



Universidade de Aveiro Departamento de Educação

2013

**AMORIM ROSA  
DE FIGUEIREDO**

**STRESS DO CUIDADOR INFORMAL E SOLIDÃO DO  
IDOSO: PSICOLOGIA E ÉTICA**



Universidade de Aveiro Departamento de Educação  
2013

**AMORIM ROSA  
DE FIGUEIREDO**

**STRESS DO CUIDADOR INFORMAL E SOLIDÃO DO  
IDOSO: PSICOLOGIA E ÉTICA**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, Professora Auxiliar com Agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

*Dedico este trabalho à minha outra metade do tronco comum que Deus me levou mas que me acompanha sempre no meu pensamento.*

*Aos meus filhos e netos, ramos dessa árvore que me vão renovando com a seiva do entusiasmo, tão salutar.*

*À restante família mais íntima, com a minha gratidão pela comunhão de sentimentos que nos une.*

## **o júri**

presidente

**Prof. Doutora Sara Otília Marques Monteiro**  
Professora Auxiliar Convidada, Universidade de Aveiro

**Prof. Doutor Henrique Vilaça Ramos**  
Professor Catedrático Jubilado, Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina

**Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira**  
Professora Auxiliar com Agregação, Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

À Professora Anabela Pereira, pela sua disponibilização para ser orientadora deste Mestrado, pelo seu incentivo no acompanhamento deste trabalho, e pelos conselhos práticos de adaptação do meu curriculum profissional à área da Psicologia por mim escolhida.

À Professora Rosa Lúcia Madeira, pela sua ajuda nos contactos na U.A. para concretizar o meu projecto.

À Mestre Lúcia Pinto Ribeiro, pela colaboração oferecida para o tratamento de dados estatísticos e pela sua disponibilidade permanente.

À Doutora Maria Cacilda Marado, pela sua ajuda na revisão dos textos.

Aos Senhores Provedores de Santas Casas da Misericórdia e seus Técnicos de Lares, bem como aos Presidentes de IPSS, e suas Directoras Técnicas, que colaboraram neste projeto, pela indispensável intervenção na colheita de dados para os inquéritos efectuados.

A todos os que não me faltaram com o entusiasmo para prosseguir com o objectivo de estudar as razões de internamento actual de Idosos nos Lares.

## palavras-chave

Família, idoso, stress, burnout, cuidador informal, ética, resiliência.

## resumo

A convivência e a experiência no contacto praticamente diário com idosos residentes em Lares ou ERIS (estruturas residenciais de idosos), bem como com os cuidadores informais e de reuniões de reflexão conjunta, na qualidade de Provedor de uma Santa Casa, colocaram dúvidas sobre os princípios éticos da nossa cultura social do passado e da relação com o presente, bem como sobre o stress em que vivem as famílias portuguesas.

Pretende-se, neste trabalho, por estas razões, avaliar os condicionalismos da evolução da família, do idoso e do cuidador informal, da sobrecarga emocional, saúde mental e stress, bem como o tipo do núcleo familiar e a sua relação com o internamento dos idosos nos Lares.

A amostra deste estudo é composta por 960 utentes institucionalizados com a autonomia inerente às suas idades, a que acrescem 160 com dependência total e incapazes de responder autonomamente às questões formuladas nos inquéritos, e 717 cuidadores informais.

Os instrumentos utilizados para a recolha dos dados foram: um questionário sociodemográfico e de caracterização da situação do utente institucionalizado, bem como outro idêntico para o cuidador informal, sendo para este também o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI; Martins, Ribeiro & Garrett, 2004), o Inventário de Saúde Mental – 5 itens (MHI-5; Ribeiro 2001), e os Termómetros Emocionais (Pereira & Teixeira, 2010).

Os resultados sugerem que os idosos foram para os Lares aconselhados pelos parentes (cuidadores) ou amigos, mas somente 29.4% referem estar contra sua vontade. Os cuidadores informais apresentam uma maior sobrecarga a nível financeiro, e baixa ou moderada saúde mental. Verifica-se também que são os cuidadores com grau de parentesco mais próximo, por ordem decrescente (cônjuge, irmãos, filhos), os que apresentam maior sobrecarga e pior saúde mental.

Na pretensão de colaborar na conduta da nossa sociedade, para a sua adaptação a estas novas realidades, pensamos que, de futuro seria fundamental a promoção de apoio psicológico para a coesão da família, com acções frequentes de formação aos cuidadores informais, pelos organismos oficiais competentes, no sentido de os fortalecer psicologicamente e para promover a sua colaboração nos cuidados prestados, e pensar noutra tipo de soluções para os cuidados a prestar aos idosos.

**keywords**

Family, elderly, stress, burnout, caregiver, ethic, resilience.

**abstract**

Coming into daily contact both with elderly people from Homes (continuing care communities) or ERIS (residential facilities for old people) and caregivers and as a result of joint reflection meetings as the Head of a Santa Casa da Misericórdia has led me to muse not only about the ethical principles of our social culture of the past (and its relations with the present) but also the stress some Portuguese families have to endure nowadays.

Thus this piece of work aims to evaluate the conditioning of the evolution of the family, the elderly and the caregiver, their emotional charge, mental health and stress as well as their family pattern and its relation with the confinement of elderly people in Homes.

This sample consists of 960 residents of those institutions sporting the level of functioning ability that is typical of their age group, 160 residents who are totally dependent and unable to answer the questions asked in the questionnaires and 717 informal careworkers who have filled in: a sociodemographic and profile questionnaire both for residents and informal careworkers; the "Stress of the Informal Careworker Evaluation Questionnaire" (QASCI; Martins, Ribeiro & Garrett, 2004), for the latter; the "Mental Health Inventory" - 5 items (MHI-5; Ribeiro, 2001), and the "Emotional Thermometers" (Pereira & Teixeira, 2001). The findings suggest that elders are usually advised to move to an eldercare facility by their relatives (caregivers) or friends, but just 29.4% claim to be there unwillingly. Informal careworkers are exposed to a higher level of financial stress and display low to moderate mental health. Those effects are particularly evident in the caregivers who are close relatives of the elderly people, in descending order husbands/wives, brothers/sisters and children.

Aiming at improving people's social conduct in a society that should adapt to a new reality, I believe that the promotion of psychological support directed at family cohesion through training of informal careworkers provided by the legal authorities should be a fundamental future strategy in order to strengthen them psychologically and to promote their cooperation with those who take care of their relatives.

## Índice Geral

Introdução-----	2
Evolução da Família-----	2
O Idoso-----	4
Os Cuidadores Informais e os Lares-----	6
Objectivos gerais-----	8
Metodologia-----	8
Participantes-----	8
Instrumentos-----	9
Procedimentos-----	11
Resultados-----	11
Discussão-----	15
Referências-----	28
Anexos-----	33
Anexo 1-----	34
Anexo 2-----	35
Anexo 3-----	37
Anexo 4-----	39
Anexo 5-----	41
Anexo 6-----	42
Anexo 7-----	43
Anexo 8-----	49
Anexo 9-----	62
Anexo 10-----	63



## Introdução

### Evolução da família

Sabe-se desde Charles Darwin (1809-1867) (Claret 1997), que o homem, bem como todos os seres vivos sexuados, se vai adaptando às circunstâncias que a Natureza ao longo dos anos vai tornando mais apetecíveis para a sua sobrevivência. Durante milhões de anos, o homem sofreu modificações, desde o *homo erectus*, ao *homo habilis*, ao *homo sapiens*, e ao *homo sapiens sapiens*, com adaptações lentas e sucessivas à natureza e ao género humano que nela habita. Inicialmente nómada, multiplicava-se, de forma animal, no seu instinto de conservação e de procriação. Os humanos do sexo masculino e feminino possuíam-se mutuamente como os outros animais, sem vínculos resultantes da fecundação pelo acto sexual (Engels, 1891). Só muitos milénios passados, é que se foi tornando gradualmente sedentário, e iniciou a construção de famílias rudimentares, formadas por homem, mulher e filhos, que passaram a viver no mesmo espaço físico, com a construção e vivências de tipo ético.

O estudo científico-antropológico da família, terá começado no livro sobre o “Direito Materno” (Bachofen in Engels, 1861). Inicialmente, preponderava o sistema familiar matriarcal, ou ginococracia. Era a mulher quem tratava da habitação e alimentação rudimentares, quem preparava os filhos para beberem as normas da cultura familiar e se tornarem adultos. Ainda hoje vigora o sistema matriarcal, nalgumas culturas, como na etnia dos hereros da Namíbia, em que a mulher é a dona dos filhos, da casa, do gado e de todos os apetrechos da aldeia, enquanto o homem trata da caça. Quando os aglomerados dos nichos familiares passaram a ter fronteiras, com demarcação dos seus territórios, passou a imperar o sistema familiar patriarcal, onde o direito materno deu lugar ao direito paterno. Era o pai quem definia e defendia o património familiar do qual se tornara dono e senhor absoluto, com os aglomerados que deram origem a países com língua, hábitos e culturas próprios e diferentes de território para território. Tudo se tornou mais simples de interpretar quando se inventou a escrita e surgiu a história, que, gradualmente nos foi dando pistas mais concretas, sobre esta e outras temáticas da evolução do homem.

A família era indestrutível, por endogamia, com os matrimónios dentro da mesma tribo, seguido de exogamia com matrimónios em tribos diferentes (Lennan, in Engels 1891). Por etapas sucessivas, passou de condutas culturais de poligamia e poliandria

concomitantes, chamada heterismo, à poligamia sem poliandria que ainda hoje se verifica em certas culturas, especialmente nos muçulmanos e na raça negra africana, até à monogamia adoptada na maioria dos países actuais. Ultimamente, nalguns países nos quais Portugal está incluído desde 2010, as uniões deixaram de ser exclusivamente heterossexuais, para poderem ser uniões de facto e homossexuais, masculinas ou femininas.

Zimmerman, sociólogo, no seu trabalho sobre “Família e Civilização 1947”, refere a desintegração e modificação de várias culturas em paralelismo com o declínio e a sua repercussão na vida familiar. Historicamente, refere a *família depositária*, que era em si o “depósito” da cultura dos direitos e deveres sagrados do aglomerado desde o passado; a *família doméstica* de matrimónio estável, com vínculos de fundamento religioso e moral, com os direitos individuais alicerçados nos deveres correspondentes, com os filhos como elementos da economia do agregado familiar, com a vivência de três gerações debaixo do mesmo tecto, num sentido de módulo perfeito com grande equilíbrio emocional, num modo de ser e de estar, na partilha do bem comum, na vivência de valores psicológicos orientadores das condutas humanas, subordinados a regras morais e éticas em que o idoso se despedia da vida no seu leito de morte, na companhia dos familiares, com a manifestação das últimas vontades.

Segundo o mesmo autor, em princípios do século XIX, surge a *família atomista*, fruto das alterações sociais e psicológicas da industrialização, em que a máquina substitui o homem e, os filhos deixam de ser desejados, na chamada sociedade emergente de consumo. Começam as lutas de classes, que se repercutem nos direitos ou interesses individuais, que predominam sobre os deveres familiares, onde os filhos não devem respeito aos mais velhos e mesmo aos pais; contudo Freud, citado por Littré em 1869, ainda considerava como modelo de família, a que era estruturada pelo pai, mãe e filhos. Segue-se a diminuição da natalidade; os filhos são considerados como um estorvo, e a gravidez, muitas vezes, muito próxima do período final da fertilidade da mulher, está relacionada com a economia familiar. O Estado pretende substituir-se aos pais, a dominar a orientação da família com a educação dos jovens, incutindo culturas de índole laical. Os valores psicológicos e de coesão que definiam o nicho familiar, foram-se degradando e, o “cimento”, que unia os elementos da família, foi-se desmoronando (Zimmerman, 1947). Segue-se a chamada *família derrotista* com casais sem filhos, com os divórcios legalizados

e cada vez mais frequentes e com os cuidados para com os pais ou avós, cada vez menos desejados, nas casas onde sempre viveram e, por último, a *família destrutiva*, homossexual ou mono parental.

Estas designações do tipo de famílias, revelam as modificações de que tem sido alvo, adaptadas à psicologia de carga de valores, em permanente alteração social.

Para (Serra, 2002), a família normal tem como função primordial a protecção do nicho, a promoção da sua aculturação por valores que aos pais e avós pertencem e que à mesa transmitem aos filhos, num processo de sócio psico-pedagogia, na modelação comportamental das crianças, cimentando a sua identidade segundo Fallon. A família, como módulo base na construção da sociedade (Soares, 2003), colheu a experiência do passado remoto até à modernidade, mas corre o risco de se deixar desintegrar, com os filhos a usarem e abusarem da autonomia, quebrando os laços da rede de compromissos que compreendem o respeito aos progenitores, ao bem-estar do agregado como bem comum. A nova sociedade, de consumo, deixa de ter memória colectiva e o ter sobrepõe-se ao ser, com as naturais implicações de ordem ética e psicológica nos respetos humanos.

### **O idoso**

A sucessiva alteração de valores em que se cimentava e ainda cimenta a família, tem provocado as análises feitas pelos sociólogos, identificadores da sua desintegração.

O ancião, que era, e ainda é, muito respeitado nas “sociedades mais primitivas,” ainda não dependentes da sociedade de consumo, passa na nossa, a ser, por vezes, um incómodo para a família (Betti, 2008), até porque não produz para a riqueza da mesma, e torna-se um estorvo e escombros da sociedade como disse Alçada Batista (Simões, 2008).

Os progressos da ciência médica, têm permitido um melhor conhecimento da etiologia das doenças, do seu tratamento e, muito especialmente, da sua prevenção, no que se investem cada vez mais recursos em todo o mundo civilizado. Com o aumento de capacidade de domínio das morbilidades e, mais ainda, com os progressos na sua prevenção, a esperança média de vida cresceu aceleradamente nos últimos decénios. No início do século XX, era de quarenta e cinco anos e hoje em dia é, nos cidadãos da Europa democrática, de cerca de setenta e sete para o homem e de oitenta e dois para a mulher (Fonseca, 2006).

A pirâmide etária, que, há cem anos, era de base inferior formada pelos mais novos, foi-se invertendo gradualmente com mais seniores ou idosos, maiores de 65 anos, do que com os de menor idade, particularmente crianças. De facto, em Portugal, existe uma das taxas de natalidades mais baixas do mundo, com um índice de 1,3 por casal.

Pela ordem biológica, a degradação orgânica e a dependência física e mental do homem, muitas vezes por desvios comportamentais, vão aumentando com a idade, tornando-o gradualmente mais dependente, mais frágil, mais vulnerável, com perda progressiva da sua autonomia. As doenças, consideradas próprias do geronte, manifestam-se de forma variada, consoante o seu passado mórbido, aumentando em todos a falta de capacidade de recuperação, tornando-o mais vulnerável na sua resistência física e emocional, com as angústias e sensação de possíveis erros do passado, e da aproximação da sua finitude, com uma introspecção deprimente.

Por outro lado, o homem, dentro do natural exercício da sua autonomia, subordinada embora aos poderes, às culturas e até às religiões, tem usufruído, especialmente nos países democráticos, de uma margem de manobra para, conforme as suas capacidades e, ou vontades, se guindar ao sucesso pessoal e social ou, contrariamente, à destruição das suas ambições, chegando mesmo, por possíveis erros de conduta, à incapacidade de se auto-governar, levando-o à miséria física, à dependência mental e social.

No homem, que se começa a apelidar de idoso, a idade vai sendo cada vez mais notória e a resiliência ou paciência dos familiares cuidadores informais, os mais próximos que lhe prestam cuidados, vai-se esgotando (Silva, 2009; Figueiredo, 2007), com diminuição da sua capacidade de dar uma boa assistência, cada vez mais exigente que, pela cultura, ainda reinante, poderia estar dentro dos seus desejos. Mesmo assim, a solidariedade, nesta sociedade de indiferentismo, da “*nova era*”, mantém-se como riqueza escondida, muitas vezes aflorada pelas actividades de voluntariado, em boa verdade, mais frequente na cultura religiosa dos povos (Zimmerman, 1947). Foi nesta solidariedade que nasceram as Misericórdias, inicialmente criadas para socorrer os deserdados da fortuna, os pobres e os inválidos e, hoje, para esses e para os que, mesmo com fortuna, parecem não ter lugar nas casas que ajudaram a construir. De forma semelhante constituíram-se Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), mais recentes onde, com as Misericórdias, se prestam cuidados a centenas de milhares de idosos.

## Os Cuidadores Informais e os Lares

Forma-se assim como que uma válvula de escape para as famílias que não tem possibilidades de cuidar, condignamente, nas suas casas, os seus idosos e para as que, aparentemente, os parecem rejeitar. Por uma razão ou por outra, os lares, agora denominados Estruturas Residenciais para Idosos (ERIS), são cada vez mais solicitados, porque a capacidade de cuidar as exigências dos idosos, cada vez mais idosos, mais frágeis, mais vulneráveis e mais dependentes, não é possível na família. Esta é, também, como referimos, diferente na sua escala de valores, integrada numa sociedade que vive em grandes conflitos emocionais (Bonfim, 1996), sem a formação adequada para lidar com as dependências dos idosos. A paciência e a tolerância ou resiliência, é cada vez menor perante as dependências crescentes dos idosos, levando, na família, ao desejo, cada vez maior, de entender e justificar, que o Lar lhes pode prestar mais cuidados de saúde, de higiene, de reabilitação e de conforto do que podem ter nas suas residências (Araújo, 2009, Pinhel, 2011; Fernandes, 2010; Costa, 2008). A família, vítima da sociedade que criou, com agregados pequenos, em que todos os elementos válidos têm que contribuir para a sua riqueza, está sujeita a uma vivência intensiva, de grande componente de stress, sem tempo para se dedicar aos mais dependentes.

Também a velocidade estonteante em que se desenvolve a vida na actualidade, cria uma instabilidade emocional, mais ou menos notória, com manifestações no sistema neuro vegetativo para simpático, cardiovascular e digestivo, com suores frios, alterações do trânsito intestinal, irritabilidade fácil e insónias que têm como denominador comum a ansiedade e a depressão (Pereira, 2006; Serra, 1980, 2002).

Este conjunto de sinais e sintomas, conhecido como *stress*, foi descrito por Hans Selye, em 1936, com as suas três fases: alarme, resiliência e esgotamento. O Cuidador é a “a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, no exercício das suas actividades diárias, cuida do idoso, com exclusão das técnicas ou procedimentos identificados como de profissões legalmente estabelecidas” (Brasil, 1999; Costa, 2008; Floriani, 2004). O cuidador informal, pode ser o pai, a mãe, irmão, cônjuge, o parente ou o amigo, que associa a sobrecarga da sua actividade profissional, para cuidar com desvelo, o seu idoso. Faz um esforço persistente para se acomodar às condições perniciosas que lhe vão sendo criadas, conforme o seu temperamento e a sua real vontade de se dar ao “seu” idoso, embora fisiologicamente se vão fazendo “inscrições mentais e emocionais

prejudiciais,” criando verdadeira sobrecarga emocional, com sinais nos seus diversos órgãos e sistemas, na chamada resiliência (Pedro, 2010; Job, 2003). Esta tem, muitas vezes, como consequência, o ditado que diz “*tanta vez o cântaro vai à fonte que se parte, de esgotamento, pelo caminho*”, ou seja, a incapacidade de continuar as tarefas que desenvolvia, chamada *burnout* desde Herbert J Freudenberger, em 1970 (Benevides, 2002). Este síndrome, aparece, não raro, nos cuidadores informais, constituídos pelos que prestam mais cuidado ao idoso (Bonfim, 1996; Costa, 2009; Martins, 2001; Brito, 2002). Define-se com a exaustão emocional, despersonalização, depressão com sensação de incapacidade (Maslach & Jackson, 1982 cit. por Costa, 2008) e é frequente em profissões que tenham como alvo principal, o homem, como professores, médicos, enfermeiros, cuidadores etc.. Quando tal sucede, ou o idoso é internado sem tempo limite num Lar, ou tem que se dar descanso ao cuidador informal (cuidar quem cuida), internando temporariamente o idoso em Lares ou equivalentes, para que o responsável pela sua assistência descanse e se restabeleça de energias para recomeçar o seu cuidado àquele a quem cuida (Imaginário, 2004; Costa, 2009). Há legislação no decreto-lei nº 101/2006, para este efeito, condicionada às circunstâncias (Figueiredo, 2007; Mãe, 2010; Hennezel, 2009, 2011), e o filme “Amor” que se reporta a esta mesma actualidade, através de uma reflexão muito séria sobre a problemática dos Lares.

Numa conferência de que fizemos parte, sobre lares de idosos, na sua filosofia e prática, com representantes do judaísmo, do protestantismo, do catolicismo e do islamismo, discutiu-se o modo de actuar de cada religião. Só o representante do islamismo evidenciou a qualidade de coesão na família, referindo não haver, no islamismo, Lares de Idosos, pois os familiares cuidavam dos seus até à morte, nas suas casas, enquanto as outras leituras religiosas procuravam evidenciar os cuidados e as técnicas disponibilizadas!

Belo exemplo do que já foi entre nós, tão bem ilustrado em pinturas e que agora, não é possível. Hoje, não há lugar para o idoso morrer na sua casa! Morre nos hospitais ou nos lares, longe dos seus que ajudou a criar.

Esta problemática, merece uma maior investigação, para melhor compreensão das culturas, dos nossos valores de interligação emocional. Neste sentido, pretendemos dar o nosso contributo com a presente investigação

## Objectivos Gerais

Da nossa vivência de dois Lares de Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Águeda, e de reuniões periódicas com grupos de cuidadores informais, nasceu a necessidade de compreender melhor os factos constatados num universo mais largo de 22 Lares de Idosos, para assim:

- Caracterizar o idoso: na sua cultura, na sua vontade de ir para o Lar, nas relações emocionais com os familiares, na sua saúde física e mental

- Caracterizar o cuidador informal na família: a sua cultura, as condições financeiras, de habitação, o relacionamento emocional com o idoso: stress, resiliência e *burnout* do cuidador para os cuidados ao idoso

- Analisar a componente ética e psicológica no comportamento para com o idoso

## Metodologia

### Participantes

A amostra deste estudo é composta por 1677 participantes, dos quais 960 são idosos institucionalizados com a autonomia correspondente às suas idades, a que acrescem 160 com dependência total e incapazes de responder às questões formuladas nos inquéritos, pelo que os valores apresentados de seguida correspondem apenas à amostra dos idosos com autonomia, mesmo que diminuída, e 717 são cuidadores informais (CI). A idade dos idosos varia entre os 46 e os 105 anos ( $M=83.04$ ;  $DP=8.74$ ), a maioria é do sexo feminino (69.5%), são viúvos(as) (58.3%) e têm apenas o 1º ciclo de escolaridade (57.2%). No que diz respeito à literacia, a maioria dos idosos inquiridos refere saber ler e escrever (65.9%), e enquanto profissionais, grande parte refere ter sido trabalhador por conta de outrem (38.4%). Em média o número de filhos para cada idoso é 2.08 ( $DP=2.00$ ) e o número médio de irmãos é 3.27 ( $DP=2.60$ ). A maioria dos filhos dos utentes é trabalhadora por conta de outrem (73.5%), tal como se verifica para a profissão dos seus respectivos cuidadores informais (73.5%).

Relativamente à amostra de Cuidadores Informais, a média de idade situa-se nos 58.41 anos ( $DP=12.44$ ), a maioria é do sexo feminino (67.1%), são casados (76.6%) e possuem o 1º ciclo de escolaridade (23.2%), sendo também trabalhadores por conta de outrem (45.1%). A maior parte dos cuidadores são os próprios filhos dos idosos (63.3%).

## **Instrumentos**

Os participantes institucionalizados responderam a um questionário sociodemográfico. Os CI responderam voluntariamente à bateria de avaliação psicológica que foi constituída por quatro instrumentos: um questionário sociodemográfico Anexo 4, o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (Martins, Ribeiro & Garrett, 2004) (QASCI) Anexo nº5, o Inventário de Saúde Mental de 5 itens (MHI-5; Veit & Ware, 1983, Anexo nº 6; versão portuguesa de Pais Ribeiro, 2001), e os Termómetros Emocionais (Mitchell, Baker-Glenn, Granger & Symonds, 2009; versão portuguesa de investigação de Pereira & Teixeira, 2010) Anexo nº 7.

O questionário de caracterização sociodemográfica foi elaborado com vista à recolha de características tais como o género, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão e informação relativa à situação enquanto utente institucionalizado e, por outro lado, informação relativa ao motivo da institucionalização do utente por parte do CI, bem como a sua satisfação com a instituição em geral, e serviços prestados em particular.

O Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) foi desenvolvido em Portugal por Martins et al. (2004) com a finalidade de avaliar as 18 consequências a nível físico, psicológico e social do cuidador informal de pessoas funcionalmente dependentes. É composto na sua totalidade por 32 itens, avaliados por uma escala de Likert que varia entre 1 a 5 e integra 7 dimensões: Implicações na Vida Pessoal do cuidador (11 itens); Satisfação com o Papel e com o Familiar (5 itens); Reacções a Exigências (5 itens); Sobrecarga Emocional relativa ao familiar (4 itens); Suporte Familiar (2 itens); Sobrecarga Financeira (2 itens) e a Percepção de Mecanismos de Eficácia e de Controlo (3 itens). A subescala Implicações na Vida Pessoal pretende avaliar as repercussões sentidas pelo cuidador por estar a cuidar do seu familiar, como seja a diminuição de tempo disponível para si, sentir a sua saúde e a sua vida social serem afectadas, sentir um grande esforço físico por estar a tomar conta da pessoa dependente e deparar-se com planos alterados na sua vida, bem como, a sensação de estar preso. A subescala Satisfação com o Papel e com o Familiar diz respeito a sentimentos e emoções positivas, aumento de autoestima e sentir-se mais próximo do doente, decorrentes do desempenho do papel e da relação afectiva que o cuidador estabelece com o sujeito alvo dos cuidados. A subescala Reacções a Exigências inclui sentimentos negativos, como a percepção de manipulação por parte do doente, ou a presença de comportamentos por parte



deste capaz de levar a embaraço do cuidador, sentimentos de ofensa e diminuição da privacidade. A Sobrecarga Emocional compreende emoções negativas do cuidador, que podem levar a conflitos internos e sentimentos de fuga, cansaço e esgotamento perante a situação em que se encontram. O Suporte Familiar diz respeito ao reconhecimento e apoio que a família disponibiliza ao cuidador. À subescala Sobrecarga Financeira estão inerentes as dificuldades económicas decorrentes da situação de doença do familiar e à incerteza do futuro económico. A subescala Percepção de Mecanismos de Eficácia e de Controlo compreende aspectos que capacitam ou facilitam ao cuidador continuar a enfrentar os problemas que advêm do desempenho de papel, como sejam, a capacidade para tomar conta do doente dependente e os conhecimentos e experiência para assumir a responsabilidade do cuidado.

Neste instrumento, as subescalas Satisfação com o Papel e com o Familiar, Suporte Familiar e Percepção de Mecanismos de Eficácia e de Controlo, são consideradas forças positivas, assim, as pontuações obtidas nos itens destas subescalas são invertidas para que valores mais altos correspondam a situações com maior peso ou sobrecarga.

O Inventário de Saúde Mental (MHI-5) é uma versão reduzida do MHI (Veit & Ware, 1983; versão portuguesa de Ribeiro, 2001). Este é um questionário de auto-resposta numa escala tipo Likert que varia de 0 a 6 e tem como objectivo avaliar a saúde mental (Ribeiro, 2001).

O MHI-5 é então uma versão reduzida de cinco itens (11, 17, 19, 27 e 34 do MHI), que avalia o mesmo constructo. Nesta versão, três itens pertencem à escala de distress e dois à escala de bem-estar positivo (Ribeiro, 2011). Pontuações mais altas correspondem a níveis mais altos de percepção de saúde mental (Ribeiro, 2011). Foi utilizado o ponto de corte indicado pelo autor, depois de ter sido feita a padronização linear (0 a 100), que anota que os valores do MHI5 < 60 correspondam a sintomas moderados e valores do MHI5 < 52 correspondam a sintomas graves de sofrimento psicológico (Ribeiro, 2011). O estudo da fidelidade do MHI, avaliado através do Alfa de Cronbach, realizado por Ribeiro (2001) revelou uma boa consistência interna, sendo o alfa de Cronbach igual a 0,80.

Os Termómetros Emocionais (TE; Mitchell, et al., 2009), versão portuguesa de Pereira e Teixeira (2010), são compostos por 5 escalas analógicas que avaliam o sofrimento emocional (distress), a ansiedade, a depressão, a revolta e a necessidade de ajuda (Pereira & Teixeira, 2010). Nas 4 primeiras escalas o utente tem 10 opções de

resposta, constituídas por dois polos: “extremo” (10) e “nenhum” (0). Na quinta escala (Necessidade de ajuda) o utente tem 10 opções de resposta que vão de “desesperadamente” (10) a “consigo resolver sozinho” (0). O tempo de resposta é de aproximadamente 45 segundos (Mitchell et al., 2009). Na versão original pontuações acima de 5 indicam níveis de alteração emocional (Mitchell, 2009).

### **Procedimentos**

Foi enviado por correio electrónico, o pedido formal de autorização (anexo nº 1) aos Provedores de várias Misericórdias do distrito de Aveiro, bem como a Directores de IPSS do concelho de Águeda, para se proceder à recolha de dados junto dos seus residentes e respectivos cuidadores. Posteriormente foi entregue aos quadros técnicos dos lares, para os destinatários da investigação (idosos, com o anexo nº 2 e cuidadores informais com o anexo nº 3), com as questões numeradas e consideradas de interesse e que, em si, incluíam o formulário de consentimento informado baseado na declaração de Helsínquia de 1964, através do qual tomaram conhecimento de que a participação seria voluntária e anónima, podendo desistir a qualquer altura, e que os dados recolhidos obedecem à confidencialidade, e seriam apenas utilizados para análise estatística.

No que se refere aos procedimentos estatísticos, os dados recolhidos foram introduzidos no Statistical Package for Social Sciences (versão 17.0; SPSS Inc., Chicago, IL) para o Windows, e foram sujeitos a análises estatísticas descritivas, tais como frequências, médias, desvios-padrão e percentagens.

Foram também realizados testes paramétricos (teste t para amostras independentes, análises correlacionais de Pearson e ANOVA's), que posteriormente permitiram a formulação das conclusões do estudo.

### **Resultados**

Com o objectivo de caracterizar a amostra em termos da perspectiva do idoso relativamente à instituição onde reside, começou-se por fazer uma análise das frequências no que diz respeito à sua satisfação com a sua situação. A maioria dos utentes refere ter ido para a instituição por motivos de doença/menor capacidade física (61.2%), e quem teve iniciativa para o levar para a instituição foram parentes ou amigos (55.4%). No entanto, apenas 29.4% refere estar na instituição contra a sua vontade. Ao serem questionados se

gostariam de voltar para casa, 57.1% respondeu que não, e que se sentem satisfeitos ao frequentar a instituição (91.6%). Foram ainda questionados sobre a prática de alguma religião, ao que 82.8% respondeu que sim, efectivamente são praticantes de uma religião. A maioria dos utentes refere gostar do convívio com os outros colegas (91.4%), e refere também ter um passatempo (53.0%), no entanto, não têm preferência pela música, pela dança, nem pela leitura, que são alguns dos passatempos promovidos pelas instituições. No que diz respeito à satisfação com a instituição, 97.5% dos utentes refere gostar das divisões da instituição, 45.8% avalia em Muito Bom o serviço de higiene, 46.0% avalia também em Muito Bom a equipa clínica, bem como a equipa terapêutica (49.8%). Os utentes classificam com Bom os serviços prestados ao nível da alimentação (46.7%), tratamento de roupa (48.8%), animação sociocultural (56.7%), voluntariado (68.9%) e serviço religioso (45.5%). Os restantes serviços prestados são avaliados como muito bons pela maioria dos utentes (63.2%).

Relativamente aos CI, ao serem questionados sobre qual o motivo que os levou a institucionalizar o seu familiar, 47.4% referiu motivos de doença/menor capacidade física. Quanto à iniciativa de levar o utente para a instituição, a maioria dos CI refere ter sido de parentes ou amigos (54.0%) e que o utente está na instituição por vontade própria (79.7%). A frequência das visitas ao utente, por parte do seu CI é maioritariamente semanal (40.2%), e 66.7% afirma também levar o utente para passeios ou actividades fora da instituição. Quanto à sua perspectiva em relação ao futuro, 91.2% refere que prefere que o seu familiar se mantenha no lar, e 94.6% considera a Estrutura Residencial para Idosos a melhor resposta social. No que diz respeito à sua satisfação com a instituição, 98.4% dos CI refere gostar das divisões, e a maioria avalia como Muito Bom os serviços prestados ao nível da higiene e conforto (57.0%), da equipa clínica (53.5%), da equipa terapêutica (57.8%), do tratamento das roupas (42.3%), do voluntariado (46.3%) e do serviço religioso (47.6%). A maioria avalia ainda como sendo Bom o serviço prestado ao nível da alimentação (46.6%) e da animação sociocultural (45.8%).

De seguida verificaram-se as pontuações obtidas pelos cuidadores informais ao nível da sobrecarga enquanto cuidador, saúde mental e distress avaliados através das subescalas do QASCI, do MHI-5 e dos TEs. Verificou-se que ao nível do QASCI as subescalas mais pontuadas foram a Sobrecarga financeira (M=3.87; DP=1.01), seguida da Satisfação com o papel e com o familiar (M=3.84; DP=0.89), Suporte familiar (M=2.66; DP=1.27),

Sobrecarga emocional (M=2.59; DP=0.61), Implicações na vida pessoal do CI (M=2.37; DP=0.85), e as menos pontuadas foram a Percepção dos mecanismos de eficácia e de controlo (M=2.21; DP=1.02) e as Reacções a exigências (M=2.20; DP=0.85).

Para comparar as pontuações obtidas nas subescalas do QASCI entre cuidadores informais do sexo masculino e do sexo feminino realizou-se um teste *t-student* que sugere que existem diferenças estatisticamente significativas entre ambos os sexos ao nível das subescalas Sobrecarga Financeira e Percepção dos mecanismos de eficácia e de controlo (tabela 1).

**Tabela 1**

*Comparação de médias entre cuidadores informais do sexo masculino e feminino nas pontuações do QASCI*

	Sexo masculino M (DP)	Sexo feminino M (DP)	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>QASCI</b>				
Implicações na vida pessoal do CI	2.38 (0.87)	2.39 (0.84)	.127	.899 <sup>n.s.</sup>
Satisfação com o papel e com o Familiar	3.83 (0.95)	3.83 (0.87)	.008	.944 <sup>n.s.</sup>
Sobrecarga emocional	2.59 (0.66)	2.61 (0.57)	.219	.827 <sup>n.s.</sup>
Reações a exigências	2.28 (0.90)	2.17 (0.84)	-1.268	.205 <sup>n.s.</sup>
Sobrecarga financeira	3.73 (1.10)	3.95 (0.96)	2.117*	.035
Suporte familiar	2.66 (1.25)	2.63 (1.29)	.244	.808 <sup>n.s.</sup>
Percepção dos mecanismos de eficácia e de controlo	2.38 (1.05)	2.13 (1.04)	-2.427*	.016

\* $p \leq .05$ ; <sup>n.s.</sup> não significativo

No que diz respeito ao inventário de saúde mental, os cuidadores informais obtiveram uma pontuação média de 57.06 (DP=20.57). Ao comparar as pontuações obtidas entre cuidadores do sexo masculino e do sexo feminino, o teste *t-student* sugere que não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Procedeu-se também à análise das pontuações obtidas nos TEs, verificando-se que o mais pontuado foi o termómetro da Ansiedade (M=4.37; DP=2.64), seguido do termómetro relativo à Necessidade de Ajuda (M=4.13; DP=3.02), Sofrimento Emocional (M=3.85;

DP=2.50), Depressão (M=3.46; DP=2.78) e por fim o termómetro relativo a Sentimentos de Revolta (M=2.98; DP=2.89). O teste t-student para comparar as pontuações obtidas entre género sugere que não se verificam diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos TEs entre ambos os sexos.

De modo a verificar a existência de diferenças nas pontuações obtidas nos questionários de acordo com o tipo de relação que o cuidador informal tem com o utente, realizou-se uma ANOVA unifactorial. Esta análise sugere que existem diferenças estatisticamente significativas entre pelo menos dois grupos ao nível das subescalas do QASCI: Implicações na vida pessoal do CI (F6,414=2.999; p=.007), Satisfação com o papel e com o familiar (F6,428=3.555; p=.002), Reações às exigências (F6,393=4.973; p=.000), Suporte familiar (F6,436= 2.540; p =.020) e Perceção dos mecanismos de eficácia e de controlo (F6,435=2.875; p =.009). Verificaram-se também diferenças ao nível das pontuações obtidas no MHI-5 (F6,456=3.226; p =.004) e ao nível dos termómetros do Sofrimento Emocional (F6,443=4.469; p =.000), Depressão (F6,437=4.479; p =.000) e Necessidade de ajuda (F6,441=9.906; p =.000).

Para verificar entre que grupos existem diferenças estatisticamente significativas, efectuaram-se testes de comparação múltipla, neste caso o teste de Scheffe. Os dados sugerem que as diferenças se verificam entre as pontuações obtidas pelos cuidadores que são cônjuges dos residentes e todos os restantes cuidadores que são filhos, irmãos, primos, sobrinhos, amigos ou outro tipo de relacionamento. Verificam-se também diferenças nas pontuações entre irmãos e filhos, irmãos e sobrinhos e irmãos e outros.

Realizou-se também uma análise correlacional de Pearson entre a idade dos cuidadores informais e as pontuações obtidas nos questionários de avaliação. Esta análise permitiu verificar a existência de correlações positivas estatisticamente significativas entre a idade e a subescala Reações às exigências (r =.107; p =.032), termómetro do sofrimento emocional (r =.123; p =.009), Depressão (r =.150; p =.002) e Necessidade de ajuda (r =.173; p =.000). Verificou-se ainda uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a idade e a subescala Suporte familiar (r =-.107; p=.024).

Ao correlacionar as pontuações dos questionários entre si, verificou-se que os valores obtidos no MHI-5 apresentam uma correlação negativa estatisticamente significativa com todos os valores dos TEs, bem como com as subescalas do QASCI Implicações na vida pessoal do CI, Reações às exigências e Suporte familiar. Apresentam também uma

correlação positiva estatisticamente significativa com as subescalas Satisfação com o papel e com o familiar e Sobrecarga financeira (tabela 2).

**Tabela 2**

*Coefficientes de correlação entre as pontuações obtidas no questionário de saúde mental e as pontuações obtidas no questionário da sobrecarga do cuidador e termómetros emocionais*

	<b>MHI-5</b>	
	<i>r (Pearson)</i>	<i>p</i>
<b>QASCI</b>		
IPV	-.382**	.000
SPF	.346**	.000
SE	.008	.829
RE	-.334**	.000
SF	.104*	.040
Sup. Fam.	-.110*	.028
PMEC	-.087	.081
<b>TE</b>		
Sofrimento Emocional	-.572**	.000
Ansiedade	-.555**	.000
Depressão	-.553**	.000
Revolta	-.424**	.000
Necessidade de Ajuda	-.668**	.000

\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$

## Discussão

Já havia uma certa ideia, embora muito sumária e muito restrita, feita aquando de conversas acidentais com os cuidadores informais, ao procurar saber do seu grau de satisfação, de atenderem e procurarem dar explicação realista a muitas questões formuladas. Estas dúvidas sobre as razões que motivavam o desejo de internamento, avolumaram-se desde que, como provedor, era levado a aperceber-me que a grande solidão dos idosos residentes, deveria ter como causa principal, o seu desenraizamento das casas em que sempre tinham vivido, onde tinham criado os seus filhos e em que, muitas vezes, nas mesmas, se tinham criado novas famílias.

É um facto que, no Lar Conde de Sucena, em Águeda, tivemos ocasião de fazer anualmente, várias reuniões para as quais eram convidados os familiares, especialmente os cuidadores informais que, muitas vezes, vinham acompanhados dos seus cônjuges.

Falava-se sobre a história das Misericórdias, cuja existência remonta à data 1498, quando a rainha D. Leonor a conselho, segundo reza a história, do seu confessor Frei Miguel Contreras, da Irmandade da Santíssima Trindade, oriundo de Espanha, instituiu, em Lisboa, uma Irmandade da Santa Casa da Misericórdia, para a prática das Obras de Misericórdia. Dentro das sete obras bem conhecidas, realçávamos a razão primeira da sua existência, que era o auxílio aos pobres e deserdados da fortuna que não tinham eira nem beira como se costuma dizer, dando-se-lhes guarida com casa, cama e alimentação com higiene e conforto. Sabemos que a esta obra de misericórdia, outras se seguiram com especial realce para a saúde dos enfermos, com a criação dos albergues, das confrarias e dos hospícios, a que se seguiram os hospitais, onde se prestaram cuidados de saúde a mais de noventa por cento da população portuguesa, até à revolução de 25 de Abril de 1974.

Esta assunção recente do Estado, veio na esteira do pensamento posto em prática pelo chanceler da Alemanha no século XIX, de que os cuidados de saúde, se constituíam como uma obrigação social do Estado. Podemos até considerar de grande valia o componente ético da opção política, se a encararmos como equiparada a uma ética utilitarista.

Na realidade, tratar da saúde era fazer com que os cidadãos tivessem condições para poder trabalhar e, com ele, produzir e aumentar a riqueza do país. De um modo simplista poderíamos concluir que o Estado dava saúde aos doentes e, estes, curados davam, em contra partida, riqueza ao Estado. A ser muito provavelmente correcto o raciocínio, poderíamos concluir, sem grande margem para erro, embora muito simplisticamente, que *era um negócio em que ambas as partes lucravam!*

Contavam-se pelos dedos da mão, como se costuma dizer, os hospitais que eram geridos pelo Estado. A partir da Revolução de Abril, o Estado Social, considerou, então, que os cuidados de saúde eram de sua inteira obrigação, tendo-a tomado sob a sua responsabilidade, no que particularmente nos importava nas reflexões, que eram os cuidados prestados no “Hospital Asylo Conde de Sucena” de Águeda.

Este, tinha em si, também, a função ou vertente “asylar”, ou seja, receber os pobres e os desvalidos da sorte e da fortuna, razão de primeira ordem da Santa Casa da

Misericórdia, para sua substituição, da criação do Lar Conde de Sucena, redimensionado para a maior procura de idosos e onde estávamos reunidos, e ao qual foi dado o mesmo nome do benemérito que mandou construir e doou o Hospital, o qual, a partir daquela data, deixou de ter a valência/função, que era de obrigação da Santa Casa.

Lembrava também que a evolução tecnológica da sociedade, também se fez sentir no bom e no mau sentido, fazendo com que no Lar, com capacidade ao tempo de 105 idosos, e refiro-me ao ano de 1985 em que foi inaugurado, já não tinha só os pobres e os deserdados, mas também outros com condições económicas razoáveis, mas que tinham que abandonar as suas residências.

Nas referidas reuniões, no respeito pela ética da confidencialidade, estávamos em grupos de trinta e quarenta pessoas, os familiares não eram questionados sobre as razões dos internamentos dos seus familiares no Lar, pois poderia condicionar tanto o tipo de respostas quanto à veracidade, como podia deixar de respeitar a intimidade e a privacidade dos mesmos.

Este condicionamento ético veio justificar os inquéritos efectuados, razão deste trabalho, tanto porque obedecem ao devido pedido de consentimento a esses pressupostos, no anonimato, bem como à faculdade livre de responder ou não às perguntas formuladas.

Nas reuniões, eram abordados os direitos e deveres dos idosos, lembrando que, com a perda gradual da autonomia, os direitos se mantinham, mas que os deveres diminuíam.

Era então abordado, com reflexões construtivas, o Código de Ética elaborado também no princípio do nosso primeiro mandato. Este código era e é, presente a todos os que pretendem ser colaboradores da Instituição, remunerados ou não, incluindo os voluntários, bem como aos cuidadores informais, mostrando quem somos, como somos, e para quem somos e que fica em transcrição plena no anexo nº 5.

Os colaboradores, terminada a sua leitura, tomam conhecimento das normas de conduta e, se concordarem, assinam o documento que fica a fazer parte do seu processo individual. Se não concordarem, não assinam e não são contratados. Tem que haver, ou deve haver, transparência nas relações entre as pessoas e nos compromissos ajustados ou a ajustar.

Reflectia-se sobre o grau de satisfação dos cuidadores pela qualidade de serviços prestados, numa partilha das opiniões de quem as queria apresentar, bem como das expectativas quanto ao futuro. Eram feitos reparos em que, quando apropriados, eram



dadas instruções à senhora Directora Técnica, que estava presente na reunião, para que fossem levadas em devida conta para as correcções consideradas boas. Não há organizações perfeitas (*a imperfeição na acção, é inerente ao homem, mas, também é, no sentido ético, a conseqüente decisão de emenda, logo que possível*) e o caminho, como disse Fernando Pessoa, faz-se caminhando!

Têm sido reuniões com as reflexões partilhadas por grande número que são convidados a dar a sua opinião, e que ajudam a construir uma melhor qualidade de vida dos nossos idosos.

Tivemos a felicidade de, também nelas, termos tido ocasião de, nalguns casos pontuais, reatarmos o bom relacionamento entre pais e filhos, desavindos desde o passado, por vezes já de muitos anos, a maioria das vezes, relacionados com questões de interesses materiais financeiros, com queixas dos filhos em relação aos pais e vice-versa!

A interpretação do que é bem ou do que é mal, é muito subjectiva e, por isso, muito própria de cada um e, com a idade, é por vezes alicerçada em conceitos e valores também eles, já porventura ultrapassados, o que pode criar clivagens em que a falta de diálogo e de memória, tem uma responsabilidade muito grande na manutenção desses prováveis contenciosos. Houve realmente ocasião de, no fim de algumas reuniões procurar o encontro conciliador que foi sempre frutífero, tendo-nos como *apaziguador*. Penso que estes encontros sabem, muitas vezes, a equivalentes às obras de misericórdia espirituais como *dar o bom conselho, ensinar os ignorantes, corrigir os que erram ou consolar os tristes...*

Os idosos, com a diminuição da sua actividade mental, diminuem a sua capacidade crítica e tomam muitas vezes, como verdades, a primeira leitura dos factos, que transformam em verdades absolutas. Estas, podem ser agravadas também pela perda de memória com o esquecimento da realidade dos acontecimentos, dos objectos ou até dos valores materiais mas, com muita calma para os ouvir, podemos ser capazes de fazer encontrar os desvios de pensamento que levaram a tomadas de posição contraditórias, quando, na realidade podem não existir.

É, por vezes, consolador, por tão pouco, ajudar os outros a reencontrarem melhor o caminho da sua felicidade.

Um dos problemas psicológicos dos idosos é o desconhecimento do Além e do desejo de fazer as pazes com quem porventura deixaram de ter bom relacionamento,

*deixando a razão de cada um para se criar um denominador comum de razão que dá corpo à devida dignidade, a que todos devem ter direito!* Constitui-se também o que alguns autores, como Daniel Serrão, chamam a morte social ou até espiritual tão bem exemplificada em pinturas dos séculos XVII e XVIII, com o testemunho do idoso perante os seus familiares no seu leito de doença e morte, carpindo pelas suas faltas e pedindo perdão pelos seus erros, a renunciarem a morte.

Nestas reuniões, foram colhidos dados subjectivos que deram uma noção sobre as causas dos internamentos, dos graus de satisfação ou insatisfação dos cuidadores, sempre, da nossa parte, com uma sugestão e pedido de visitas mais frequentes aos seus familiares internados, das possíveis refeições partilhadas em conjunto, por forma a minimizar a sensação de isolamento, de solidão que se verifica em muitos idosos.

Estas refeições tanto poderiam ser a convite do idoso internado dentro de condições logísticas e das possibilidades financeiras, como e, talvez actualmente, por iniciativa do cuidador informal que pede a devida licença para o levar a um passeio e com ele partilhar uma refeição fora do Lar e, se possível na sua casa o que, é justo dizê-lo, se verifica com alguma frequência. A “utopia do bem total” nunca nos deve abandonar e deve constituir um projecto ético sempre presente na filosofia dos nossos Lares. Diz o ditado popular que Roma e Pavia se não fizeram num dia...

A nossa utopia seria mesmo a de transformar os Lares em centros de dia, para que, já que não é possível o convívio durante o dia, devido ao trabalho necessário para angariação de fundos de sustento familiar, que fosse partilhado durante a refeição do jantar e durante a noite. Utopia? Talvez mas, porque se aproxima do que pensamos que seria bom, não deixamos de a ter no nosso pensamento!

Eram também abordadas e dadas a conhecer as nossas preocupações com a saúde com a prestação de cuidados com médicos, enfermeiros e fisioterapeutas com fisioterapia, esta executada tanto nos leitos como em ginásio novo e dotado dos equipamentos considerados adaptados ao que se pretende: dar mobilidade física e mental, melhorando a sua qualidade de vida (Torres, Pereira & Monteiro, 2010).

Para ter uma ideia mais aproximada da realidade e, para usar de maior neutralidade na análise do que nos propúnhamos, no intuito de concretizar a procura de respostas dentro do mestrado que, pensamos ser uma motivação incentivadora, resolvemos procurar alargar

a colheita de dados a todos os lares das Santas Casas de Misericórdias do distrito de Aveiro, no que tivemos o apoio dos respectivos Provedores, conforme já foi referido.

A falta de experiência, aliás expectável, no modelo de colheita de dados põe algumas reflexões sobre o rigor dos elementos colhidos. Não havia possibilidade física de uma só pessoa, neste caso, o mestrando, visitar as dezoito Misericórdias às quais se juntaram as quatro IPSS que colaboraram, dado o tempo necessário para obter as respostas dos idosos e dos cuidadores. Se tal fosse possível, ser sempre o mesmo inquiridor a formular perguntas às pessoas, muitas delas com a sua autonomia reduzida e por vezes muito reduzida ou mesmo ausente, as respostas seriam obtidas obedecendo ao mesmo padrão do questionador e por isso talvez melhor tradutoras do sentir que se procurava. Por outro lado, sendo o inquiridor, um estranho, muito naturalmente a reserva das respostas ou mesmo a negação das mesmas seria uma condicionante de peso, que se adivinhava como frequente. Por outro lado também um inquiridor único pode não ter uma conduta ética minimamente idónea e pode ser tentado a manipular as respostas aos inquéritos para o fim que deseja, dada a vulnerabilidade do idoso inquirido. Como os fins não justificam os meios para os alcançar, foi esta também a razão de termos feito a opção que nos pareceu eticamente mais correcta.

Foram as senhoras Directoras Técnicas dos Lares a fazer as colheitas, que com os seus conhecimentos de intrusão psicológica com os idosos, a grande parte das vezes com o conhecimento pessoal mútuo, colmataram esta impossibilidade, creio que com bons resultados conforme os dados colhidos demonstram.

Foram dadas recomendações para uma identificação mínima dos idosos totalmente incapazes de responder devido à grande debilidade cognitiva para, posteriormente, poderem ser usadas como possíveis reflexões com as autoridades governamentais responsáveis no Ministério do Trabalho, da Solidariedade e da Segurança Social, sobre o envelhecimento da nossa população. A intenção seria procurar os caminhos mais recomendados a percorrer, de molde a dar a dignidade devida a estes gerontes que bem devem merecer as atenções como cidadãos nacionais altamente dependentes sem a menor autonomia e, por tal, como diz Hans Jonas, a impor maior dever a quem tem o poder de procurar e arranjar soluções.

Estes grandes dependentes, já terão com toda a probabilidade, dado a sua colaboração para a sociedade em que estiveram integrados. Agora, deve ser a sociedade a dar-lhes o que necessitam e, dentro do que necessitam está, como denominador comum, o

respeito à sua dignidade. A identificação pedida foi somente a idade, o sexo e o tempo de internamento na Instituição. Os idosos dos Lares são cada vez mais idosos como se constata nos resultados obtidos e, com o aumento da sua longevidade, aumenta também a sua fragilidade, a sua dependência que, nalguns casos e, cada vez mais frequentes, chegam à incapacidade total e, como tal, como referimos, necessitam mais de nós (Torres, Pereira, & Monteiro, 2010).

De acordo com os dados recolhidos na presente amostra, a maioria dos utentes institucionalizados e dos seus cuidadores informais, é do sexo feminino.

Esta constatação deve-se a vários factores: o sexo feminino foi sempre muito mais sensível à solidariedade e à ajuda de quem sofre do que o masculino; a longevidade da mulher é maior do que a do homem (82 anos nos países democráticos da Europa, para a mulher contra 77 para o homem, em 2012) e esta, também devida ao modo de vida mais regrada, sem os abusos mais frequentes no homem tanto na alimentação, compreendendo nestes o álcool, a droga e mesmo a grande quantidade de alimentos ingeridos, bem como no repouso insuficiente, podendo-se também explicar a maior longevidade da mulher, devido ao sistema imunitário feminino envelhecer mais lentamente que o masculino (Hirokawa et al., 2013).

É hoje considerado como dado adquirido que a quantidade e a qualidade dos alimentos ingeridos, particularmente se em excesso, é altamente condicionante do equilíbrio da saúde.

É contudo de crer que estes pressupostos da maior longevidade da mulher em relação ao homem, se vão gradualmente desvanecendo na medida em que a mulher passou de há uns anos a esta parte, a partilhar dos mesmos hábitos perniciosos do homem, particularmente no uso de bebidas alcoólicas, tabaco, drogas que provocam dependências, dos hábitos de vida nocturna, etc.

O facto de uma boa parte dos utentes ter sido institucionalizada devido a doença ou menor capacidade física, conforme os dados do inquérito, pode levantar questões éticas devido ao possível abandono por dificuldades por parte das famílias.

A sociedade de consumo actual em que os válidos da família, se vêem obrigados a trabalhar mais para ganhar meios de sustento que lhes permitam “*uma boa qualidade de vida,*” faz com que o stress (Pereira, 2001, 2006, 2008) os passe a acompanhar com maior frequência no trabalho e em suas casas. Os idosos por seu lado, com a crescente

longevidade, vão-se tornando mais frágeis, mais vulneráveis, gradualmente mais dependentes e, também, por vezes, mais exigentes, mas com um tipo de exigência por vezes devido à criação pessoal de hábitos estereotipados. O stress crescente do cuidador, retira-lhe as qualidades de resiliência necessárias para uma boa assistência.

Se o poder do cuidador devido ao stress diminui, o mesmo acontece ao poder do idoso, na medida em que se torna cada vez mais idoso.

O poder e o dever são, assim, passíveis de serem analisados por dupla reflexão. O cuidador vê diminuírem as suas capacidades de apoio ao idoso e este, torna-se cada vez mais dependente e cada vez mais exigente. Os utentes são internados para poderem usufruir de bons cuidados médicos, de psicologia, de fisioterapia e de higiene, necessários à construção de uma qualidade de vida e os cuidadores por seu lado têm cada vez menos qualidade de vida para satisfazer as necessidades.

O facto de serem os parentes ou amigos que, na maior parte das vezes, têm a iniciativa para internar o seu familiar, conduz-nos para a ética da família, devido à responsabilidade que estes sentem ter perante o seu parente que vai ser internado. Ou seja, a família tem a obrigação ética de promover os cuidados necessários e de os socorrer, visto que há a inversão de papéis e de necessidades (em jovens, foi o familiar mais velho que cuidou de quem agora presta os cuidados).

As condições das Instituições foram avaliadas como sendo boas e muito boas, o que quer dizer que estarão a cumprir as suas obrigações. As Instituições prestam cuidados subordinados a regras de higiene, alimentares, de asseio e de conforto e são auditadas pelos Serviços da Segurança Social, conferindo-lhes a boa qualidade sentida pelo idoso na colheita de dados. O idoso, por seu lado, vai-se tornado por vezes e gradualmente, menos crítico para os serviços que lhe são prestados, com uma aceitação, normalmente passiva, do que se lhes é oferecido, salvaguardando contudo os vícios comportamentais que cada um pode adquirir. É próprio da idade a diminuição do sentido crítico e por vezes até da deterioração do mesmo

A solidariedade imanente das Obras de Misericórdia, vai tornando o residente mais tranquilo, neutralizando desta forma a sua tristeza e a possível sensação de solidão/abandono. Neste sentido os cuidadores informais podem ficar mais tranquilos, reduzindo a sua ansiedade e inquietação colaborando na promoção de melhores respostas para a qualidade de vida do utente. Quanto nós vimos modificar-se o semblante quando o

familiar se aproxima. Ele é, na grande maioria das vezes, do seu sangue e tanto basta para que a alegria lhe venha ao rosto, quando o vê! A verdade é que, gradualmente a família vai tendo menos capacidade para lidar com as necessidades do idoso. Pelo contrário, na Instituição, o utente deve poder usufruir de todas as condições necessárias para o seu bem-estar.

É de realçar também a melhoria do grau de satisfação do idoso, dado pelo Serviço de Voluntariado (Anexo nº 6), em boa hora criado nalgumas Instituições e que se torna, já hoje, como uma mais-valia ao dar qualidade de vida aos dias de vida do idoso residente. Com o apoio dos e das voluntárias, como se costuma dizer, o idoso começa por erguer os seus olhos, que estavam sempre cabisbaixos, orientados para o chão, como se o mundo já não existisse para eles, e começam a olhar-nos e, à medida da nossa capacidade de intrusão nas suas mentes, de lhes vir aos lábios um sorriso ténue, (Ramos, 2013) seguido de uma face onde parece até vislumbrar-se uma certa alegria. Marie de Hennezel, já citada reforça muitas vezes a capacidade encoberta do nosso idoso, que é necessário provocar por pequenos gestos para que a sua mente se abra. Pela sua debilidade, própria do percurso de vida já percorrido, mantêm as suas reservas, não partilham as incertezas provocadas pela doença, apresentando dificuldades em expressar os seus sentimentos e emoções pela diminuição da sua capacidade cognitiva.

Constata-se uma certa dificuldade dos cuidadores em construir um diálogo à volta do assunto da doença, relacionada com o facto de este poder trazer consigo temas difíceis, tais como a morte ou o medo da debilidade crescente, acreditando que, se evitarem tais assuntos, ultrapassam e adaptam-se mais facilmente à situação.

Temos utilizado também os voluntários para provocar os idosos, no contar das suas histórias de quando eram jovens, dos modos de viver, dos parâmetros de conduta, com revelações de vivências dignas de serem conhecidas. Estamos mesmo na disposição de criar fascículos de vivências e histórias de vidas não identificados dada a exigência do anonimato, e, a criar neles, a curiosidade de se reverem nas memórias colhidas.

É um facto comprovado por vários autores, que o idoso tem uma grande reserva interior, da qual é capaz de se libertar se for criada a empatia necessária. Diz Vilaça Ramos que *“a imagem que se tem do idoso está longe de coincidir com a que ele tem de si próprio: a sua auto imagem, é quase sempre melhor.”* Diz mais que *“grande parte da bibliografia sobre a qualidade de vida assenta na avaliação da qualidade de vida dos*

*outros. Ora a qualidade de vida só pode ser correctamente avaliada na primeira pessoa*” (Ramos, 2013).

É essa a nossa experiência no contacto com os idosos. Ao mutismo inicial com a grande reserva perante os desconhecidos, segue-se, com o crescer da confiança, da empatia, o sorriso à nossa aproximação e a tomada de iniciativas para uma conversa nem que seja curta. Infelizmente muitos há que já terão ultrapassado a barreira da recuperação da sua agilidade mental, entrando na perda completa da sua capacidade crítica cognitiva.

Nestes casos a própria expressão facial, perde-se e, com essa perda, desaparecem também as manifestações da sua autonomia. O rosto não nos diz nada sobre a sua interioridade, muito deteriorada. Resta a sua dignidade que o identifica com ser uno e irrepetível, com um caminho de vida que o torna um sujeito e nunca um objecto, para ser “*usado*” ao sabor da vontade de outrem, como referia Emanuel Kant.

Há contudo idosos, embora raros, dentro dos 29,4%, que nunca deixam de manifestar o seu desgosto por terem sido levados para o Lar, não só sem o seu consentimento, como com a sua rejeição, tendo num caso, terminado com uma greve de fome que, em plena consciência e autonomia o fez optar por um processo de morte voluntária através de uma rejeição total dos alimentos.

Este processo de cuja “*manifestação de vontade*”, só tivemos conhecimento depois do seu falecimento, provocou por seu lado, um sentido de culpa infundada, num familiar que tem gerido um processo de auto culpabilização, quase diria de auto flagelação mental por, sendo uma pessoa culta e muito amiga do idoso, não se ter apercebido do seu estado de tristeza interior. São casos porventura muito raros, mas que nos aconselham a que seja feito um diagnóstico das suas emoções, justificando plenamente a intervenção do psicólogo para apoio e tratamento dos processos depressivos.

Relativamente à sobrecarga do cuidador, verificou-se que esta é mais sentida ao nível financeiro. Por um lado o cuidador informal deve sentir a obrigação ética de dar as melhores condições ao seu familiar, mas por outro, está a gerar dificuldades económicas próprias, relativamente à gestão do seu dia-a-dia. Apesar das dificuldades, esta amostra apresenta níveis de saúde mental baixos a moderados.

Segundo vários autores, o cônjuge é considerado um elemento fundamental de suporte social (Biffi & Mamede, 2004). Concomitantemente, perante as dúvidas de como deve agir numa situação de alterações comportamentais e emocionais próprias de quem

está doente, o cuidador vai piorando a sua qualidade de vida e saúde mental (Huguet, Morais, Osis, Pinto-Neto, & Gurgel, 2009).

Caso não se intervenha a este nível, a saúde mental pode piorar também devido ao avanço da idade dos cuidadores conforme já foi referido.

Há necessidade de a sociedade, através da solidariedade social, dar formação aos cuidadores para promover a sua própria saúde mental, bem como para ter capacidade para lidar com o familiar que necessita de apoio.

Relativamente ao distress emocional, verificou-se que os cuidadores apresentam valores moderados. É necessário, contudo, salientar que o termómetro emocional mais pontuado foi o da ansiedade, seguido do termómetro que se refere à necessidade de ajuda. Apesar de não se verificarem valores elevados de stress, importa estar atento a estas dimensões de alteração emocional, para se poder actuar o mais precocemente possível junto dos cuidadores.

No que concerne ao grau de proximidade e consanguinidade com o utente, verificou-se que, quanto mais próxima for a relação (cônjuge, irmão ou filho, por ordem decrescente), pior é a saúde mental e maior é o stress e sobrecarga emocional. Estes dados confirmam os estudos realizados por Biffi e Mamede (2004) e Moreira et al. (2009), na medida em que é referido que os familiares mais próximos sofrem mais com a ausência da pessoa institucionalizada.

Os autores referem que as relações interpessoais próximas possuem um papel fundamental na dificuldade com que os indivíduos se adaptam a qualquer acontecimento perturbador. Neste sentido, o facto de se estar envolvido numa relação interpessoal próxima, é suficiente para predizer um maior sofrimento, sendo este facto explicado pela falta do apoio emocional e instrumental devido ao afastamento.

Estudos realizados por Monteiro, Tavares e Pereira (2008), têm enfatizado o contributo do suporte social e do optimismo disposicional para a promoção da saúde e bem estar do individuo não só no seu dia-a-dia, bem como em situações de adversidade.

Relativamente à idade, verificou-se que, quanto mais velhos forem os utentes e os seus cuidadores informais, pior será a sua saúde mental e menor será o suporte familiar.

A idade é um factor que influencia também a sua saúde física, levando a uma antecipação das suas necessidades, visto que com o avançar da idade se vão perdendo as capacidades de resposta de adaptação devido à degradação natural dos órgãos, aparelhos e



sistemas, particularmente no aparelho cardiovascular, urinário, digestivo e locomotor, ao cansaço e solidão sentidos pela falta do seu familiar.

Estes resultados corroboram os dados obtidos por (Ribeiro, 2012), que verificou que à medida que a idade aumenta, menor vai ser o envolvimento social, e o afastamento na chamada morte social, traduzindo-se também num menor acesso a apoio e suporte social e familiar, bem como menores vão ser as capacidades físicas, aumentando a dor e o desconforto sentido. Estes dados são válidos quer para o idoso, quer para o seu cuidador, que com o avançar da idade, se vai tornando cada vez mais incapaz de suprir todas as necessidades do seu familiar a cuidar.

Todos estes factores influenciam negativamente a saúde mental de ambos.

Poderá e deverá também ser promovido o apoio psicológico e formação aos cuidadores, para que estes se possam responsabilizar, integrar e envolver junto das instituições onde foram internados os seus familiares. Desta forma pretende-se que o cuidador se mantenha mais resiliente, fortalecendo a sua saúde mental e aprendendo a lidar com as incapacidades físicas e doenças dos seus familiares, e que não se tornem eles próprios precocemente dependentes. É necessário que se dê a possibilidade aos familiares, especialmente ao cuidador principal informal, de viver em si a debilidade crescente do seu familiar internado ou à espera de poder ser internado, sugerindo o seu próprio tratamento com a figura do já descrito descanso do cuidador, internando por pequenos períodos o idoso, alvo de cuidados, nos chamados cuidados ao cuidador.

De um modo geral, apesar dos dados recolhidos, urge pensar sobre as limitações da investigação a que nos propusemos. Neste sentido, a idade dos questionados relacionada com a sua longevidade e nível de dependência, cada vez mais notória poderá originar respostas que não obedeçam a uma manifestação real e esclarecida sobre o seu conteúdo. A capacidade cognitiva do idoso, vai-se degradando com o decorrer dos anos e temos mesmo a sensação de que o ritmo dessa perda se vai acelerando exponencialmente com o tempo que passa no Lar.

É muito frequente a constatação actual do grau de dependência crescer de ano para ano com uma percentagem assustadora, aliás do conhecimento da Segurança Social que, desta forma tem que, segundo a legislação em vigor, aumentar a comparticipação monetária para as entidades responsáveis pelo seu acolhimento aumentarem a dotação de colaboradores para a prestação de cuidados, sejam eles na higiene, na ajuda para a

alimentação na ingestão dos alimentos, no levantar e no deitar da cama, nas suas deslocações quando para tal perderam também a autonomia de marcha e têm que ser deslocados em cadeiras de rodas etc.

Parece ser uma constatação mais ou menos constante no trabalho realizado pelo homem, que, quando o termina, o deveria recomeçar de novo para, reconhecendo as imperfeições tanto oriundas da falta de experiência, como quando já a há, pela exigência salutarmente crescente na melhoria do trabalho a que cada um se propõe, no chamado caminho da perfeição. O caminho faz-se caminhando como disse, o referido Fernando Pessoa.

Se por um lado, o conhecimento adquirido com a nossa experiência nos diversos ramos do saber, nos vai tornando cada vez mais exigentes, na constatação da *múltipla escala de cinzentos encontrada entre o branco e o preto*, que eram porventura as únicas cores conhecidas, não é de menosprezar o sentido da relatividade dos objectivos, sem o que poderíamos correr o risco de aventuras perfeitamente inconsequentes e mais prejudiciais do que benéficas para a sociedade.

Por outro lado também, com este trabalho, poderemos criar condições, para debates ao nível local, distrital ou regional e poderemos chamar a atenção dos respectivos responsáveis, para melhorar as condições de assistência nas ERIS. Desta forma, poderão assim surgir novos paradigmas relacionados com a assistência aos residentes de lares, particularmente aos mais dependentes, e cujas famílias não têm condições técnicas e sanitárias para os manter na sua casa. A percentagem de grandes dependentes nessas condições, começa a ser preocupante e a exigir soluções que respeitem a dignidade de quem já perdeu completamente a sua autonomia.

Parece-nos que seria útil um estudo longitudinal no sentido de serem analisados os caminhos relacionais do idoso e do cuidador desde que ele passa a residente dos Lares. Será possível inverter o tipo de sociedade que criámos e da qual somos vítimas e autores?

Numa hipótese de trabalho, será possível que amanhã, e num amanhã a curto ou médio prazo, se possam modificar os caminhos de internamento e transformar os Lares em Centros de Dia? Será realmente uma utopia? Se um dos motivos da ida para os Lares, é a solidão do idoso na sua casa porque os familiares têm as obrigações diárias com o trabalho para angariar meios de subsistência, porque não receber o seu idoso na sua casa ao fim do dia, enriquecendo-a com a cultura da tradicional comunicação que passou oralmente

durante séculos como ainda acontece em África, depois de ter passado o dia em Centros de Acolhimento e Diversão?

Porque não analisar o modo de actuação da cultura islâmica, no seu tipo de famílias, que embora aparentemente polígamas, mantem o idoso no agregado familiar até à sua morte? Seria talvez um estudo muito interessante analisar os valores com que nessas sociedades se ponderam as relações entre as várias gerações entre avós, pais, esposa ou esposas e filhos, que coabitam os mesmos lares familiares.

Será possível ainda nesta sociedade que herdámos e que por vezes parece que vamos consolidando, inverter a marcha tanta vez aparentemente desumanizante, e voltar a uma benéfica alteração de valores *revitalizando o ser e relativizando o ter, retirando o homem da escravatura do ter em que o meteram?*

Temos, e não deixaremos de reconhecer que não é este o local para este tipo de reflexões, mas um sentido de pretensa justiça social parece ter sempre lugar nos nossos pensamentos.

Sem termos a pretensão de doutrinadores, sentimos que algo não está bem e que talvez haja ainda lugar para revalorizar a família, embora pareça um dado adquirido que a cultura ocidental pareça dar sinais da sua destruição progressiva com a conseqüente marginalização dos idosos que têm que “mudar de casa” e habitar nos Lares.

Talvez a vertente dos valores vividos em família, possam ser exaltados e assim se poder suavizar o stress de que todos sofremos na actualidade ocidental e que começa e acaba por ser talvez uma das razões de internamento dos idosos nos Lares.

Utopias...

### Referências

- Araújo, O. (2009). Idoso em Contexto Familiar e Institucional: Um Estudo Exploratório e Descritivo. *Revista Portuguesa de Bioética*. 7, 95-110.
- Bachofen (1981). A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado. In Friederich Engels (1884).
- Barroso, V. (2006). *Órfãos Geriatras: sentimento de Solidão e Depressividade face ao Envelhecimento*. Monografia. Lisboa: ISPA
- Benevides, A. (2002). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. S. Paulo. Casa do Psicólogo.

- Biffi, R. G., & Mamede, M. V. (2004). Social Support in the rehabilitation of mastectomized women: the role of the sexual partner. *Revista da Escola de Enfermagem UPS*, 38(3), 262-269
- Bonfim, C.(1996). *A População Idosa, Análise e Perspectivas: A Problemática dos Cuidados Intrafamiliares*. Lisboa: Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação..
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Claret, M. (1997). Charles Darwin, Vida e Pensamentos.
- Costa, I. (2009). *Burnout e Qualidade de Vida em prestadores de cuidados informais*. Universidade Fernando Pessoa: Porto.
- Costa, J. Guimarães, R; Ananias, S. (2008). Análise do Impacto de um Programa de Orientação/ Educação na Sobrecarga e Qualidade de Vida de Cuidadores de Idosos: Tecer. Belo Horizonte, 1(0), 37-47.
- Cuervo, L. (1947). Cultura de la vida Y Tipos de família. Zimmerman Família Y Civilizacion. Retirado de [www.elsalvador.com](http://www.elsalvador.com)
- Silva, M. J.; Silva B. (2009). Evaluacion De La Presencia del índrome de Bournout en Cuidadores de Ancianos. *Enfermaria Global* (16).
- Engels, F. (1891). *A Origem da Família Da propriedade Privada E Do Estado*. Editorial Presença.
- Fernandes, S. (2010). Vivências em Lares de Idosos: Diversidade de Percursos. Departamento de Ciências da Educação e do Património. 2010
- Figueiredo, D. (2007). Cuidados a familiares ao idoso dependente Cadernos. Lisboa: Climepsi
- Figueiredo, A. (2011). *A Igreja de Aguada de Cima, Do passado ao Presente*. Águeda.
- Figueiredo, A. (2009). *A Natureza como Património do Homem e o Homem como Património da Natureza*. Aveiro: Academia de Saberes de Aveiro.
- Figueiredo, A. (2006). *Consentimento para o acto médico*. Mestrado em Bioética. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Figueiredo, A. (2011). *Da ética à Bioética* Academia de Saberes de Aveiro.
- Figueiredo, A. (2010). *Da Minha Memória Médica*. Águeda: Anata.
- Figueiredo, A., Neves A., Ramos D. (2009). *Misericórdia de Águeda, 150 anos de História*.

- Floriani, C. (2004). Cuidador Familiar: sobrecarga e Protecção. *Revista Brasileira de Cancerologia*;50(4).
- Fonseca, A. M. (2006). O envelhecimento: Algumas Questões de Bioética. *Cadernos de Bioética. Ano XVII*(40).
- Franco, F. M. F. (1794). *Medicina Theologica ou Supplica Humilde*. Lisboa.
- Henezel, M. (2011) *O Coração não envelhece*. Casa das Letras.
- Katsuiku, H., Masanori, U., Yoshio, H., Masanobu, K., Takashi, M., & Tamas, F.(2013). Slower immune system aging in women versus men in the Japanese population. *Immunity & Ageing, 10*(19), 1-9.
- Huguet, P. R., Morais, S. S., Osis, M. J. D., Pinto-Neto, A. M. & Gurgel, M. S. C. (2009). Quality of live and sexuality of treated for breast cancer. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia, 31*(2), 61-67
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau; Formação e Saúde.
- Júnior, R., Tavares, M. (2005). A Saúde sob o olhar do Idoso Institucionalizado: conhecendo e valorizando a sua opinião. *Interface-Comunic, Saúde, Educ, 9*(16), 147-158.
- Leandro, M.E. (2003). Família em Mudança. *Cadernos de Bioética, Ano XII*(33), 57-70.
- Mãe, V.H. (2011). *A máquina de fazer espanhóis*. Lisboa: Alfabeta.
- Marques, F. (2006). *Principais Abordagens Teóricas sobre a Família. Antropologia. Curso de História das Religiões*. Instituto Superior de Ciências Religiosas de Aveiro.
- Martins, R. (s/d). *A Depressão no Idoso*. Spectrum. Escola Superior de Saúde do Instituto Superior Politécnico de Viseu.
- Martins, T., Ribeiro J.L.P., Garrett, C. (2004). Estudo da Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. *Psicologia, Saúde e Doenças* (4)
- Martins, T., Araújo, F.,. (2011). Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal. Dissertação Mestrado. Porto
- Martins, T., Ribeiro, J.L.P., Garret, C. (2004). Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) - Reavaliação das Propriedades Psicométricas. *Revista Referência* (11), 17-31

- Matos, M., (2004). Psicologia da Saúde, Pública e Saúde Internacional. *Análise Psicológica*, 3(XXII), 449-462.
- Mitchell, A., Baker-Glenn., Granger, L., & Symonds, P. (2009). Can the Distress Thermometer be improved by additional mood domains? Part I. Initial validation of the Emotion Thermometers tool. *Psycho-Oncology*, 19(2), 125-133.
- Monteiro, S., Tavares, J.; & Pereira, A. (2008) Optimismo disposicional e bem estar psicológico: O papel mediador do suporte social (Abstract). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (S1), 85.
- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2009). O Papel da Intimidade Conjugal na Qualidade de Vida da Mulher com Cancro da Mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1), 127-147
- Oliveira, K et al. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo*, II(2), 351-359.
- Pais, J.M. (2006). *Nos Rastos da Solidão. Deambulações Sociológicas*. Porto: Ambar.
- Pedro, J. (2010). Resiliência e Educação. *Revista Portuguesa de Bioética*, (10), 17-32.
- Pereira, A. (2006). Stress e doenças: Contributos da psicologia da Saúde na última década  
In Isabel Leal (Eds) *Perspectivas em psicologia da Saúde* Coimbra: Quarteto Editora 145-167.
- Pereira, A. (2001). Resiliência, personalidade, stress e estratégias de *coping*. In tavares, J., Yunes, M., Szymansky, H., Pereira, A. Ralha-Simões, H. & Carriço, M. (Orgs.) *Resiliência e Educação*. São Paulo: Cortez Editora. 77-94.
- Pereira, A. (2008) Deontologia e Ética nos serviços de Psicologia no Ensino Superior. In M. Céu Taveira e Jorge Silvério (org) *Intervenção Psicológica no Ensino Superior* Minho: Universidade do Minho 9-17
- Pereira, M.G. & Teixeira, R.J. (2010). *Termómetros Emocionais - 5 itens*. Tradução e Versão de Investigação, Centro de Investigação em Psicologia (CIPsi), Universidade do Minho.
- Pereira, L.P. T. (2010). *Solidão e Depressão no Idoso Institucionalizado*. UTAD.
- Pinhel, J. (2011). *Solidão nos Idosos Institucionalizados em Contexto de Abandono Familiar*. Bragança.
- Quaresma, M.L. (1996). *Cuidados Familiares às Pessoas Muito Idosas*. Lisboa: Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.

- Ramos, V. (2000). *Imagiologia e ética*. Comunicação no Congresso da Sociedade Portuguesa de Radiologia. Vilamoura.
- Ramos, V. (2001). Qualidade de vida e envelhecimento: novos desafios à bioética.
- Ramos, V. (2008). *Investigação em medicina: alguns problemas éticos*. *Cadernos de bioética*, XII(33), 157-170.
- Ramos, V. (2008). O doente perante o seu fim: autonomia ou paternalismo? *Cadernos de bioética*, XII(33), 17.
- Ramos, V. (2013). *Viagem ao outono da vida*. Comunicação apresentada na Sessão de Academia Nacional de Medicina de Portugal. Coimbra.
- Ribeiro, J.L.P. (2001). Inventário de Saúde Mental: Um estudo de adaptação para a população Portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 77-99.
- Ribeiro, J.L.P. (2011). *Inventário de saúde mental*. Lisboa: Placebo editora.
- Ribeiro, L. (2012). Funções motivacionais e personalidade em voluntários hospitalares: relação com o bem-estar psicológico e a qualidade de vida. Tese Mestrado apresentada à Universidade de Aveiro.
- Rodrigues, L., Menegócio, A., Pereira, W. (2010). *Institucionalização: Transformações e interpretação de vida dos idosos*. São Paulo: Caderno Temático Kairós Gerontologia, 79-90.
- Serra, A. (1980). O que é a Ansiedade. *Psiquiatria Clínica*, 1(2), 93-104.
- Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Simões, J. (2008). Reflexão bioética sobre a situação do idoso e sua família. *Revista Portuguesa de Bioética*. 5, 231-248.
- Soares, Maria L. (2003). Família. *Cadernos de Bioética*. XII (33). 47-56.
- Torres, A., Pereira, A. & Monteiro, S. (2010). Contributo para a promoção da saúde dos idosos: a utilização de videojogos (pp.43-51). In Leal, L. & Pais Ribeiro, J. (Eds.) *Psicologia da Saúde: Sexualidade, Género e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Veit, C.T., & Ware, J.E., Jr. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 730-742.
- Zimmerman, C.. As Raizes doCaos. Acedido em <http://www.clickfamilia.org.br/default.aspx?pagecod=316>

## **ANEXOS**



## Anexo 1

Exmo. Colega Senhor Provedor da Santa Casa de...

Estou a fazer um Mestrado em Psicologia na Universidade de Aveiro, cujo tema de tese será “As Famílias e os Lares de Idosos”.

Penso que a desagregação familiar é uma das causas de maior procura dos Lares para os idosos da nossa sociedade.

Para confirmar ou negar esta hipótese de trabalho gostaria de fazer um inquérito aos idosos dos nossos Lares, bem como aos seus cuidadores informais, (habitualmente o familiar mais interessado no seu bem-estar). Para isso tomo a liberdade de lhe pedir a sua colaboração, fazendo com que, com o auxílio dos seus colaboradores (Director/a técnico, Psicólogo, Animador Social ou outro) possa fazer a colheita de dados através dos inquéritos ao idoso e ao cuidador, que junto, e que gostaria de receber preenchidos dentro de trinta dias.

Ficarei muito grato pela sua colaboração e pelo envio dos inquéritos preenchidos, para a Santa Casa da Misericórdia de Águeda, ou para a minha direcção

Receba cumprimentos muito agradecidos

Águeda, 19 de Janeiro de 2013

Amorim Rosa de Figueiredo

(Provedor da SCMÁgueda)

Santa Casa da Misericórdia de Águeda - Rua da Misericórdia 3750-130 Águeda

Amorim Figueiredo - Rua da Azenha 202 - 3750-041 Aguada de Cima

amorimfigueiredo sapo.pt

Idoso

**Anexo 2****Consentimento para um inquérito**

Sou Amorim Rosa de Figueiredo, médico e Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Águeda.

Para procurar melhorar os serviços prestados nos Lares de Idosos, gostaria de saber a sua opinião sobre o que pensa destes estabelecimentos, para podermos ajudar a sua melhoria sempre que tal se mostre recomendado.

Para isso, dentro de um estudo académico universitário, apresento-lhe este questionário, pelo qual espero colher elementos que permitam realizar melhor a nossa acção. O preenchimento é de sua livre vontade. Só preenche se quiser e pode preenchê-lo total ou parcialmente, não sendo penalizado se recusar a fazê-lo. No inquérito, que é confidencial, não consta o seu nome, nem qualquer outra identificação, respeitando totalmente o anonimato. Pensamos que a sua resposta poderá ser útil para si e para os que, depois de si, forem para os Lares de Idosos.

A sua resposta será guardada numa caixa fechada para no fim se apreciarem as respostas na globalidade e tirar conclusões sobre o que se deve melhorar.

Muito obrigado pela sua colaboração.

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos

2. Sexo: Feminino  Masculino

3. Estado civil

Casado(a)   
Solteiro(a)   
Divorciado(a)   
Viúvo(a)   
União de facto

4. Habilitações Literárias

Sem habilitações   
1º ciclo do ensino Básico (4ª Classe)   
2º Ciclo do Ensino Básico (6º Ano)   
3º Ciclo do Ensino Básico (9º Ano)   
Ensino Secundário (12º Ano)   
Ensino Superior

5. Sabe ler e escrever?

Sim, ler e escrever   
Só ler   
Não

6. Qual era a profissão/actividade?

Doméstica   
Trabalhador por conta própria   
Trabalhador por conta de outrem   
Profissional Liberal   
Outro. Qual? \_\_\_\_\_

7. Número de descendentes: \_\_\_\_\_

8. Número de irmãos: \_\_\_\_\_

9. Profissão do(s) filho(s).

Doméstica   
Trabalhador por conta própria   
Trabalhador por conta de outrem   
Profissional Liberal   
Outro. Qual? \_\_\_\_\_

10. Profissão do(s) cuidador(es) informal(ais).

Doméstica   
Trabalhador por conta própria   
Trabalhador por conta de outrem   
Profissional Liberal   
Outro. Qual? \_\_\_\_\_

11. Quais os motivos que o levaram a vir para a instituição?

- Solidão
- Situação financeira
- Doença / menor capacidade física
- Condições habitacionais
- Abandono familiar
- Outros. Quais? \_\_\_\_\_

12. Quem teve a iniciativa de vir para a instituição?

- Vontade própria
- Parentes / amigos

13. Pratica alguma religião?

- Não
- Sim
- Qual? \_\_\_\_\_

14. Veio para a Instituição contra a sua vontade?

- Sim
- Não

15. Gostaria de voltar para casa?

- Sim
- Não

16. Actualmente, como se sente ao frequentar a instituição?

- Satisfeito
- Contrariado

17. Gosta das divisões da instituição?

- Sim
- Não

18. Que pensa dos serviços prestados pela instituição, avaliando de 1 a 4, sendo 1 mau, 2 satisfatório, 3 bom e 4 muito bom

	1	2	3	4
Higiene/conforto				
Equipa Clínica				
Equipa Técnica				
Alimentação				
Tratamento de roupas				
Animação Sócio-cultural				
Voluntariado				
Serviço religioso				
Outros: _____				

19. Gosta do convívio com os colegas?

- Sim
- Não

20. Tem algum passatempo preferido?

- Não
- Sim
- Qual?
- Musica  Dança  Leitura
- Outro: \_\_\_\_\_

Muito obrigado pela sua colaboração.

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Anexo 3

Cuidador

## Consentimento para um inquérito

Sou Amorim Rosa de Figueiredo, médico e Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Águeda.

Para procurar melhorar os serviços prestados nos Lares de Idosos, gostaria de saber a sua opinião sobre o que pensa destes estabelecimentos, para podermos ajudar a sua melhoria sempre que tal se mostre recomendado.

Para isso, dentro de um estudo académico universitário, apresento-lhe este questionário, pelo qual espero colher elementos que permitam realizar melhor a nossa acção. O preenchimento é de sua livre vontade. Só preenche se quiser e pode preenchê-lo total ou parcialmente, não sendo penalizado se recusar a fazê-lo. No inquérito, que é confidencial, não consta o seu nome, nem qualquer outra identificação, respeitando totalmente o anonimato. Pensamos que a sua resposta poderá ser útil para si e para os que, depois de si, forem para os Lares de Idosos.

A sua resposta será guardada numa caixa fechada para no fim se apreciarem as respostas na globalidade e tirar conclusões sobre o que se deve melhorar.

1. Idade: \_\_\_\_ anos

2. Sexo Feminino  Masculino

3. Estado civil

- Casado(a)   
 Solteiro(a)   
 Divorciado(a)   
 Viúvo(a)   
 União de facto

4. Habilitações Literárias

- Sem habilitações   
 1º Ciclo do ensino Básico (4ª Classe)   
 2º Ciclo do Ensino Básico (6º Ano)   
 3º Ciclo do Ensino Básico (9º Ano)   
 Ensino Secundário (12ºAno)   
 Ensino Superior

5. Relação com o cliente/utente/ idoso

- Filho(a)   
 Sobrinho(a)   
 Cônjuge   
 Irmão(ã)   
 Primo(a)   
 Amigo(a)   
 Outro. Qual? \_\_\_\_\_

6. Qual a sua profissão/actividade?

- Doméstica   
 Trabalhador por conta própria   
 Trabalhador por conta de outrem   
 Profissional Liberal   
 Outro. Qual? \_\_\_\_\_

7. Quais os motivos para levar o seu familiar para a instituição?

- Situação financeira   
 Doença/menor capacidade física   
 Condições habitacionais inadequadas   
 Falta de tempo para prestar os cuidados necessários   
 Falta de relacionamento familiar   
 Cansaço pelos cuidados prestados   
 Outros. Quais? \_\_\_\_\_

8. Quem teve a iniciativa de vir para a instituição?

- O cliente/utente / idoso   
 Parentes/amigos   
 Outros. Quais? \_\_\_\_\_

9. O cliente/utente está na instituição por sua própria vontade?

- Sim   
 Não

10. Com que frequência visita o(s) seu(s) familiar(es) na instituição?

- Diariamente   
 Semanalmente   
 Mensalmente   
 Anualmente   
 Não Visita

11. Costuma levar o cliente/utente/idoso para passeios ou outras actividades fora da instituição?

- Sim   
 Não

12. Gosta das divisões da instituição?

- Sim   
 Não   
 Porquê? \_\_\_\_\_

13. Quais as suas perspectivas em relação ao cliente/utente/idoso?

- Que tenha condições para regressar a sua casa   
 Que tenha condições para ingressar em Centro de Dia   
 Que tenha Condições para ingressar em Apoio Domiciliário   
 Que se mantenha no lar

14. Considera a Estrutura Residencial para Idosos a melhor resposta social?

- Sim   
 Não   
 Porque? \_\_\_\_\_

15. Que pensa dos serviços prestados pela instituição, avaliando de 1 a 4, sendo 1 mau, 2 satisfatório, 3 bom e 4 muito bom

	1	2	3	4
Higiene/conforto				
Equipa Clínica				
Equipa Técnica				
Alimentação				
Tratamento de roupas				
Animação Sócio-cultural				
Voluntariado				
Serviço religioso				
Outros:				

Muito obrigado pela sua colaboração.

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Anexo 4

### ***Avaliação do impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal (QASCI)\****

No quadro seguinte apresentamos uma lista de situações que outras pessoas, que prestam assistência a familiares doentes, consideraram importantes ou mais frequentes. Por favor indique referindo-se às últimas 4 semanas, a frequência com que as seguintes situações ocorreram consigo.

<b>Nas últimas 4 semanas</b>	<b>Não/ Nunca</b>	<b>Rara- mente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
<b><i>Sobrecarga emocional</i></b>					
1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?	1	2	3	4	5
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	1	2	3	4	5
3. Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
4. Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
<b><i>Implicações na vida pessoal</i></b>					
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	1	2	3	4	5
7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5
8. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?	1	2	3	4	5
10. Sente que a vida lhe pregou uma partida?	1	2	3	4	5
11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?	1	2	3	4	5
12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa(o)?	1	2	3	4	5
13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	1	2	3	4	5
14. A sua vida social, (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
15. Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
<b><i>Sobrecarga financeira</i></b>					
16. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
17. Sente que o seu futuro económico é incerto, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5

**Reacções a exigências**

18. Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
19. Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
20. Sente que o seu familiar a(o) solicita demasiado para situações desnecessárias?	1	2	3	4	5
21. Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5

**Mecanismo de eficácia e de controlo**

23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
24. Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5

**Suporte familiar**

26. A família ( que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
27. Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?	1	2	3	4	5

**Satisfação com o papel e com o familiar**

28. Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?	1	2	3	4	5
30. Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?	1	2	3	4	5
31. Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele?	1	2	3	4	5
32. Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	1	2	3	4	5

\* Martins, T; Ribeiro, JLP; Garrett, C (2003)



## Anexo 5

### INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL

(José Luís Pais Ribeiro, 2011)

**Instruções:** Abaixo vais encontrar um conjunto de questões acerca do modo como te sentes no dia a dia. Responde a cada uma delas assinalando num dos quadrados por baixo a resposta que melhor se aplica a ti.

1. Durante quanto tempo, no mês passado te sentiste muito nervoso?

sempre	quase sempre	a maior parte do tempo	durante algum tempo	quase nunca	nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

2. Durante quanto tempo, no mês que passou, te sentiste calmo e em paz?

sempre	quase sempre	a maior parte do tempo	durante algum tempo	quase nunca	nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

3. Durante quanto tempo, no mês que passou, te sentiste triste e em baixo?

sempre	quase sempre	a maior parte do tempo	durante algum tempo	quase nunca	nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

4. Durante quanto tempo, no mês que passou, te sentiste triste e em baixo, de tal modo que nada te conseguia animar?

sempre	quase sempre	a maior parte do tempo	durante algum tempo	quase nunca	nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

5. No último mês durante quanto tempo te sentiste uma pessoa feliz?

sempre	quase sempre	a maior parte do tempo	durante algum tempo	quase nunca	nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------



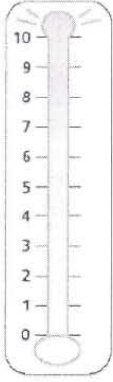
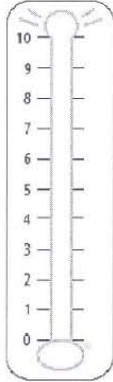
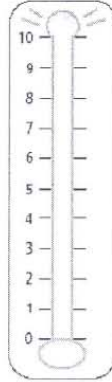
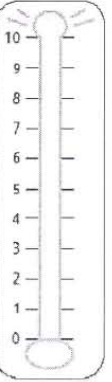
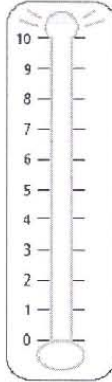
## Anexo 6

Termómetros Emocionais e *Checklist* de Problemas  
Alex Mitchell ©  
Versão de Investigação de Pereira & Teixeira - Universidade do Minho, 2010

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

Estudo N<sup>o</sup>. \_\_\_\_\_

Data. \_\_\_\_\_

	1. Sofrimento Emocional	2. Ansiedade	3. Depressão	4. Revolta	5. Necessidade de Ajuda	
Extremo						Desesperadamente
Nenhum						Consigo Resolver Sozinho(a)
<b>Outros problemas:</b> _____						
_____						
_____						

## **Anexo 7**

### **CÓDIGO DE ÉTICA DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ÁGUEDA**

#### **O que somos**

A Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Águeda é uma Instituição de Solidariedade Social com 150 anos de actividade, fundada em 12 de Novembro de 1859 e descendente das Santas Casas suas congéneres mais antigas, que datam de fins do século XV.

As Santas Casas constituíram-se dentro da Igreja Católica, donde bebem a sua doutrina cristã na prática das Obras de Misericórdia, especialmente as corporais.

As Santas Casas têm princípios de propósitos comuns, mas com autonomia conferida pelo seu modelo de actuação no chamado Compromisso que não é mais do que um estatuto que dá feição legal aos fins a que se destina.

A Santa Casa tem personalidade jurídica civil, no âmbito das Instituições de Solidariedade Social, mediante participação escrita da sua erecção canónica, feita pelo Ordinário Diocesano aos Serviços Competentes do Estado, de acordo com as leis vigentes.

Os associados que formam os corpos dirigentes e dirigidos apelidam-se de Irmãos, no modelo da primeira Irmandade da Senhora da Misericórdia, instituída pela rainha D. Leonor em 1498.

Todos os Irmãos da Santa Casa em exercício de funções prestam a sua colaboração para os fins a que se destina, no regime de voluntariado, interditos pelo Compromisso de auferirem ganhos pelos serviços prestados, sejam eles de forma esporádica ou pela integração dos seus corpos sociais.

A Santa Casa da Misericórdia de Águeda tem como edifícios para prestar assistência a Casa da Criança e o Lar Conde de Sucena em Águeda e a Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda, com o Lar Madame Lea Breda e a Unidade de Cuidados Continuados Dr. António Breda, em Barrô, além de um edifício administrativo polivalente sediado em Águeda.

As Santas Casas, desde as suas fundações, têm como missão principal dar de comer a quem tem fome, dar de beber a quem tem sede, vestir os nus, visitar os enfermos, visitar os presos e encarcerados, enterrar os mortos e dar pousada aos peregrinos, constituindo em si as sete obras de misericórdia corporais.

### **Como somos**

A Santa Casa presta serviços de solidariedade humanitária aos seus dependentes, desde os primeiros meses de idade, até ao último sopro de vida.

A Santa Casa de Águeda presta serviços a crianças desde creche, pré escolar e CATL (Centro de Apoio de Tempos Livres) na Casa da Criança; serviços de Centro de Acolhimento de Dia a idosos indo buscá-los de manhã e levá-los a casa ao fim do dia; serviço de Apoio Domiciliário com higiene e alimentação, com ou sem apoio integrado de cuidados de saúde; Lar de idosos em Águeda e em Barrô e Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação e de Longa Duração e Manutenção em Barrô.

A Santa Casa tem uma sede administrativa geral sediada nos terrenos em Águeda, que dá apoio às delegações de Águeda e às da Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda. Cada uma é responsabilizada por uma Directora Técnica, apoiada por capelão, pessoal técnico especializado, desde médicos, fisiatras, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogas, fisioterapeutas, professores, animadoras, educadoras infantis, motoristas etc.

A Santa Casa vive de doações ou legados de irmãos e benfeitores, que já foram mais frequentes do que na época actual, das quotas dos irmãos, de muito trabalho voluntário e das verbas de participação distribuídas pelo Estado através do Ministério da Saúde para as Unidades de Cuidados Continuados, e do Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social, Ministério da Educação e das Autarquias Locais, para os restantes utentes.

A Santa Casa, como Instituição Particular de Solidariedade Social, não tem fins lucrativos, mas sente obrigação absoluta de gerir da melhor forma as suas receitas para dar a melhor

qualidade de vida aos seus utentes e fazendo render os seus talentos, como manda a sua imanente doutrina.

Aos beneficiados da Santa Casa, não se pergunta quando se candidatam a serem utentes, qual o seu credo religioso, ou sequer se o tem, embora seja uma Instituição oriunda e criada na doutrina cristã.

### **Para quem somos**

A Santa Casa da Misericórdia de Águeda, nas valências enunciadas, trata os deserdados da sorte, os pobres e os famintos, os doentes que estão internados por complicação após acolhimento, as crianças desde a mais tenra idade até à idade escolar e mesmo durante ela, na ocupação dos tempos livres e os idosos sós ou abandonados, mas que não têm apoio nas suas casas.

Todo o universo dos seus utentes são seres humanos que dependem total ou parcialmente de quem os cuida.

Os seus utentes são na grande maioria pessoas idosas, que trazem consigo vidas vividas com hábitos, culturas, vícios, angústias e tristezas, que os tornam muito diferentes e muito especiais, a merecerem todo o respeito. Serão estas características que os tornam únicos e que, dentro do possível, desde que não perturbadoras do bom convívio e respeito entre todos, devem ser compreendidas.

As Santas Casas constituem-se, pela cultura dos seus valores morais, éticos e religiosos, como exemplos de conduta nos locais onde estão sediadas, desempenhando um papel muito importante na construção de uma sociedade mais justa, mais solidária, com respeito pela dignidade humana, seja de ricos ou pobres, idosos ou jovens, negros, brancos ou amarelos, religiosos, agnósticos ou ateus.

As Santas Casas estão inseridas nas sociedades locais, onde se constituem como o segundo maior empregador nacional a seguir às autarquias, com cerca de 211000 colaboradores ou trabalhadores. São em número de cerca de 400 a nível do território continental e insular

As Santas Casas pela prática da sua ideologia são elementos formadores integrais do ser humano como um todo

## **Direitos e deveres dos utentes**

### **Direitos**

A dignidade inerente a todo o ser humano nosso utente obriga a ser respeitado por todos os colaboradores das diversas profissões, que são contratados pela Instituição única e exclusivamente para lhes prestar os serviços de que necessitam, especialmente se estiverem com perda parcial ou total da sua autonomia.

Os utentes têm o conseqüente direito ao bom nome, que também pelo seu comportamento devem manter, para melhor o merecerem

Os utentes têm o direito a bons cuidados de saúde física mental e social, higiene e conforto, bem como a boa alimentação.

Este direito será tanto maior quanto menor for a sua autonomia e capacidade reivindicativa, com o inerente dever de quem os serve

Os utentes têm o direito à prática do seu culto religioso desde que haja possibilidade de o prestar, sem interferir no culto de cada um, ou de negar qualquer um.

Os utentes têm o direito de mostrar as suas mais diversas capacidades e os seus sentimentos, salvo quando as suas manifestações forem contra o bem comum dos outros que partilham os mesmos espaços.

Os utentes têm o direito de reclamar perante serviços que, correctamente, pensem desajustados às suas necessidades.

### **Deveres**

As crianças têm o dever do bom comportamento inerente às suas idades, devendo haver sempre a tolerância pedagógica e respectivo ensino perante as suas faltas.

Os utentes têm o dever de acatar as boas recomendações dadas pelos colaboradores e que forem para o seu bem. Para este efeito devem ser dadas as explicações justificativas, necessárias à compreensão dos fins a que se destinam.

Os utentes devem acatar e colaborar, depois de explicadas as razões, nos cuidados básicos da higiene, na alimentação, no sair do leito, nos exercícios que os revitalizem mental e corporalmente, na partilha do convívio nas salas respectivas com os seus colegas, e em tudo o que seja tecnicamente considerado bom para o seu bem, sem se sentirem forçados à obediência.

Devem colaborar na medida das suas capacidades, para a criação de um ambiente alegre e sadio com os seus colegas.

## **Direitos e Deveres dos colaboradores**

### **Direitos**

Os colaboradores ou pretendentes a colaboradores da Santa Casa têm assegurado todos os direitos que, como trabalhadores, lhes são legalmente acometidos pela legislação em vigor.

Têm o direito ao bom nome, ao respeito pelos seus colegas, pelos utentes bem como por toda a hierarquia responsável da Instituição, bem como a dos Corpos Sociais no exercício das suas funções.

Têm o direito a colaborar e fazer as suas sugestões orientadas para o melhor funcionamento dos seus locais de trabalho.

A Santa Casa tem formado um Serviço de Voluntariado que presta a sua colaboração dando melhor qualidade de vida aos dias de vida dos nossos idosos. A sua prestação será em tempo parcial, consoante as disponibilidades determinadas individualmente, dentro de um compromisso assumido perante a Santa Casa e os seus colegas.

Todos os trabalhadores e voluntários, durante os períodos de trabalho, usarão vestuário apropriado.

## **Deveres**

Todos os trabalhadores ou colaboradores da Santa Casa da Misericórdia de Águeda têm o dever absoluto de cuidar com humanismo e com toda a técnica ao seu alcance, os utentes ao seu cuidado.

Todos os trabalhadores ou colaboradores têm o dever de ser solidários para com os seus colegas na entre ajuda sempre que necessária para, dentro do espaço de acção da Instituição, prestarem o apoio solicitado, tomando as iniciativas julgadas oportunas para os fins em causa.

Todos os trabalhadores ou colaboradores têm que ter a consciência plena de que estão a trabalhar para pessoas, seres humanos mais ou menos dependentes, mas que têm os seus direitos bem definidos e acautelados pelos desígnios de acção da Santa Casa.

Todos os trabalhadores ou colaboradores têm o dever do respeito pela diferença dos utentes, tanto nas conversas como nos gestos ou até no tom de voz, que deve ser sempre subordinado à criação de um ambiente de confiança e de paz em seu redor numa capacidade de “ouvir mais do que ser ouvido” .

Todos os trabalhadores ou colaboradores tem obrigação de obedecer aos princípios da confidencialidade, da privacidade sobre tudo o que lhes tenha sido confiado e tenham conhecimento no exercício das suas funções no contacto com os utentes.

Esta obrigação de confidencialidade e privacidade é extensiva ao Serviço de Voluntariado.

Nenhum pretendente a trabalhador ou colaborador da Santa Casa pode firmar contrato de trabalho, sem conhecer este Código de Ética e de, com os esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas do seu conteúdo e só depois de uma mini entrevista com o contratante, e tenha a sua concordância, o poder assinar sob compromisso.

Nenhum pretendente a trabalhador ou colaborador poderá iniciar funções sem o pleno consentimento informado e esclarecido das regras enunciadas e que pontificam, cujo incumprimento particularmente nas relações com os nossos utentes, pode ser considerado como motivo justificado de inadequação ao posto de trabalho.

## Anexo 8

### Ética no fim de vida

#### Palestra em Viseu, para o Núcleo dos Médicos Católicos

Para acompanharmos melhor a nossa reflexão, proponho-me começar por definir os conceitos de ética e de fim de vida, para, seguidamente, abordarmos os direitos e deveres do doente e do médico e definirmos a melhor relação médico - enfermeiro – pessoal de saúde – doente, nesta fase da vida.

O que é a ética?

Em Cerca de 3500 A.C, nasceu o conceito de ética.

Século VI A.C. filósofos gregos e os significados de êthos e éthos, sendo o êthos, a ética da profundidade do ser humano e o éthos, a boa prática, o bom hábito.

Respeito na acção entre os homens, orientada para o bem;

Reflexão sobre as regras consideradas boas na tradição, ou como manifestação do bem na interioridade

O comportamento é ético quando está de acordo com uma lei moral ideal

Ética como um saber pluridisciplinar que a ninguém pertence mas que a todos diz respeito;

É como o leito do regato que baliza por onde correm as águas impetuosas do agir e do pensamento humano

Reportando-nos à ética em saúde:

Hamurabi, rei da Babilónia 1000 A.C. foi o responsável pelo 1º código deontológico, em que os artigos 215 a 223 se referem a obrigações éticas e deontológicas dos médicos.

Esculápio deus da Grécia, século VI A.C., dá-nos as condições necessárias para ser bom médico, em que é referido o segredo profissional quando diz: “sentes a paixão da verdade e



já não a podes dizer. Terás de ocultar a alguns a gravidade do mal; a outros, a insignificância. Terás que ocultar segredos que possuis, consentir em pareceres burlado, ignorado e cúmplice” Não penses que esta profissão te torna rico; é um sacerdócio”. ...“Se anseias conhecer o homem, penetrar em todo o trágico do seu destino, com estes condicionamentos, então faz-te médico hoje mesmo” .

Hipócrates médico do século VI A. C. de todos conhecido pelo seu juramento quanto ao segredo profissional e o respeito pela vida: “aplicarei os medicamentos para bem dos doentes segundo o meu saber e nunca para seu mal. Não darei um remédio mortal ou um conselho que o leve à sua morte. Tão pouco darei a uma mulher um pessário que possa destruir a vida do feto”.

Asaph médico judeu do século VI A.D. com o seu juramento: não revelareis os segredos que vos tenham confiado; não causareis doenças a ninguém; não dareis poção alguma a mulher grávida por adultério para que possa abortar etc.

Maimónides filósofo judeu do século XII A.D. com o seu código de condutas: “sustem a força do meu coração para que ele possa sempre todos servir, o amigo e o inimigo, o bom e o mau etc. etc.

A ética da medicina hipocrática ou paternalista ou de beneficência e a ética do século XX e XXI O consentimento com ênfase no respeito pela autonomia e com a obrigação da colheita do consentimento para os actos médicos e cirúrgicos.

O doente passou de cliente passivo, a consumidor de actos médicos para a sua saúde, como a utente activo e interveniente nas decisões que lhe dizem respeito quanto à sua saúde.

Os dois grandes atributos inerentes ao homem: autonomia e dignidade

A autonomia e a sua trajectória no princípio e no fim da vida, Hans Jonas e Emanuel Levinas.

A dignidade como inerente ao homem desde a geração até ao último sopro de vida

A autonomia: é o auto governo, a capacidade de escolher para si o que mais lhe convém

A dignidade: o homem é um fim em si mesmo e nunca um objecto para o interesse de outros

A autonomia e a dignidade, influenciadas pela política, religião e sociedade

A haptonomia, como ciência do amor e da afectividade, e o sacerdócio, como missão honrosa e sagrada da medicina, passou a uma relação de respeito mútuo médico – doente, como estranhos morais, que não se conhecendo, mas que no bom exercício profissional, dentro dos princípios da moral cristã, não deixam de ter um fundo paternalista e de beneficência com nos ensinou Hipócrates

Supomos bem que Hipócrates nunca terá perguntado a um doente se ele concordava com esta ou aquela opção terapêutica.

O doente só sabia que sofria e o médico eticamente só lhe fazia o que entendia que era melhor; só ele sabia o que devia fazer, aliás dentro da filosofia Socrática, Platónica e Aristotélica, em que o conhecimento e a razão obrigam a que a acção seja orientada para o bem e não havia as equipas pluridisciplinares de hoje!

Fim de vida = a “princípio de morte”

O fim de vida em rigor pode ser nos primeiros dias de vida consubstanciado num processo menstrual atrasado que pode corresponder a uma morte embrionária, bem como pode acontecer durante toda gravidez, no recém-nascido, na criança, no adulto ou seja em qualquer fase da vida quando ela tem em si um fim inesperado.

Costuma-se dizer que o homem até atingir a idade madura nasce mais do que morre e que depois dessa idade morre mais do que nasce. Nasce no seu crescimento celular e morre por exemplo na descamação, nas unhas que se cortam, no cabelo que se corta e no que cai etc.

Quando, contudo, falamos em ética no fim de vida, queremos-nos referir essencialmente ao ser pessoa, maduro, com uma idade correspondente à da esperança média de vida que, como sabemos, é hoje em Portugal de 75 anos para o homem e 82 para a mulher. É uma fase da vida em que a autonomia começa a decrescer, em que a sua capacidade de decisão perante as propostas apresentadas pelo médico é menor, em que se morre mais do que se cresce! Torna-se maior a sua fragilidade, aumenta a sua vulnerabilidade.

A morte é uma presença constante na nossa vida. Ela é em nós simultaneamente próxima e distante. Toda a morte é única, solitária, pessoal e intransmissível.

Antropologicamente, pode no entanto ser interpretada de várias formas conforme os autores:

Filipe de Almeida “se nascer e viver será o privilégio de apenas alguns bilhões de seres humanos, morrer é a certeza de quantos nasceram; por isso a probabilidade de morrer, é uma certeza de 100%”. Não só os seres humanos mas todos os seres sexuados.

Respeitemos o fim de vida, ou melhor a vida toda (O morrer dos Homens: reflexões de um médico Acção Médica Ano LXI, 1997 pg 47).

Vasco Pinto de Magalhães, Padre Jesuíta, com a sua leitura de antropologia teológica diz que a morte não é o contrário da vida, mas o seu avesso; é como um tapete; é no avesso que se vê o trabalho feito. A morte se não tem sentido, pode dar sentido. E ainda “ a morte é perda para um encontro a nível superior. È este que dá valor ao estádio anterior. Perder para encontrar, é a lei da vida

Mesmo hoje habitualmente não se morre sozinho, mas pode-se morrer só. “Quando o outro morre, leva um bocado de mim, mas também fica em mim um bocado dele”.

O sentido da morte pode ser dado pelo sentido que se dá à vida. Esta termina corporalmente com a morte, mas o ser humano tem corpo e espírito, matéria e espírito e este prolonga-se transcendentalmente para o Além e levará para a sua vida extra terrestre os frutos que em vida colheu.

Leonardo Boff, teólogo da libertação sul - americana, na sua leitura de antropologia teológica diz: “todo o homem ressuscita e sobrevive na sua unidade corpo espírito, mas numa existência nova e totalmente distinta da terrena uma vez que não é localizada no tempo nem no espaço, como no nosso mundo. Porque no homem só existem um espírito corporalizado e um corpo espiritualizado, podemos dizer com razão: quanto mais o espírito é espírito, mais se manifesta e se penetra na matéria; quanto mais o corpo é corpo tanto mais se exprime espiritualmente. O “eu” exprime a realidade total corpo alma e todas as dimensões da sua existência. (A Ressurreição de Cristo A nossa ressurreição na morte).

Platão na sua antropologia teológico - filosófica Logo que a morte sobrevém ao homem, é a sua parte corporal que morre; a outra imortal, subtrai-se à morte e escapa-se isenta de destruição. O essencial da pessoa humana é a alma, a parte perfeita, imortal, racional, que durante a vida é prisioneira do corpo que a amarra ao mundo dos sentidos e dos prazeres mundanos e que se eleva e liberta, podendo contemplar o mundo verdadeiro. Platão diz no Fédon “enquanto possuímos um corpo e a semelhante flagelo estiver a nossa alma enleado, jamais conseguiremos alcançar satisfatoriamente o alvo das nossas aspirações: e esse, dizemos nós que é a verdade”

Heidegger- com a leitura de antropologia filosófica “a morte é no seu sentido mais amplo, um fenómeno da vida. A vida deve compreender-se como uma forma de ser a que é inerente um “ser do mundo”... “Enquanto ser lançado no mundo, a presença, a vida, já está entregue à responsabilidade da sua morte. Sendo para sua morte, ela de facto morre continuamente durante o tempo em que ainda não deixou de viver”. O homem é assim um ser para a morte!

Fernando Pessoa idem na antropologia filosófica: Todos nós sabemos que morremos; todos nós sentimos que não morremos!

Jankélévitch, referindo Epicuro: “onde eu estou, a morte não está; e quando a morte lá está, sou eu que não estou mais. Enquanto eu estou, a morte virá; e quando a morte vem, aqui e agora, já não há ninguém”.

Heloísa Preto da Silva: “olhando para trás do meu nascimento” eu não era”; olhando para a frente da minha morte “eu não serei”. Então “o ser” parece um hiato passageiro na infinita continuidade do “não ser”.

#### Antropologia filosófica e antropologia social

Daniel Serrão na antropologia filosófica: “o ser humano vive como ser comunicante e por isso a morte é antevista como o fim da comunicação. A minha morte não existe. Existo eu que viverei e que consumirei o tempo da vida a sentir, a amar, a reflectir e a inventar”. “Viver um tempo limitado é um desafio grandioso, orienta os nossos desejos e as nossas escolhas, faz-nos correr para uma meta que não vemos mas que sabemos de certeza certa

que está lá nesse ponto sem retorno, nessa fronteira invisível entre o estar vivo e o estar morto”

Para Sartre: A vida nem sequer é uma esperança de morte, porque ela é exterior ao homem. Ela revela o absurdo da existência humana, sendo o nascer e o morrer acontecimentos absurdos. A vida não tem qualquer sentido. O viver e o morrer são absurdos. Ninguém escolheu vir ao mundo, como ninguém escolhe morrer ou não.

Aranguren, define várias atitudes perante a morte “morte iludida” na recusa de pensar na morte. Sendo a morte o contrário da vida, é melhor não pensar nela, não falando dela, não visitando doentes em fase final de vida, mentir aos doentes em fase terminal, não ir aos funerais ou cemitérios etc.; Outros advogam a “morte apropriada” com a sua aceitação com resignação e coragem; não consideram haver oposição entre a vida e a morte.

A “morte negada” na crença da vida eterna para além da morte; “morte procurada” para quem vive em busca dela; “morte absurda” quando não lhe encontra qualquer sentido ou significado.

Antropologia social A morte da pessoa pode não ser coincidente com a morte biológica: pode haver morte profissional (reforma); morte social (reclusão ou hospitalização); familiar (viuvez); espiritual (perda de crença).

O acto de morrer é uma transição da vida finita para o infinito, para o que começa e não acaba por uma qualquer forma misteriosa que desconhecemos.

Vida e morte não se opõem, mas antes se sucedem, sendo a vida uma etapa de um processo do qual a morte também faz parte, mas não como fim.

Segundo Philippe Ariès até ao século XIX “ a morte era um acontecimento público: não era apenas um indivíduo que desaparecia, mas a sociedade que era atingida e que era preciso cicatrizar”.

Os valores do homem constituíam património partilhado por todos; quando um desaparecia por morte, todos se sentiam morrer um pouco. O luto por vezes não era só da família mais próxima mas de todos os que com ele conviviam.

Hoje, temos o culto da vergonha da morte, com os biombos onde o doente morre sozinho quando mais necessita do olhar, do toque da mão na mão, do sorriso dos seus familiares. Estes são quase proibidos pela sociedade de manifestar qualquer emoção; as crianças são impedidas de ver os seus entes queridos quando morrem, ou esconde-se-lhes que morreram. Forma-se uma barreira de silêncio em redor de quem vai morrer.

Nem os sinais exteriores do luto se podem fazer sentir.

As atitudes do homem no fim de vida e em relação à morte diferem de cultura para cultura, de religião para religião, de país para país, de região para região e até de pessoa para pessoa.

Depois destas reflexões sobre os conceitos de ética e de antropologia filosófica e teológica sobre o fim de vida como morte próxima, vamos então ver o concreto da relação do médico-enfermeiro-pessoal de saúde com o doente nessa fase da vida, englobando nelas os direitos e deveres de ambas as partes.

Após a postura de Bismark, chanceler da Alemanha em fins do século XIX, com o assumir de que todo o cidadão deve ter direito ao acesso aos cuidados de saúde, tudo ou quase tudo mudou.

Com a gratuidade dos cuidados de saúde, mais ou menos tendencial nas sociedades democráticas ocidentais particularmente europeias, agravados pelos custos cada vez mais elevados, devidos às tecnologias usadas, o recurso aos cuidados médicos tem tido uma evolução de tal ordem, que se considera que não haverá nenhuma economia de nenhum país, que possa responder integralmente às solicitações de cuidados de saúde, que crescem exponencialmente, especialmente nos cuidados terminais.

Os diagnósticos, com os meios auxiliares de que dispomos, são de muito maior rigor e as terapêuticas propostas, são também muito mais eficazes, criando confiança acrescida nos doentes para recorrerem aos tratamentos e internamentos hospitalares.

Recordo quando mais novo, que o diagnóstico de artropatias era para os doentes “reumatismo”; não tinha cura e os doentes deambulavam com grandes sacrifícios que hoje não toleram e pedem próteses a “torto e a direito”!

Os progressos técnicos e científicos tem sido de tal ordem que segundo Luís Archer evoluiu-se mais nos últimos vinte e cinco anos do século XX do que nos 25 séculos anteriores. Bastará pensar na procriação medicamente assistida, nos transplantes de órgãos, na engenharia genética e no pleno conhecimento do genoma com todas as suas implicações, para compreendermos a veracidade e a oportunidade da afirmação.

A ética e os avanços técnicos e científicos com a introdução de novas técnicas e de ensaios de novos fármacos, e a necessidade da co-responsabilização médico - doente para a melhor opção para cada caso, tendo em consideração os custos e os benefícios que se podem esperar em cada escolha.

O respeito devido ao doente com a sua vontade, com a sua cultura, com a sua religião, com as suas tradições, com a sua recusa pelas propostas terapêuticas, sem perda dos seus direitos.

Por outro lado a sociedade hedonista e de consumo em que estamos inseridos e que constituímos, aconselha a que todas as pessoas válidas das famílias, procurem angariar meios para sua subsistência e satisfação e os mais idosos, os menos válidos, quando doentes, terão melhor assistência nos hospitais do que nas suas casas, que pelo menos durante o dia estão vazias!

O recurso aos hospitais constitui assim uma prática corrente. Admite-se segundo Laureano Santos que em Portugal cerca de 60% do total dos óbitos, ocorrem durante internamentos hospitalares e que nas áreas urbanas a percentagem será maior. Na média dos países europeus é de 50% mas na sociedade americana será de 80%.

Os dados estatísticos revelam também que na sociedade americana nos doentes em fase terminal, 50 % dos gastos de dinheiro com a saúde, são utilizados nos últimos seis meses de vida; 40 % são utilizados nos últimos dois meses e 30 % no último mês.

São os custos e os benefícios sempre em equação nas acções humanas.

A ética, o respeito na acção orientada para o bem, deixa de ser a haptonomia e passa a ser, não por mal, mas por imposição social e cultural, o acompanhamento familiar possível, passando a ter lugar nos hospitais, as tarefas anteriormente executadas nos domicílios, em que todos viviam, em que todo o agregado vivia o sofrimento do seu familiar, aguardando,

quando terminavam os recursos terapêuticos curativos, que se chegasse o fim da vida, a morte esperada e vivida por todos, dos menos, aos mais idosos.

A morte era aguardada como fim natural de uma vida mais ou menos longa, dentro das paredes que testemunhavam religiosamente as alegrias e as tristezas do seu devir no mundo.

O idoso orientava perante os seus familiares, as suas últimas vontades. Eram horas de fazer as contas à vida, de dar o seu testemunho e até de confessar os seus erros como se pretendesse preparar-se para entrar no Além, no reconhecimento da sua transcendência.

Dá para reflectir a reflexão de um idoso referido por D. António Marcelino Bispo de Aveiro: “explique-me lá, porque eu não consigo entender. Criei sete filhos na minha casa. A casa é a mesma. Agora, o meu filho que lá vive tem apenas um filho. Trouxe-me aqui para o lar, dizendo-me que não tinha lugar para mim lá em casa... como é que isto pode ser?”.

O idoso hoje vai ser internado num hospital por uma qualquer patologia seja ela de ordem infecciosa, traumática, ou de qualquer aparelho ou sistema, e segue-se o desmoronar de todo o equilíbrio orgânico e funcional já de si instável. Como dizem Blondeau e Baudouin, “morrer hoje pelo menos no Ocidente, é muitas vezes morrer inconsciente, entubado, perfundido, anestesiado, só, longe de todos os que antes do internamento faziam parte da sua vida”.

Começa-se contudo nalguns meios a reflectir sobre esta conduta com a opção de fazer com que o homem no fim de vida, possa morrer na sua casa rodeado pelos seus, porventura com melhor qualidade de vida aos dias que restam.

Na previsão de situações em que sinta mais debilitado, o doente pode ter manifestado a sua vontade para as opções para seu tratamento em fim de vida ou pelo chamado testamento vital ou documento de cuidados avançados, em que deixa expresso por escrito as manifestações da sua vontade essencialmente em casos concretos como encarniçamento terapêutico, ou outros actos especificados, ou pelo consentimento substitutivo através de familiar, amigo ou outra pessoa qualquer que por escrito fica por ele mandatada para o representar na escolha da opção terapêutica que entender por melhor.



Qualquer doente ao entrar num hospital vê sentir em si uma diminuição da amplitude do seu horizonte. O mundo ficou mais pequeno! A angústia, o medo do amanhã, o sofrimento físico provocado pela patologia que levou ao internamento, o sofrimento emocional por entrar num mundo estranho onde não conhece ninguém, emolduram um estado de espírito que lhe retira a capacidade de comunicação.

O doente internado em fim de vida, sente-se ainda mais débil. O que lhe resta é uma esperança no médico em quem ainda vê um deus que o pode socorrer, que não sabe como, mas em que a sua capacidade para colaborar nas escolhas das propostas terapêuticas está diminuída ou mesmo ausente obrigando a colaboração dos familiares para dar o devido consentimento para os actos médicos ou cirúrgicos que o requeiram.

É nesta moldura humana débil e incapaz que o médico e o restante pessoal de saúde deve sentir maior necessidade de prestar ajuda solidária. Como diz Hans Jonas ao poder corresponde um dever equivalente. Quanto maior for o poder, maior deve ser o dever respectivo. O médico deve “ajudar” tanto mais o doente, quanto menor for a sua capacidade.

Um carinho, uma mão na mão, um sorriso no olhar, são por vezes tão eficientes como qualquer medicação particularmente quando o doente está a ser alvo de cuidados paliativos. Sendo o tacto, o mais primitivo dos sentidos, ele constitui pelo contacto de pele com pele, um meio de comunicação e um bom indicador do início de uma identidade e intimidade entre as pessoas, e que o digam os obstetras e os pediatras e como refere Frans Veldman, que baptizou a haptonomia como ciência do contacto afectivo. No tocar haptonómico, a presença do outro inspira confiança no que vai morrer, transformando assim o seu sentimento de viver.

O médico ou qualquer profissional de saúde deve ver no doente em fim de vida, um ser que bebe com os seus olhos nos nossos olhos o que lhe resta de esperança.

Como estabelecer uma boa relação médico doente?

A quem comunicar o diagnóstico? A diferença entre os latinos e os anglo saxónicos

Como anunciar a morte?! Responder só às perguntas feitas, mentindo caridosamente

Como acompanhar o processo de morte? Hipócrates e o abandono!

E a eutanásia?

O exemplo da Holanda e a leitura economicista.

Uma palavra amiga, um saber ouvir, um saber provocar a sua confiança e a sua abertura, um saber retirá-lo da concha em que se escondeu para sua protecção do mundo que lhe passou a ser adverso. Um saber criar a sua confiança valerá mais do que muitos medicamentos. A conversa quase íntima, em tom baixo, quase confidencial de partilha de dor, mas também de esperança. A parcimónia terapêutica, não esquecendo o essencial, mas sem a pretensa vanglória de gestos sem ter em conta o devido equacionamento dos custos – benefícios dos mesmos, ou melhor o que se pretende obter com os actos médicos ou cirúrgicos propostos.

O médico deve ter a capacidade de aceitar como correctas, recusas pelo doente, de actos que em vez de darem vida aos dias se preocupam mais em dar dias à vida. A qualidade de vida da vida que lhes resta é mais importante do que viver mais uns dias, mas com sofrimento físico ou emocional. Será a ortotanásia!

O tratamento da dor deve ser uma preocupação constante em todos os doentes e daí ela seja hoje considerada como quinto sinal vital. Por vezes é preferível fazer de menos do que fazer de mais. Os grandes gestos particularmente cirúrgicos que não permitem alterar o curso da evolução da doença, devem ser reduzidos ao mínimo necessário para a tal qualidade de vida e não para a quantidade de vida. Dar vida aos anos e não anos à vida se esta está condenada a curto prazo de dias, semanas ou mesmo meses e se integra nos chamados cuidados paliativos.

O médico necessita de coragem para não tomar algumas medidas particularmente se estas se integrarem no chamado encarniçamento terapêutico ou distanásia, nas situações limite, tanta vez vivido nas unidades de cuidados intensivos. No intensivismo, quantas vezes o médico ou melhor, a equipa médica se interroga sobre a atitude a tomar: manter os sistemas ventilatórios e outros, ou aumentar o encarniçamento terapêutico, ou pelo contrário desligar os suportes que já não podem dar qualidade à vida.

Quantas vezes pequenos gestos, pequenas conversas em que não faltando à verdade quando nos é pedido o diagnóstico ou o prognóstico, se consegue dar a paz e a esperança pretendidas, mesmo que haja pelo meio pequenas mentiras por caridade, e deixa de se ouvir o pedido para morrer, que se ouvia na véspera. A eutanásia, o homicídio “por caridade”, é substituída por uma paz, uma aceitação da sua condição de doente em fim de vida em cuidados paliativos

É um facto que nas unidades de cuidados paliativos, não há pedidos para que se pratique a eutanásia. À angústia e ao desespero, substituiu-se essa paz!

O médico, bem como o restante pessoal de saúde, deve procurar adaptar-se à cultura, à religião, aos hábitos do doente, não impondo a sua opinião antes pelo contrário, ouvindo-o como se se tratasse de um rei, mas fragilizado, vulnerável, dependente de nós.

Os cuidados paliativos e as equipas pluridisciplinares com médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, apoio espiritual etc.

A atitude do médico e do enfermeiro poderá e deverá ser a certa altura da evolução da doença terminal, considerar que os cuidados devem ser paliativos, em que o tratar mais ou menos encarniçadamente dá lugar ao cuidar não esquecendo evidentemente os cuidados terapêuticos para suporte de uma vida com qualidade como o da dor.

O profissional de saúde que apenas trata e não cuida, faz o papel do cientista perante o seu objecto de estudo. Diz Morens “neste contexto, o doente é muitas vezes reduzido a um diagnóstico, sobre uma lâmina de anátomo patologia ou sobre uma radiografia onde se visualiza uma mutação do ADN. O médico conhece bem a doença, o processo, os exames complementares, mas o doente?” Não o conhece, diremos nós!

Pessini, afirma: não raro nos defrontamos com excelentes técnicos, conhecedores exímios dos aparelhos que manipulam com mestria, mas parecem caloiros na arte de confrontar e de ir ao encontro das pessoas sofredoras”

Pequenos gestos são por vezes mais eficazes do que atitudes de grande aparato e de bem pouca utilidade.

Relembrando Lévinas “é nesta situação onde o outro está só e abandonado perante a morte, que me devo fazer próximo do moribundo; é neste momento que a morte demonstra o seu verdadeiro sentido...que diz também “sem utopias nem ilusões, propõe-se um sentido novo para a morte; a morte pode dar um sentido novo à vida e pode ainda apelar para uma união entre as pessoas.

A situação do drama de solidão e de pobreza é chamada à minha responsabilidade para com ele.

Viseu, 10 de Março de 2006

**Anexo 9****Sê Voluntária/o  
na  
Misericórdia**

A nossa Santa Casa da Misericórdia de Águeda, teve que adaptar as suas obras aos tempos que correm.

Inicialmente os lares eram asilos onde se recebiam os sem família, os pobres e os abandonados.

Hoje, nesta sociedade de consumo, o idoso para não ficar só em casa vai para o lar, por vezes sem necessidades económicas, mas por necessidade da família. A nossa Misericórdia tem a seu cuidado entre Idosos Internados, Centro de Dia e Apoio Domiciliário, mais de 250 pessoas.

Já que, por vezes, os familiares não têm possibilidade de os visitar com a frequência desejada, sejamos nós a dar alegria, a dar qualidade de vida a quem já foi novo e que agora se sente só. Só nós, os voluntários os podemos ajudar! Venha ter connosco e inscreva-se como voluntário ou voluntária que eles agradecerão.

Demos-lhes a alegria que eles necessitam para se sentirem mais felizes.

É uma obra de misericórdia. Ajudem-nos ajudando-os! Queremos contar consigo!  
Queremos ser uma sociedade solidária! Já somos alguns, mas queremos ser muitos!

Inscriba-se na nossa Misericórdia em Águeda ou em Barrô e receberá as explicações de que necessitar. Desde que tenha boa vontade, pode ser velho ou novo, letrado ou analfabeto, rico ou pobre, branco ou preto;

Só necessitamos de bondade que é afinal a grande sabedoria.

A Mesa Administrativa, agradece pelo seu Provedor

Amorim Figueiredo

**Anexo 10****LIGA DOS AMIGOS DO VOLUNTARIADO  
DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ÁGUEDA**

1 - Junto da Santa Casa da Misericórdia de Águeda e sob tutela da Mesa da mesma, constitui-se um movimento associativo de Apoio ao Voluntariado, com o fim de apoiar, dinamizar e fortalecer a acção desenvolvida pelos voluntários no seio desta Santa Casa, quer na Casa de Repouso em Barrô, quer no Lar Conde de Sucena, em Águeda, o qual será designado por Liga de Amigos do Voluntariado da Santa Casa da Misericórdia de Águeda.

2 – Podem integrar a Liga todos os voluntários que desenvolvem a sua actividade na Santa Casa e bem assim todas as pessoas de boa vontade que se disponibilizem para contribuir, por qualquer modo, para a valorização do voluntariado para que melhor seja realizado o seu objectivo último, que é o bem estar dos utentes.

3 – Os membros da Liga de Amigos do Voluntariado da Santa Casa da Misericórdia de Águeda terão a denominação de “amigos”.

4 - São amigos da Liga de Amigos do Voluntariado da Santa Casa da Misericórdia de Águeda:

a) – os voluntários da Santa Casa em exercício ou aqueles que vierem a ser admitidos como tal;

b) - as pessoas singulares ou colectivas que se inscrevam na Liga, mediante proposta apresentada à Mesa da Santa Casa

5 – São Amigos Honorários as pessoas singulares ou colectivas que se distingam pela sua superior acção de serviços prestados ou por donativos feitos à Liga e, como tal, sejam nomeados pela Mesa Administrativa.

5 – São direitos dos Amigos, participar nas reuniões que venham a ser convocadas e em todas as iniciativas da Liga e executar tarefas que lhe sejam atribuídas.

6 – São deveres dos Amigos contribuir com uma jóia inicial e por uma quota a determinar, difundir os objectivos da Liga e contribuir para o êxito das iniciativas da mesma.

7 – A direcção da Liga ficará a cargo de um mesário designado, para o efeito, pela Mesa Administrativa da SCMA e por dois amigos eleitos em assembleia dos Amigos, a qual deverá coincidir com os processos eleitorais da Santa Casa da Misericórdia.

8 – As reuniões de amigos serão realizadas durante o mês de Março de cada ano, sempre que a administração da Liga ou a Mesa Administrativa da SCMA entenderem conveniente ou quando um grupo de, pelo menos, dez amigos o requeira à direcção.

8 – A SCMA abrirá uma conta interna específica, contabilística, onde serão registados os valores entregues para a Liga e de onde sairá o pagamento de todas as despesas da mesma, conta que poderá ser movimentada pela direcção da Liga, sendo os pagamentos validados pelo Tesoureiro da Santa Casa e pelo mesário designado nos termos do ponto.

9 – As convocatórias para a reunião de amigos serão feitas por correio electrónico.