



CUIDAR EM CASA - QUAIS AS DIFICULDADES

Maria Clarisse Carvalho Martins Louro

Professora Adjunta clarisselouro@ipleiria.pt. Telemóvel: 917842305
Escola Superior de Saúde de Leiria - Instituto Politécnico de Leiria
Campus 2 – Morro da Lena – Alto do Vieiro, Apartado 4137
2411-901 Leiria, Portugal

Maria dos Anjos Dixe

Professora Coordenadora
Escola Superior de Saúde de Leiria - Instituto Politécnico de Leiria
Campus 2 – Morro da Lena – Alto do Vieiro, Apartado 4137
2411-901 Leiria, Portugal

Joana Martins Louro

Médica de Medicina Interna
Centro Hospitalar de Caldas da Rainha

ABSTRACT

The demographical aging, the changings in the organization of the society and the world are important challenges in the Health Politics. The success of these politics lays in the link between formal and informal systems and in the recognition and appreciation of the roles of care giver and patient. **Goals:** to identify the difficulties of the care giver and the dependent patient at home; to know how the patient lives his/her spirituality as a coping strategy. **Method:** descriptive study, qualitative approach. 250 dependent patients and 250 care givers were part of the study. Data were collected at the patients' homes through semi-structured interviews. **Results:** the majority of care givers struggles. Those hard times are related to the lack of information (70,3%), of technical help (64,9%), of commuting to Health services (42,6%) and lack of support from Health care professionals. The patients' difficulties are related to the lack of a doctor, a nurse or a physiotherapist at home; to the lack of economical, familiar, emotional and spiritual support and also to the inefficiency in care combination. Spirituality has an important role in the way patients face the illness and in giving them a state of inner harmony. **Discussion / Conclusion:** The difficulties identified are the ones that *Orientações Estratégicas do Plano Nacional de Saúde e de Segurança Social (2004-2010)* want to fight back: *the creation of integrated health politics and Social Security that allow the development of actions closer to dependent patients.*

Key-words: difficulties; patient; care giver; home



CUIDAR EM CASA - QUAIS AS DIFICULDADES

INTRODUÇÃO

O envelhecimento generalizado da população, é um fenómeno recente e representa uma das mais notáveis alterações demográficas na história da humanidade, porém levanta novos problemas de natureza político-social que, por sua vez, exigem novas respostas, de todas as formas de organização social e, em particular, da mais elementar – a família.

Esta profunda alteração na estrutura da população decorre do aumento da esperança de vida, em consequência do desenvolvimento científico e tecnológico das últimas décadas, mas também das baixas taxas de natalidade nesse período.

Este fenómeno do envelhecimento traz associado um aumento dos níveis de dependência, isto é, um aumento do número de pessoas que depende de outras para a realização das suas tarefas diárias básicas. Apesar das perdas funcionais e das incapacidades não serem necessariamente consequência do processo de envelhecimento, são também consequência de doenças crónicas e dos diversos tipos de acidentes que podem ocorrer em qualquer fase da vida.

Diversos estudos, nacionais e internacionais, demonstram que a família é o principal pilar de apoio aos elementos mais idosos e aos que se encontram em situação de dependência (Mestheneos & Triantafillou, 2005; Figueiredo, 2007; Lage, 2005), bem como a principal estrutura de entreajuda em situações de dificuldade.

De acordo com Santos (2004); Lage (2005); Driscoll (2000); Shyu (2000); Rodriguez, Álvarez e Cortés (2001); Brito (2002); Cuesta (2004), as decisões para cuidar no domicílio estão relacionadas com factores como o parentesco, a existência de cônjuges e filhos, predominantemente do sexo feminino, e as suas proximidades físicas e afectiva.

A noção de dever familiar no cuidar dos doentes dependentes está fortemente enraizada nas culturas do sul da Europa, particularmente em Espanha e Portugal (Walker, 1999), onde se encontram ainda formas rotativas de cuidar (o doente dependente roda pelas várias famílias dos seus descendentes).

De acordo com o autor a responsabilidade do cuidar é maioritariamente assumida pela família nos países do sul da Europa, ao contrário do que sucede nos países do norte, onde os níveis de institucionalização atingidos indicam uma forte tendência de transferir essa responsabilidade para o Estado.

Prestar cuidados é percebido pela maioria das sociedades como uma das funções básicas da vida familiar. Para Figueiredo (2007), trata-se de uma actividade complexa, com dimensões psicológicas, éticas, sociais e demográficas, mas comportando também aspectos clínicos, técnicos e comunitários.

Figueiredo (2007) distingue três dimensões na prestação de cuidados: responsabilidade (tomar conta de alguém); satisfazer (responder às necessidades de alguém); e sentir preocupação, interesse, consideração e afecto pela pessoa de quem se cuida.

Prestar cuidados impõe à família a necessidade de adquirir um conjunto de conhecimentos, capacidades e suporte que lhe permita enfrentar as tarefas. Determina um conjunto de necessidades do cuidador, que têm sido objecto de tratamento e de sistematização por parte de diversos autores. (Ekwall et., al. 2005; Philp, 2004; Feinberg, 2002) agrupam-nas em ajudas práticas e técnicas, apoio financeiro, apoio psicossocial, tempo livre, informação e formação.

Estas necessidades dependem de uma série de factores: o tipo e o grau de dependência da pessoa que necessita de cuidados, o estado de saúde do cuidador, a existência ou não de outras pessoas que ajudam nos cuidados, o acesso ou não dos serviços de apoio, a coabitação, a capacidade económica, o isolamento social, entre outros (Figueiredo, 2007; Feinberg, 2002)

Aos profissionais de saúde cabe um importante papel na transmissão de conhecimentos e capa-



PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS DIFICULTADES

idades que habilitem o cuidador a responder aos desafios que têm pela frente.

Hanson (2005) refere que cuidar de um familiar que sofre de uma doença crónica envolve um grande dispêndio de tempo e energia por períodos de tempo longos. Implica tarefas desagradáveis, exigentes e desconfortáveis raramente previstas e nunca desejadas.

Com base neste enquadramento pretendemos: Identificar as dificuldades do cuidador na prestação de cuidados ao seu familiar no domicílio; Conhecer as dificuldades/necessidades do doente no seu processo de doença e conhecer a forma como o doente vive a sua espiritualidade como estratégia de coping.

A eficácia na prestação de cuidados pelo cuidador implica, da sua parte, uma clara identificação das suas próprias necessidades e dificuldades. Mas implica ainda uma convergência, nessa identificação, entre cuidador e profissionais de saúde envolvidos, o que, como salienta Watson (2003), na maioria das vezes se não verifica. Cuidadores familiares e profissionais e doente têm frequentemente perspectivas divergentes destas dificuldades e só identificando as necessidades e dificuldades de quem cuida se consegue planear bons cuidados de saúde.

METODOLOGIA

Estudo descritivo quantitativo de abordagem qualitativa com recurso à análise de conteúdo para as questões abertas do formulário. Os dados foram colhidos através de entrevista semi-estruturada no domicílio e tratados através do Programa Nvivo7.

População e amostra

A amostra é constituída por 250 doentes dependentes, no domicílio e respectivos familiares cuidadores. Com os seguintes critérios de inclusão na amostra:

Dos doentes: O doente tem que estar dependente em pelo menos uma actividade de vida diária; Ter idade igual ou superior a 18 anos; Encontrar-se consciente e orientado.

Dos cuidadores: o cuidador tem que ser uma pessoa da família, que se assuma como principal cuidador responsável pela organização ou assistência

De acordo com a contextualização teórica entende-se por cuidador informal *“uma pessoa da família que ajuda o outro, de maneira regular e não remunerada, a realizar tarefas que são necessárias para viver com dignidade”* (Figueiredo, 2007:101).

Por domicílio – residência oficial (permanente ou temporária) do utente / família ou cuidador (de acordo com a ECCI).

O acesso a esta amostra foi planeado da seguinte forma:

No 1º contacto com o doente e respectivo familiar cuidador foram-lhes apresentados os objetivos do estudo e sua finalidade. Os que aceitaram participar no estudo assinaram um documento de consentimento informado, aplicando-se depois o formulário.

Nas questões abertas os participantes foram informados que os seus relatos seriam absolutamente livres e que apenas seriam interrompidos para validar ou clarificar qualquer informação. Face à relutância de alguns cuidadores na gravação da entrevista, as respostas foram manuscritas. Depois de escritos os relatos foram lidos a cada participante a fim de os validar. Ou seja, com o cuidado de assegurar a exacta correspondência com o que tinha sido expresso.

Para a realização das entrevistas no domicílio, socorremo-nos das estruturas locais de saúde e de assistência social. Acompanhamos enfermeiros em visita domiciliária e acompanhamos técnicos e auxiliares de apoio social domiciliário constituindo, tudo isto, uma gratificante experiência, de enorme riqueza humana.

O tempo de preenchimento dos instrumentos no domicílio foi em média de três horas.

Podemos afirmar que houve uma planificação da recolha da informação bastante criteriosa,



CUIDAR EM CASA - QUAIS AS DIFICULDADES

tendo em conta quer os aspectos éticos e limites do estudo quer as preocupações com a validade e fidelidade da pesquisa.

INSTRUMENTO

Com vista à construção dos formulários foi feito um estudo exploratório, através de 58 entrevistas a doentes e respectivos cuidadores, de modo a estabelecer os respectivos critérios de inclusão e de exclusão e definir variáveis. Após a sua construção iniciamos o seu processo de validação.

O nível de independência da pessoa foi avaliada pelo índice de BARTHEL (IB) é um instrumento que avalia o nível de independência na realização de dez actividades básicas de vida (AVD): banho, higiene pessoal, vestir e despir, alimentação, intestinos, bexiga, uso da sanita, transferências (cama/cadeira), mobilização, subir/descer escadas. (Mahoney e Bartel, 1965).

A medição é feita através da atribuição de uma pontuação á capacidade do doente para a execução de uma determinada AVD. Os valores atribuídos a cada actividade dependem do tempo gasto na sua realização e na necessidade de ajuda para o executar.

Este índice permite a interpretação da pontuação global e das pontuações parciais que, por sua vez, contribui para o conhecimento das dificuldades em cada actividade, facilitando a avaliação da sua evolução no tempo.

RESULTADOS

A idade dos cuidadores varia entre os 22 e os 80 anos, situando-se a média nos 57 anos. A idade do doente varia entre os 18 e os 98 anos, com uma média de 71,50 anos e desvio padrão de 15,94 anos. Na situação clínica prevalecem as doenças cerebro-vasculares, (58,8%). Seguem-se os tumores malignos, (19,2%), as doenças cardiovasculares (13,2%) e, (8,8%) outras doenças neurológicas. 44,8% dos doentes apresentava dependência moderada, 29,2% dependência total e 15,2% dependência severa apenas 10,8% apresentava dependência ligeira (Quadro1).

Quadro 1 – Análise da capacidade funcional da pessoa

Capacidade funcional da pessoa dependente – Índice de Barthel	Amostra (250)	
	Nº	%
Dependência total (0-20)	73	29,2
Dependência severa (21-60)	38	15,2
Dependência moderada (61-90)	112	44,8
Dependência ligeira (91-99)	27	10,8
Independência (100)	0	0,0

Os cônjuges e os filhos são os principais cuidadores 38% e 39,6%, seguindo-se-lhe outros familiares (netos, cunhadas, primas, sobrinhas) com 20,0%. 73,2% dos cuidadores cuida pela primeira vez e tem uma relação de proximidade geográfica com o doente, 56,8% vive sob o mesmo tecto e 35,6% em habitações diferentes mas muito próximas.

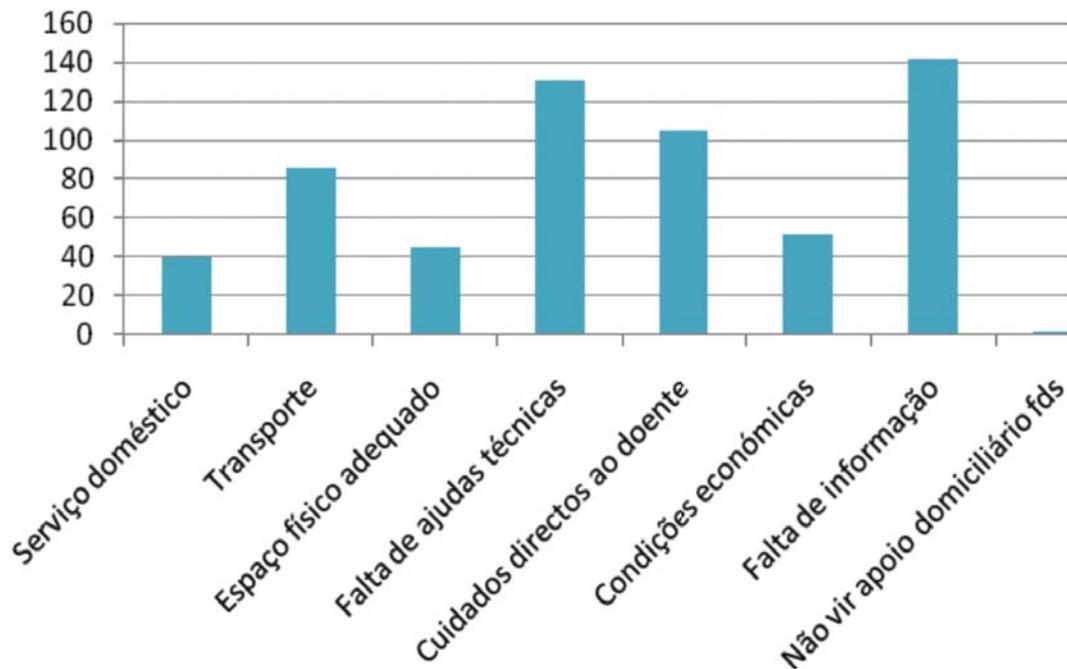
Os cuidadores gastam em média 30.92 horas (DP=12,65) por semana a prestar cuidados com uma variação entre um mínimo de 3 horas e um máximo de 60 horas, ou seja cerca de quatro horas por dia.



PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS DIFICULTADES

81,7% dos cuidadores tem dificuldades na prestação de cuidados. Essas dificuldades estão maioritariamente relacionadas com a falta de informação (70,3%), com a falta de ajudas técnicas (64,9%) e com os cuidados directos ao doente (52%). São ainda identificadas dificuldades para a deslocação aos serviços da saúde (42,6%), no serviço doméstico (19,8%), com a falta de espaço físico adequado (22,3%) e ao nível das condições económicas (25,7%). Eventuais dificuldades decorrentes da falta de apoio domiciliário durante o fim-de-semana têm muito pouca relevância (1%).(gráfico 1)

Gráfico 1 – Distribuição dos inquiridos por tipo de dificuldade



Uma maioria significativa dos cuidadores revela ainda falta de apoio dos profissionais de saúde; 68 (33,7 %) não receberam a visita do enfermeiro no domicílio; 177 (87,6%) não foram visitados pelo médico de família; e 200 (94%) não receberam a visita de outros técnicos de saúde. Apenas 12 (6%) receberam a visita do Fisioterapeuta. Os que foram visitados pelo enfermeiro, receberam essa visita, em média, 1,66 vezes (DP=0,899) por semana, variando entre um mínimo de uma vez e um máximo de cinco vezes por semana

As necessidades /dificuldades identificadas pelo doente centram-se principalmente na falta de profissionais de saúde:

Médico de família no domicílio (45 referências): (...) *Sentimo-nos muito desamparados em relação á doença, o médico não faz domicílios não consigo ir ao centro de saúde (...)* E 77, Homem de 86 anos (...) *O médico nunca vem a casa (...)* 79, Homem de 71 anos

Médico no Centro de Saúde (36 referências): (...) *Precisamos de um médico no centro de saúde que nos receba quando necessitamos...que fale connosco como um verdadeiro médico de família (...)* E 94, Homem de 69 anos (...) *O que é mesmo necessário é termos um bom médico de família (...)* E 114, Homem de 68 anos (...) *Quando vou ao centro de saúde nunca tenho médico (...)* E 115, Mulher de 64 anos

Fisioterapeuta no domicílio (42 referências) (...) *Se me ensinassem a fazer uns exercícios tal-*



CUIDAR EM CASA - QUAIS AS DIFICULDADES

vez me conseguisse levantar (...) E 40, Homem de 79 anos (...) Se viesse um fisioterapeuta penso que conseguia sentar-me assim fico sempre na cama (...) E 35, Homem de 82 anos (...) Sinto que se tivesse a ajuda de um fisioterapeuta estava muito melhor (...) E 50, Mulher de 89 anos

Enfermeiro no domicílio (38 referências): (...) Sinto falta de um enfermeiro que me esclareça sobre as dúvidas que tenho, dar-me alguma tranquilidade... ensinar-me coisas da doença (...) E 188, Homem de 45 anos (...) O enfermeiro quando vem é só para fazer o penso... devia estar mais tempo connosco ajudava-nos e tranquilizávamo-nos... ajudava (...) E 73, Homem de 60 anos

Apoio emocional (23 referências) Sinto-me muito só precisava de falar com um psicólogo que me ajudasse a ver as coisas de outra forma (...) E 58, Homem de 18 anos (...) Não durmo vem-me tudo á cabeça tinha uma vida tão boa ...e agora estou neste estado (...) E 96, Homem de 71 anos

Articulação de cuidados (60 referências): (...) Se houvesse uma boa articulação de cuidados não andávamos sem poder de um lado para outro ...e muitas vezes quando vamos a outro lado temos que repetir tudo outra vez ...e fazer tudo de novo...é tão difícil (...) E 71, Homem de 69 anos (...)

Estas são as necessidade/ dificuldades ligadas à disponibilidade de profissionais de saúde e à afectação de recursos em geral, à falta de médicos, de enfermeiros e de outros técnicos de saúde, mas também a ineficiências e insuficiências estruturais e organizativas, que nos levam a concluir que não está assegurada a continuidade de cuidados no domicílio e que o sistema de cuidados de saúde primários se revela incapaz de dar resposta às reais necessidades dos seus clientes.

Identificamos ainda neste estudo outras necessidades, noutras esferas.

Apoio familiar (21 referências): (...) Falta da visita dos meus netos, filhos (...) E 201, Mulher de 83 anos (...) Gostava de ter mais apoio da minha filha (...) E 94, Homem de 69 anos (...) Falta de carinho, afecto, não gostava de me tornar um fardo para a minha filha (...) E 38, Homem de 70 anos

Estas afirmações sugerem-nos a necessidade de, quando falamos de família, visualizar todo o conjunto de relações que aproximam as pessoas, que as fazem coexistir e cooperar, e que constituem um alicerce de bem-estar.

A falta de condições em casa (12 referências): (...) De ter em casa condições para movimentar uma cadeira de rodas (...) E 89 Homem de 48 anos (...) Não tenho casa de banho (...) E 104, Mulher de 80 anos (...)

Apoio económico (21 referências): (...) Não tenho dinheiro para fazer as modificações em casa que (...) E 113, Mulher de 70 anos (...) Estou á espera que venha cá a casa a assistente social, a reforma não chega para as despesas (...) E 92, Homem de 92 anos

Falta de apoio nos cuidados diários (29 referências): (...) Ter alguém que me ajudasse nos cuidados de higiene (...) E 121, Homem de 86 anos (...) Ter alguém que me ajudasse a levantar para a cadeira (...) E 134, Homem de 71 anos

Falta de apoio espiritual (10 referências): (...) Nunca mais fui à missa ...gostava muito de ir ...a minha filha não liga a essas coisas (...) E 189, Mulher de 84 anos(...) Gostava de me confessar mas o meu filho não gosta do padre (...) E 173, Homem de 68 anos

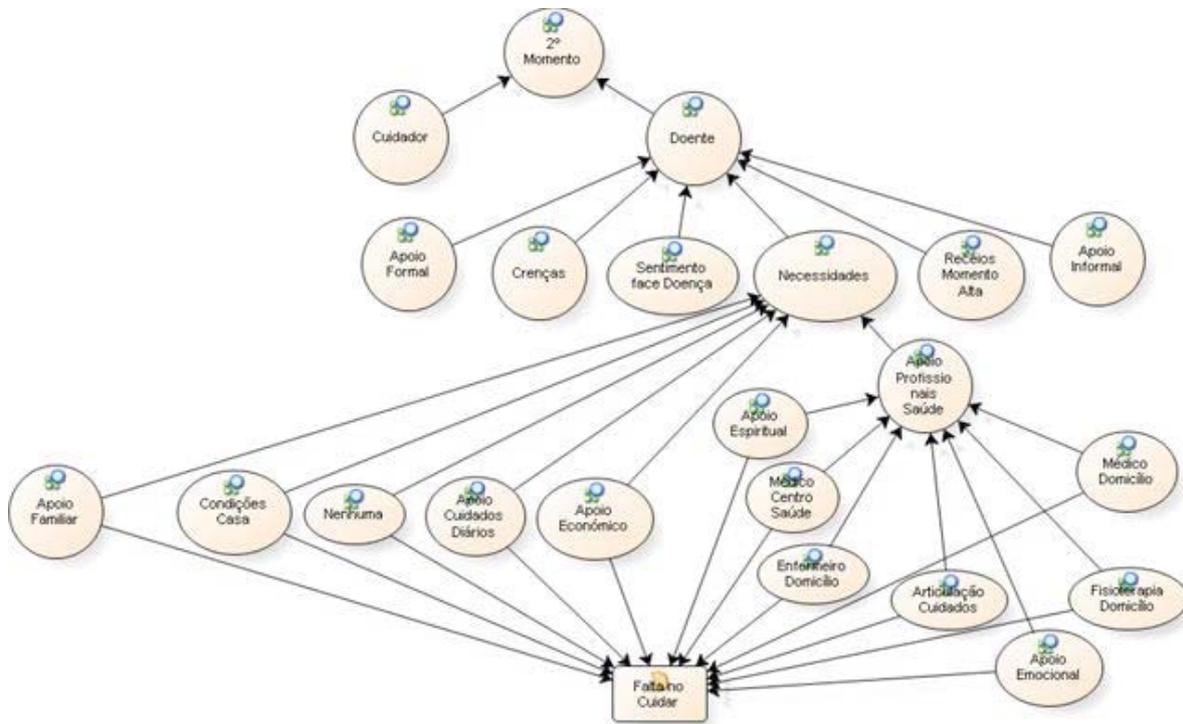
Cuidar deve ser sempre visto numa visão holística e não numa visão meramente biomédica. É indispensável pela intervenção junto do cuidador no sentido de o sensibilizar

para a importância deste tipo de necessidades quer no contexto da recuperação quer no contexto de preservação de níveis de qualidade de vida na doença



PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS DIFICULTADES

Figura 1 – Esquema da árvore categorial com a categoria “Necessidades” e subcategorias.



Procuramos, neste estudo, entender os sentimentos das pessoas face à sua doença. Encontramos sentimentos positivos, relacionados com a *vontade de recuperação* e com a *esperança*, e sentimentos negativos alimentados pelo sentido de *inutilidade*, pela percepção de *não recuperação*, e pelo *aborrecimento, tristeza e solidão*.

Procuramos igualmente perceber em que medida as crenças, espirituais ou religiosas, intervêm na sua atitude geral perante a doença. Constatamos que os doentes centram esta dimensão da crença e do espiritual no paradigma meramente religioso. Não encontramos uma percepção da dimensão espiritual que ultrapassasse as fronteiras da religião. Encontramos uma divisão, praticamente em partes iguais, entre os que apelam à *ajuda divina* (e encontram motivo de conforto na expectativa da resposta a esse apelo), e os que recusam essa dimensão, por *não serem religiosos* (uma pequena parte) mas, maioritariamente, por terem *perdido a fé*, perante sentimentos de injustiça e de abandono trazidos pela doença.

Os que apelam à **ajuda divina** para o seu processo de doença referem: (...) *Rezo a Deus e a Nossa Senhora de Fátima para me dar paciência e coragem* (...) E 2, *Mulher de 58 anos* (...) *Tenho muita fé em Deus e em Nossa Senhora* (...) E 3, *Homem de 73 anos* (...) É significativo o número de doentes que, desencantados, em consequência do seu processo de doença, afirmam ter perdido a fé: (...) *Acho que fui abandonado* (...) E 39, *Mulher de 83 anos* (...) *Não merecia isto, não me apetece rezar* (...) E 26, *Mulher de 52 anos*

O que nos leva a concluir que este factor cuidativo, a instilação da fé e da esperança, não terá sido aplicado com sucesso por parte dos profissionais de saúde

**CUIDAR EM CASA - QUAIS AS DIFICULDADES**

Quadro 2- Identificação das referências codificadas para a categoria “crenças”

Objecto Observação	Categoria	Subcategoria	Categorias Codificadas	Referências Codificadas
Doente	Crenças	Ajuda Divina	1	83
		Perdeu Fé	1	62
		Não religioso	1	24

O modo como cada doente vive a sua doença está relacionado com a sua filosofia de vida, com a sua experiência pessoal e com o contexto sócio económico e cultural em que cada um se encontra, traduzindo-se em comportamentos e sentimentos face à doença. Dividimos esses sentimentos em positivos e negativos.

Encontramos sentimentos negativos que se prendem com: a **Tristeza**, com 41 referências: (...) *Sinto-me triste por estar a dar trabalho á minha filha (...)* E 6, *Mulher de 85 anos (...)* *Tenho uma grande tristeza (...)* E 11, *Mulher de 68 anos*

A **Solidão**, 24 referências, associada á redução das redes sociais, por motivos vários mas, em particular, por ser o mais frequente, a morte das pessoas consideradas mais intimas: (...) *Sinto-me muito sozinha (...)* E 55, *Mulher de 78 anos (...)* *Passo os dias sozinho e na cama (...)* E 77, *Homem de 86 anos*

O **Aborrecimento**, 43 referências, um aborrecimento que nos parece resultar de um entendimento deficiente do conceito saúde/doença, consequência da informação transmitida, envolvida num conceito biomédico (...) *Sinto-me aborrecido com a vida ... sinto que ela me pregou uma partida (...)* E 97, *Homem de 75 anos (...)* *Sinto-me muito aborrecida com a doença sem perceber o que se passa á minha volta, quando chego ao hospital é um horror, muita gente, sempre a correr, somos mais um (...)* E 2, *Mulher 71 anos*

Com as dificuldades de recuperação, a **não recuperação** 46 referências: (...) *Tenho muitas dores (...)* E 124, *Mulher de 69 anos (...)* *Sinto-me muito fraco e doente (...)* E 130, *Homem de 41 anos*

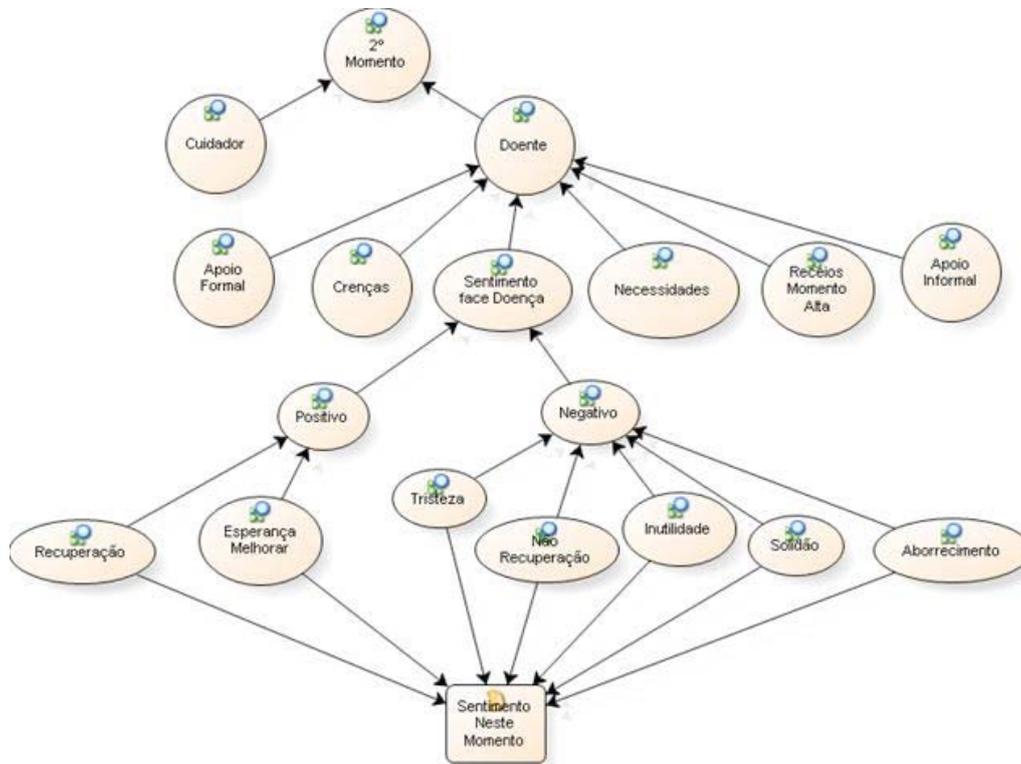
Com uma noção de dependência, a **Inutilidade** 59 referências: (...) *Sou um peso para a minha filha (...)* E 198, *Homem de 80 anos (...)* *Não valho nada, sou um farrapo, só dou trabalho á minha mulher (...)* E 164, *Homem de 54 anos*

Como sentimentos positivos identifica-se a **esperança**, com 28 referências: (...) *Sinto-me com vontade de lutar e ir em frente (...)* E 28, *Homem de 66 anos (...)* *Com força para ultrapassar esta fase (...)* E 34, *Mulher de 75 anos*. E a **recuperação**, manifestada em 33 referências: (...) *Sinto-me um pouco melhor (...)* E 63, *Homem de 69anos (...)* *Agora estou bem (...)* E 74, *Homem de 81 anos*



PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS DIFICULTADES

Figura 2 – Esquema da árvore categorial com a categoria “Sentimentos face à doença” e sub-categorias.



DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

As dificuldades identificadas pelo doente e familiar estão de acordo com outros estudos (Botelho 2005; Shyu, 2000; Andrade, Jesus e Silva, 2005)

A falta de informação, dificuldade maioritariamente referenciada, é já considerada decisiva por Driscoll (2000) por Henderson e Zernike (2001) quando referem que a *Informação e o treino* sobre os cuidados a prestar no domicílio, são estratégias fundamentais com vista a capacitar o membro da família prestador de cuidados para lidar com a situação de dependência, sobretudo no domínio do bem-estar e no auto-cuidado, com fortes implicações na qualidade de vida do doente e dos cuidadores.

É importante, como preconizam Veríssimo (2004), Shyu (2000) que os profissionais de saúde valorizem a visita ao domicílio e a promovam com carácter sistemático, numa óptica de supervisão de cuidados enquadrada numa estratégia de parceria com os membros da família e doente que lhes permita a implementação de planos de intervenção terapêutica e de promoção da saúde.

A dimensão da espiritualidade, tem um papel importante na forma de enfrentar a doença e de procurar devolver o doente a um estado de harmonia de que a doença o privou. Na visão de Wright (2005, p.20) “*cada pessoa tem um tipo de espiritualidade ou uma forma específica de estar no mundo*. A investigação mostra que existe uma associação forte entre espiritualidade e saúde (Wright, 2005; 2001; Tanyi, 2002).”

É a presença desta dimensão no cuidar que Watson (2002) se reporta quando refere: “*Pensar hoje em cuidar é ajudar as pessoas a alcançar um elevado grau de harmonia entre mente, corpo e alma*”. Ou ainda quando integra nos seus factores cuidativos a *instilação de fé e esperança, o culti-*



CUIDAR EM CASA - QUAIS AS DIFICULDADES

vo da sensibilidade para consigo mesmo e para com os outros ou a promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos.

A integração e o desenvolvimento desta dimensão no cuidar é da responsabilidade do enfermeiro. Como salienta Watson (2002), os enfermeiros participam nos cuidados humanos com o objectivo de proteger, melhorar e preservar a humanidade, ajudam uns a encontrar significado na doença, na dor e na existência, e, outros, a adquirir conhecimento de si próprios, auto controlo e processos de auto cura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, F. M. M.; Jesus, C. S. & Silva, C. M. R. (2005) Alta Clínica e Continuidade de Cuidados no Domicílio.
- Botelho, A. (2005) A funcionalidade dos idosos, In C. Paúl e A.M. Fonseca (coord), *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*; Lisboa: Climepsi Editores; pp. 112 – 135.
- Brito, L.(2002) *A Saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cuesta, C. (2004) Construir un mundo para el cuidado: un estudio cualitativo de pacientes con demencia. *Revista Rol de Enfermagem*, 27 (12), p. 843 – 850.
- Driscoll, A. (2000) Managing post – discharge care at home: an analysis of patient ‘and their carer’s perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*; 31 (5); p. 1165 – 1173.
- Feinberg, L., F.(2002) *The state of art: caregiver assessment in practice settings*; San Francisco; Family Caregiver Alliance / National Center on Caregiver.
- Figueiredo, D.(2007) *Prestação familiar de cuidados a idoso dependente com e sem demência*, tese de Doutoramento em Ciências da Saúde apresentada à Universidade de Aveiro.
- Hanson, S. (2005) *Enfermagem de cuidados de saúde à família*. Loures: Lusociência.
- Henderson, A., & Zernik, F. (2001) A study of impact of discharge information for surgical patients; *Journal of Advanced Nursing* 35(3); p. 435 – 441.
- Lage, I.(2005) *Cuidados familiares a idosos*. In C. Paúl & A. Fonseca (Ed.); *Envelhecer em Portugal*; Lisboa: Climepsi Editores; p. 203 – 229.
- Mahoney F.I., Bartel D. W. (1965) Functional evaluation: the Barthel index; *Maryland state medical journal*; 14; 61-65.
- McBride, K., White, C., Souriak, R., & Mayo, N.(2004) Post discharge nursing interventions for stroke survivors and their families; *Journal of Advanced Nursing*; 47(2); p. 192 – 200.
- Mestheneos, E, Triantafillou, J. (2005) *Supporting family carers of older people in Europe – the pan – European background report*; Munster; Lit Verlag.
- Phillips, k. – *Modelo de adaptação*. In Tomey, & Alliggod, M.(2004) *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra*. 5ª ed. Loures: Luso ciência, 301-333 pp.
- Rodriguez, B., Álvarez, E. & Cortés, O. (2001) *Cuidadores Informales; Necesidades Y ayudas*; *Revista Rol de Enfermagem*; 24; 3; p. 183 – 189.
- Santos, A. (2004) *Acidente Vascular Cerebral: qualidade de vida e bem – estar dos doentes e familiares cuidadores*; Tese de doutoramento, Universidade do Porto; Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Shyu, Y.(2000) The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample; *Journal of Advanced Nursing*; 32; 3; p. 619-625.
- Tanyi, Ruth, A. (.2002) *Towards clarification of the meaning of spirituality*. *Journal of Advance Nursing*. 39(5). .500-509 pp
- Veríssimo, C. (2004) *Idosos dependente: Importância dos Conceitos para a produção multidiscipli-*



PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS DIFICULTADES

- nar de cuidados; Nursing; nº 187, Año 15; p.20 – 24 ISSN: 0871–6196.
- Walker, A. (1999) Attitudes to population ageing in Europe; A comparison of the 1992 and 1999 Eurobarometer Surveys; URL: http://www.shef.ac.uk/socst/staff/staff_page_elements/a_waler/attitudes-pdf [05.01.2006].
- Watson j. (2002) *Ciência Humana e Cuidar - uma teoria da enfermagem*; Loures; Lusociência; Edições Técnicas e Científicas, Ida
- Wright, L. (2005) *M.-Espiritualidade, sofrimento e doença*.Coimbra: Ariane,

Fecha de recepción: 8 de febrero de 2010

Fecha de admisión: 19 de marzo de 2010

