

---

**GRUPO AUXILIARES DE SERVIÇOS GERAIS DE GERIATRIA**

---

Categoria 5

---

- Indicador 5.1** “...entrou de cadeira de rodas, e ela hoje veste-se, arranja-se, come sozinha, porque nós a incentivamos a isso e apertamos com ela.”  
“...aquí uma idosa que conseguia vestir-se, eu tratava da higiene dela, sentava-a na beira da cama com a camisola e a saia do lado, e dizia: ‘Agora pode arranjar-se’ - e ela arranjava-se.”  
“...quer que nós lhe ponhamos a aparadeira mas nós não pomos. Pegamos nela, calçamos-lhe os sapatinhos e ela vai muito bem até à casa-de-banho.”  
“...uma senhora que queria sempre a garrafa de água cheia ao lado da cama...e nós deixámos de lhe encher a garrafa e ela agora enche a garrafa sozinha.”
- Indicador 5.2** “Gostaríamos de fazer mais mas é muito difícil.”  
“Não temos tempo para fazer mais.”
- Indicador 5.3** “A culpa muitas vezes é nossa.”  
“Há aqui pessoas que escusavam de usar fraldas porque não são incontinentes...mas às vezes é mais fácil para nós dar uma fralda porque não nos está sempre ali a chatear... Por minha culpa minha tão grande culpa!”  
“A culpa é nossa também.”
- Indicador 5.4** “Eu tinha a mania de fazer tudo...ficou completamente dependente.”  
“Às vezes, para ser mais rápido, preferimos fazer nós as coisas , e tornamos eles mais dependentes.”  
“...temos tanto trabalho que fazemos por eles.”  
“...dar de comer à boca a uma senhora que sabe comer sozinha.”  
“...para ser mais rápido, fazemos nós as coisas.”  
“Há aqui pessoas que escusavam de usar fraldas porque não são incontinentes...mas às vezes é mais fácil para nós dar uma fralda porque não nos está sempre ali a chatear... Por minha culpa minha tão grande culpa!”

---

## GRUPO DE CÔNJUGUES

---

### Categoria 1

---

**Indicador 1.1**

**Indicador 1.2**

**Indicador 1.3**

**Indicador 1.4**

“Dependente é não conseguir fazer nadinha. Está a ver um bebé? Pior que isso... Um bebé a gente ainda ensina e cresce e faz tudo, num velho é ao contrário...cada vez dá mais trabalho.”  
“Dependente é precisar de tudo e de todos, é dar trabalho a toda a gente porque a pessoa não consegue fazer as coisinhas por si.”  
“Eu tenho que ajudar o meu marido a fazer tudo... Está totalmente dependente, não sabe nada, não consegue fazer nada sozinho.”  
“...tenho que estar lá a ampará-lo a toda a hora. “  
“Quando são dependentes é preciso fazer tudo, dar o comer, vesti-los, dar-lhes banho, até a barba tenho que desfazer ao meu marido. “

**Indicador 1.5**

**Indicador 1.6**

“Dependente é não conseguir fazer nadinha. Está a ver um bebé? Pior que isso... Um bebé a gente ainda ensina e cresce e faz tudo, num velho é ao contrário...cada vez dá mais trabalho.”  
“Dependente é precisar de tudo e de todos, é dar trabalho a toda a gente porque a pessoa não consegue fazer as coisinhas por si.”

**Indicador 1.7**

---

## GRUPO DE CÔNJUGUES

---

### Categoria 2

---

**Indicador 2.1**

“...faz coisas da vida normal.”  
“...capaz de levar a sua vidinha, que não precisa de ajuda.”  
“Toma a medicação por si, não precisa que lhe dêem.”  
“...fazem as coisas por eles, sem precisar que a gente esteja sempre em cima deles a cuidar deles pior que de crianças. “  
“Vestem-se sozinhos, fazem o seu comerzinho, limpam as suas casas como podem mas limpam, vestem-se...”  
“Tomam banho e fazem a sua higiene.”

**Indicador 2.2****Indicador 2.3**

“...capaz de levar a sua vidinha, que não precisa de ajuda.”  
“...fazem as coisas por eles, sem precisar que a gente esteja sempre em cima deles a cuidar deles pior que de crianças.

---

## GRUPO DE CÔNJUGUES

---

### Categoria 3

---

- Indicador 3.1** “É tudo diferente, agora preciso de cuidar mais dele...”  
“...com a dependência preciso de estar muito mais tempo ao lado dele e a cuidar dele.”  
“...agora dá muito mais trabalho e precisa de muitos mais cuidados da minha parte.”  
“Agora tenho que fazer coisas muito puxadas para mim, que antes não fazia quando ele era independente.”  
“Claro que o cuidado é diferente.”
- Indicador 3.2** “...com a dependência preciso de estar muito mais tempo ao lado dele e a cuidar dele.”
- Indicador 3.3**
- Indicador 3.4** “Quando era autônomo não o cuidava. Era ele que cuidava de mim.”

---

## GRUPO DE CÔNJUGUES

---

### Categoria 4

---

- Indicador 4.1** “...a relação alterou-se muito.”  
“...a relação não tem nada a ver com o que era antes, quando estava tudo bem.”  
“....agora dou-lhe mais carinho.”  
“...desde que está dependente, conversamos mais, porque temos que estar sempre juntos.”  
“...quando era autónomo, falávamos menos que agora.”  
“Agora faço mais piadinhas...até lhe chamo de bebé.”
- Indicador 4.2** “....agora dou-lhe mais carinho.”  
“...desde que está dependente, conversamos mais, porque temos que estar sempre juntos.”  
“...quando era autónomo, falávamos menos que agora.”
- Indicador 4.3** “...quando era autónomo, falávamos menos que agora.”
- Indicador 4.4** “Agora faço mais piadinhas...até lhe chamo de bebé.”
- Indicador 4.5**

---

## GRUPO DE CÔNJUGUES

---

### Categoria 5

---

- Indicador 5.1** “Eu tento que vá fazendo algumas coisinhas mesmo quando ele não quer.”  
“Vou tentando que vá fazendo o que ainda pode.”
- Indicador 5.2** “...eu gostava, mas não há tempo.”  
“...quando era autónomo, falávamos menos que agora.”
- Indicador 5.3** “Eu faço tudo, senão nunca mais...”
- Indicador 5.4** “Dá-me mais trabalho pedir-lhe para fazer alguma coisa.”  
“Eu faço tudo, senão nunca mais...”  
“Prefiro fazer eu.”  
“Quando tento que faça alguma coisa, ainda me dá mais trabalho. Já nem tento.”

---

**GRUPO DOS FILHOS, IRMÃOS, GENROS, NORAS E CUNHADOS**

---

Categoria 1

---

**Indicador 1.1**

**Indicador 1.2**

**Indicador 1.3**

**Indicador 1.4**

“...é aquele que precisa de todos para tudo. Para tudo...para comer, tomar banho, para se vestir...para ir passear, para tudo.”  
“Não consegue fazer nada sozinho, depende de toda a gente ou de lares.”  
“...como uma criança que não sabe fazer nada.”  
“...uma pessoa que não consegue fazer a sua vida sozinha.”  
“...pessoa que não consegue fazer a sua vida por si.”  
“Além da dependência que existe para os cuidados diários, também há a necessidade emocional.”

**Indicador 1.5**

**Indicador 1.6**

“Ela já estava dependente de mim para se vestir, lavar, essas coisas... De repente a cabecinha também começou a ficar mal...e a partir daí, ainda foi muito mais difícil.”

**Indicador 1.7**

“...é triste para eles e é triste para nós.”  
“...isto começa a mexer na nossa parte emocional e dói muito.”  
“...acaba por afetar negativamente todas as pessoas que vivem com ele.”  
“...a pessoa que assiste à dependência sofre muito.”  
“...as dependências são muito difíceis para a pessoa dependente e para a sua família.”  
“...fui-me muito abaixo, emagreci muito, fiquei com depressão..”  
“Desde que ele está dependente que eu tenho andado mal da minha cabeça.”

---

**GRUPO DOS FILHOS, IRMÃOS, GENROS, NORAS E CUNHADOS**

---

Categoria 2

---

**Indicador 2.1**

“...ser autónomo é fazer a sua vida diária.”

“Ser capaz de suprir as suas necessidades básicas.”

“...não depender de outrem para as suas necessidades básicas.”

**Indicador 2.2**

**Indicador 2.3**

“...ainda pensa por si e decide o que quer fazer.”

“...ainda decide por si.”

“É bom para os idosos serem autónomos... É bom para eles e é bom para nós, família.”

“É bom para todos os cuidadores...”

“...ser autónomo é bom, muito bom para as pessoas em si e para as pessoas que convivem com essa pessoa, porque se vai vivendo uma vida mais calma e mais feliz.”

---

## GRUPO DOS FILHOS, IRMÃOS, GENROS, NORAS E CUNHADOS

---

### Categoria 3

---

**Indicador 3.1** “Quando há dependência, percebemos que a pessoa precisa mais da nossa ajuda e da nossa presença do que uma que não esteja assim.”  
“O idoso com dependência precisa de mais ajuda e cuidados do que um autônomo.”

**Indicador 3.2**

**Indicador 3.3**

**Indicador 3.4** “Varia muito a forma como tratamos dos idosos.”  
“O coitado do dependente não pode fazer a mesma coisa que o idoso que está bem.”  
“O idoso com dependência precisa de mais ajuda e cuidados do que um autônomo.”  
“Os cuidados alteram completamente...desde que ficou dependente, os cuidados tiveram que mudar completamente.”

---

**GRUPO DOS FILHOS, IRMÃOS, GENROS, NORAS E CUNHADOS**

---

Categoria 4

---

**Indicador 4.1** “...acabamos por conversar muito mais desde que está dependente.”  
“Antigamente era só conflitos... Agora desde que está dependente, acalmou imenso.”  
“Graças à dependência dos meus pais...acabei por me aproximar muito mais deles.”

**Indicador 4.2** “...acabamos por conversar muito mais desde que está dependente.”  
“Graças à dependência dos meus pais...acabei por me aproximar muito mais deles.”  
“É diferente. Se os idosos forem autónomos...podemos dizer tudo, falar normalmente. Se forem dependentes, a gente tem que ter cuidado com aquilo que lhes diz.”

**Indicador 4.3**

**Indicador 4.4** “É diferente. Se os idosos forem autónomos...podemos dizer tudo, falar normalmente. Se forem dependentes, a gente tem que ter cuidado com aquilo que lhes diz.”

**Indicador 4.5**

---

**GRUPO DOS FILHOS, IRMÃOS, GENROS, NORAS E CUNHADOS**

---

Categoria 5

---

**Indicador 5.1**

**Indicador 5.2**

“Não há tempo para fazer mais por eles embora quiséssemos...”  
“Infelizmente não tenho tempo para isso.”

**Indicador 5.3**

**Indicador 5.4**

“Já cansa termos que fazer-lhes tudo.”  
“Dá mais trabalho se pedir para fazer alguma coisa.”  
“Prefiro fazer eu.”

---

**GRUPO DE GESTORES DE LARES DE IDOSOS**

---

Categoria 1

---

- Indicador 1.1** “Há pessoas que andam e dependem de cadeiras de rodas e são completamente autónomas ao mesmo tempo.”  
“...pessoas são dependentes quando precisam de alguém para satisfazer as suas necessidades... Há pessoas que precisam de oxigénio 24 horas por dia.”
- Indicador 1.2** “Há pessoas que andam e dependem de cadeiras de rodas e são completamente autónomas ao mesmo tempo.”
- Indicador 1.3** “Há pessoas que andam e dependem de cadeiras de rodas e são completamente autónomas ao mesmo tempo.”  
“...pessoas são dependentes quando precisam de alguém para satisfazer as suas necessidades... Há pessoas que precisam de oxigénio 24 horas por dia.”
- Indicador 1.4** “É uma pessoa não conseguir lavar-se sozinha, vestir-se sozinha, fazer a refeição, não conseguir assegurar a sua vida diária.”  
“...pessoas são dependentes quando precisam de alguém para satisfazer as suas necessidades... Há pessoas que precisam de oxigénio 24 horas por dia.”
- Indicador 1.5** “Além da dependência que existe para os cuidados diários, também há a necessidade emocional.”  
“Muitas vezes estão mal mentalmente e ficam mal para o resto todo.”
- Indicador 1.6** ”Significa não conseguir assegurar as suas atividades diárias. “  
“É uma pessoa não conseguir lavar-se sozinha, vestir-se sozinha, fazer a refeição, não conseguir assegurar a sua vida diária.”  
“...pessoas são dependentes quando precisam de alguém para satisfazer as suas necessidades... Há pessoas que precisam de oxigénio 24 horas por dia.”
- Indicador 1.7**

---

**GRUPO DE GESTORES DE LARES DE IDOSOS**

---

Categoria 2

---

**Indicador 2.1**

“...pessoa que tem de ter capacidade de vestir, de se preparar, de ter os seus cuidados básicos, diários, lavar-se, vestir-se...”  
“Autonomia física e intelectual que lhe permita dentro daquilo que é o procedimento de envelhecimento normal ainda fazer um trajecto planeado e conseguir atingir algumas metas, outras não.”  
“...idoso faz os seus cuidados básicos.”  
“...pessoa que tem de ter capacidade de vestir, de se preparar, de ter os seus cuidados básicos, diários, lavar-se, vestir-se...”  
“...ter capacidade de fazer as suas AVD.”  
“Realiza as suas necessidades básicas.”  
“...é capaz de comer por sua mão.”  
“...idoso que faz a sua higiene.”

**Indicador 2.2**

**Indicador 2.3**

---

**GRUPO DE GESTORES DE LARES DE IDOSOS**

---

Categoria 3

---

**Indicador 3.1**

“Quanto maior é a dependência, maior é a nossa actuação.”  
“Uma pessoa tem um AVC e fica dependente...vou ser mais atenta, cuidadosa, a minha estratégia vai ser diferente...Enquanto que com um autónomo não passará de um acompanhamento.”

**Indicador 3.2**

**Indicador 3.3**

“Para mim é igual a forma de cuidar de uns e de outros.”  
“...tenho de tratar delas, quer seja autónoma ou não. Eu posso saber que a pessoa não precisa que a leve ao pequeno ao almoço. Estou a tratar dela, sei que está, onde está. O tratamento é que é diferente consoante a necessidade que tem.”

**Indicador 3.4**

“O cuidado é que é diferente.”  
“A estratégia é diferente.”  
“Uma pessoa tem um AVC e fica dependente...vou ser mais atenta, cuidadosa, a minha estratégia vai ser diferente...Enquanto que com um autónomo não passará de um acompanhamento.”  
“...exigem respostas diferentes...”  
“A forma de atuar é forçosamente diferente.”  
“...o cuidar é diferente.”  
“Como é autónomo a nossa ação é mais diminuta.”

---

**GRUPO DE GESTORES DE LARES DE IDOSOS**

---

Categoria 4

---

- Indicador 4.1** “Nós vamos adequar o nosso discurso.”  
“...quando são dependentes tentamos criar mais amizades no lar, enquanto que a um autónomo damos mais espaço no lar e só o acompanhamos.”  
“Dependente...sobrecarregamos mais a atenção.”  
“Acabamos por adequar os nossos comportamentos em função da autonomia.”
- Indicador 4.2** “...quando são dependentes tentamos criar mais amizades no lar, enquanto que a um autónomo damos mais espaço no lar e só o acompanhamos.”  
“Dependente...sobrecarregamos mais a atenção.”  
“Não podemos escorar a atenção aos autónomos em detrimento dos não autónomos.”
- Indicador 4.3** “...quando são dependentes tentamos criar mais amizades no lar, enquanto que a um autónomo damos mais espaço no lar e só o acompanhamos.”  
“Se vir outro autónomo, não digo nada...”
- Indicador 4.4**
- Indicador 4.5** “...exigem...atenções iguais.”  
“Para mim não é diferente.”  
“Eu não tenho dúvidas que é igual.”  
“Quer a gente queira, quer não, há sempre uns que mexem mais connosco do que outros, sejam autónomos ou independente, não interessa.”  
“Não podemos escorar a atenção aos autónomos em detrimento dos não autónomos.”  
“...um autónomo necessita de atenção igual. O autónomo também quer diálogo, atenção...”

---

**GRUPO DE GESTORES DE LARES DE IDOSOS**

---

Categoria 5

---

**Indicador 5.1**

“...o dependente é mais estimulado por nós.”  
“O nosso estímulo tanto é para o que está dependente, como não.”

**Indicador 5.2**

“Os funcionários gostavam às vezes de estimular mais os utentes por exemplo relativamente à questão das fraldas mas por uma questão de tempo e logística, usam.”  
“...não há muito tempo e disponibilidade.”

**Indicador 5.3**

**Indicador 5.4**

---

**GRUPO DE TÉCNICOS ESPECIALIZADOS NO TRATAMENTO DE IDOSOS DEPENDENTES EM  
CONTEXTO DOMICILIÁRIO**

---

Categoria 1

---

**Indicador 1.1** “...aquele que já vais perdendo as capacidades motoras, físicas...”

**Indicador 1.2**

**Indicador 1.3**

**Indicador 1.4** “...depende da terceira pessoa para tudo.”  
“...já depende para tudo, para comer...”  
“...precisa de ajuda para tudo.”  
“...Quando não é autónomo a gente tem que lhe dar banho!”

**Indicador 1.5** “O idoso pode estar bem aparentemente, mas na cabeça não estar bem..e aí também é uma dependência.”  
“Há sempre o dependente psicológico e o dependente físico, não é?  
Há idoso que estão dependentes só pelo psicológico...”

**Indicador 1.6**

**Indicador 1.7**

---

**GRUPO DE TÉCNICOS ESPECIALIZADOS NO TRATAMENTO DE IDOSOS DEPENDENTES  
EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO**

---

Categoria 2

---

- Indicador 2.1** “Aquele que vai à casa-de-banho, que se veste sozinho, que se alimenta, que faz as suas coisas do dia-a-dia.”  
“Levantar, vestir-se, tomar o pequeno-almoço por si...”  
“...aquele que se veste, vai à casa-de-banho, se alimenta.”  
“...aquele que come pela mão dele, vai à casa-de-banho.”
- Indicador 2.2** “...mesmo quando já não pode fazer nada, pode estar autónomo, psicologicamente autónomo.”  
“O idoso pode estar bem aparentemente, mas na cabeça não estar bem..e aí também é uma dependência.”
- Indicador 2.3** “Faz tudo, tem capacidades para estar bem, fazer o que gosta.”  
“Sozinhos fazem tudo.”

---

**GRUPO DE TÉCNICOS ESPECIALIZADOS NO TRATAMENTO DE IDOSOS DEPENDENTES  
EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO**

---

Categoria 3

---

**Indicador 3.1**

“...o tratamento é diferente.”  
“...os cuidados são diferentes.”  
“...usamos técnicas diferentes.”  
“...trabalha-se tudo de forma diferente.”  
“...os cuidados são mesmo muito diferentes.”

**Indicador 3.2**

**Indicador 3.3**

“...a minha forma de cuidar é igual, tanto para um idoso autónomo,  
como um dependente.”  
“Eu cuido da mesma forma.”  
“Eu cuido psicologicamente todos da mesma maneira ... no carinho,  
no amor, nessa parte é tudo igual.”  
“...a maneira como tratamos deles é igual, só as técnicas é que  
variam.”

**Indicador 3.4**

---

**GRUPO DE TÉCNICOS ESPECIALIZADOS NO TRATAMENTO DE IDOSOS DEPENDENTES  
EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO**

---

Categoria 4

---

- Indicador 4.1**                    “...a gente conversava com ele quando era autónomo...A primeira vez que ficou dependente...eu só pensava como é que eu agora ia conversar com ele?!”
- Indicador 4.2**
- Indicador 4.3**
- Indicador 4.4**                    “...vamos levando tudo para a brincadeira.”
- Indicador 4.5**                    “...se uma pessoa está deitada na cama e já não fala, nós vamos lá cantar, dar um beijinho...e uma pessoa que está ao lado, e está bem, nós fazemos igual.”  
“...conversamos com um que estiver normal, mas também conversamos com um que não esteja.”  
“Conversamos na mesma com eles, o carinho é exatamente o mesmo.”  
“Relacionamo-nos da mesma forma com um idoso dependente e um idoso autónomo.”

---

**GRUPO DE TÉCNICOS ESPECIALIZADOS NO TRATAMENTO DE IDOSOS DEPENDENTES  
EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO**

---

Categoria 5

---

**Indicador 5.1** “...tentamos motivá-los, incentivá-los a fazer aquilo que estavam habituados a fazer antes.”  
“Eu digo ao meu pai que já tem 88 anos ‘Oh pai leve o seu pratinho para a banca!’ - para ele se mexer.”  
“...nós puxamos sempre por eles todos! Mesmo aqueles que falam já mesmo pouco ou nada.”  
“Nós devemos sempre ir falando para eles para que eles digam alguma coisa.”

**Indicador 5.2**

**Indicador 5.3**

**Indicador 5.4** “Nós temos muitas vezes atitudes que os tornam dependentes...”

---

## GRUPO DE ENFERMEIROS DE CONTEXTO GERIÁTRICO

---

### Categoria 1

---

- Indicador 1.1** “Precisa de algum apoio, pessoa, instrumento...”  
“Um idoso pode ser dependente por usar cadeira de rodas, mas dentro da dependência, ser autônomo...”  
“Pode depender de um andarilho para andar mas pode ser autônomo para o resto.”  
“...idosos até podem ter um grau de dependência elevado, mas mesmo assim, serem autônomos em várias outras tarefas.” ”  
“...grau de dependência é limitativo em determinadas atividades mas noutras não.”  
“...se o idoso tem limitações físicas, o grau de dependência poderá ser menor.”  
“Não dá resposta a algumas coisas que gostaria de dar se não estivesse no estado de dependência.” ”
- Indicador 1.2**
- Indicador 1.3**
- Indicador 1.4** “Dependente é aquele idoso que precisa de alguém, de cuidadores que lhe prestem cuidados, pode ser para o acompanhar, alimentá-lo, vesti-lo...”  
“A dependência pode ser total ou parcial...Quando é total, precisa totalmente a tempo inteiro de cuidadores.”
- Indicador 1.5** “Se o idoso apresenta problemas psíquicos, é óbvio que o seu grau de dependência vai aumentar.”  
“Como é que o idoso vai caminhar se se esquece como se dá um passo, não é?!”  
“...quando há dependência psíquica, muitas vezes deixam de dar resposta ao nível físico e perdem essa autonomia que tinham.”
- Indicador 1.6**
- Indicador 1.7**

---

**GRUPO DE ENFERMEIROS DE CONTEXTO GERIÁTRICO**

---

Categoria 2

---

- Indicador 2.1** “Significa conseguir cumprir as suas necessidades básicas...”  
“Diz-se sempre ‘Eu sou autónomo porque faço aquilo que quero dentro das minhas limitações’ “  
“...idoso que consegue dar resposta a todas as suas necessidades básicas sem o auxílio de terceiros.”
- Indicador 2.2** “...ser autónomo nas funções cognitivas.”
- Indicador 2.3** “Diz-se sempre ‘Eu sou autónomo porque faço aquilo que quero dentro das minhas limitações’ “  
“Um idoso é autónomo dentro das limitações que ele tem...se aquilo que ele precisa para viver, se tem capacidade para isso, é autónomo.”  
“...é um idoso com mais iniciativa, mais dinâmico, mais proativo.”  
“...o idoso pode ter algumas dificuldades, mas pode conseguir fazer certas coisas...e aí...já tem um grau de autonomia que pode ser suficiente para aquilo que precisa.”  
“Tudo aquilo que um idoso pensa que quer fazer e faz, dá-lhe um grau de autonomia.”  
“Se o idoso quer fazer alguma coisa e tem capacidades físicas e mentais para a realizar, isso é uma definição de autonomia no idoso.”

---

**GRUPO DE ENFERMEIROS DE CONTEXTO GERIÁTRICO**

---

Categoria 3

---

**Indicador 3.1** “Um utente dependente vai exigir mais de mim do que um utente que é autónomo...”

**Indicador 3.2** “ O tempo que investimos...num idoso vai depender do grau da sua dependência...”  
“...um utente dependente vai necessitar de mais horas do nosso serviço de enfermagem...”  
“A intervenção do enfermeiro cresce consoante o grau de dependência do idoso.”

**Indicador 3.3**

**Indicador 3.4**

---

**GRUPO DE ENFERMEIROS DE CONTEXTO GERIÁTRICO**

---

Categoria 4

---

- Indicador 4.1** “Não deveria ser...mas o relacionamento é diferente.”  
“...não devia mas acaba mesmo por ser diferente.”
- Indicador 4.2**
- Indicador 4.3** “Se o idoso é autônomo...pouco ou nada nos relacionamos com ele.”
- Indicador 4.4** “No caso do idoso dependente, a tendência é infantilizá-lo...parece o nosso bebê”  
“Nós temos sempre tendência a infantilizar, o que é errado da nossa parte.”
- Indicador 4.5**

---

**GRUPO DE ENFERMEIROS DE CONTEXTO GERIÁTRICO**

---

Categoria 5

---

- Indicador 5.1** “Às vezes indicamos-lhes coisas que deveriam fazer para melhorar a sua autonomia, mas não temos tempo para os ajudar nem ver se o fazem.”  
“Devemos motivá-los a fazerem atividades que promovam a sua autonomia pelo maior tempo possível...”
- Indicador 5.2** “Que bom que seria...”  
“Era bom mesmo...”  
“Às vezes indicamos-lhes coisas que deveriam fazer para melhorar a sua autonomia, mas não temos tempo para os ajudar nem ver se o fazem.”
- Indicador 5.3**
- Indicador 5.4** “A realidade é que acabamos por executar várias tarefas que eles poderiam executar sozinhos...para poupar e rentabilizar tempo.”