

Sofia Patrícia da Costa Gonçalves

Conhecimento dos Cuidadores Informais no cuidar do seu familiar idoso dependente

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2016

Sofia Patrícia da Costa Gonçalves

Conhecimento dos Cuidadores Informais no cuidar do seu familiar idoso dependente

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2016

Sofia Patrícia da Costa Gonçalves

Conhecimento dos Cuidadores Informais no cuidar do seu familiar idoso dependente

Sofia Patrícia da Costa Gonçalves

“Projeto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de licenciado em enfermagem.”

RESUMO

O estudo realizado intitulado “Conhecimento dos cuidadores informais no cuidar do seu familiar idoso dependente” tem como objetivo primordial identificar os conhecimentos e competências dos cuidadores informais no cuidar do seu familiar idoso dependente, melhorando a assistência dos enfermeiros ao indivíduo dependente e sua família e a sua qualidade de vida.

Com o aumento progressivo do número de idosos, tem aumentado a ocorrência de situação de dependência física, psíquica e social. Assim, surge uma preocupação dos enfermeiros em dotar os cuidadores informais de um conjunto de conhecimentos e competências que lhes permitam ajudar o seu familiar dependente nas tarefas do quotidiano.

Neste estudo a questão de investigação que desencadeou a problemática foi: “Quais são os conhecimentos dos cuidadores informais, face à prestação de cuidados a um familiar idoso dependente?”.

Para a sua realização enveredamos por um estudo de natureza quantitativa, descritivo simples, em meio natural, selecionando 15 cuidadores de pessoas idosas dependentes inscritas no ACES de Gondomar. Como instrumento de recolha de dados recorremos a um questionário já validado para a população portuguesa, que aplicamos aos cuidadores informais.

Após o tratamento informático dos dados e da sua análise estatística, os resultados evidenciam que na sua maioria, os cuidadores são maioritariamente femininos, com idades compreendidas entre 31 e 80 anos, de baixa escolaridade, prestando cuidados permanentemente, com uma duração média de 5,7 anos. A causa de dependência prevalecente foi o AVC. Em termos de funcionalidade, verifica-se que estes cuidadores cuidam de idosos totalmente dependentes nas atividades básicas de vida diária.

Palavras chave: cuidador informal, conhecimento do familiar cuidador e idoso com dependência.

SUMMARY

The study entitled "Knowledge of informal caregivers in caring for their dependent elderly family member" has the primary objective to identify the knowledge and skills of informal caregivers in the care of their elderly dependent relative, improving the care of nurses to the dependent individual and his family and their quality of life.

With the increasing number of elderly, has increased the occurrence of physical addiction situation, psychological and social. Thus arises a concern of nurses in providing informal caregivers of a set of knowledge and skills that enable them to help your family dependent on everyday tasks. In this study the research question that triggered the problem was, "What are the knowledge of informal carers, due to the care of an elderly dependent relative?".

For its realization we set out quantitative study, simple descriptive in natural environment, selecting 15 caregivers of dependent elderly people enrolled in ACES Gondomar. As data collection instrument we used a questionnaire already validated for the Portuguese population, which apply to informal caregivers.

After computer processing of the data and their statistical analysis, the results show that the majority of caregivers are predominantly female, aged between 31 and 80 years, with low education, providing care permanently, with an average of 5, 7 years.

The cause of the prevailing dependency was stroke. In terms of functionality, it is found that these caregivers care for totally dependent elderly in basic activities of daily living.

Keywords: informal caregiver, knowledge of caregivers and elderly with dependence.

DEDICATÓRIA

Dedico este projeto à minha mãe, pois sem ela este sonho, não seria realidade, e sem ela nunca chegaria ao final da minha licenciatura. A ela devo todo o amor, fidelidade e confidencialidade.

Dedico também à minha irmã, pois é uma fonte de coragem e determinação, que eu tanto admiro.

Não poderia deixar de dedicar também ao meu namorado, por me ter aturado durante estes quatro anos, que sempre foi incansável comigo, no apoio, nos conselhos, e no meu crescimento. Esteve sempre presente quando eu precisava.

Um enorme obrigada!

AGRADECIMENTOS

A realização de um projeto de graduação não se deve apenas ao seu autor, mas sim, a todos aqueles que de forma direta ou indireta se envolveram.

Agradeço, em primeiro lugar, à minha orientadora Enfermeira e Professora Alice Martins que com o seu grande apoio, dedicação, orientação e confiança ajudou-me a construir o caminho que percorri desde a idealização até à concretização deste projeto.

Agradeço muito aos cuidadores informais que aceitaram participar neste estudo, respondendo aos questionários, pois sem eles não seria possível concluir o projeto.

Aos meus colegas e amigos de curso, que estiveram do meu lado durante estes quatro anos, o meu obrigada e felicidades académicas para todos.

Ao meu namorado e amigo Rafael, que me acompanhou ao longo deste percurso. O meu obrigada por todo o apoio infundável.

À minha irmã Sara, uma das pessoas mais importantes da minha vida, que eu tanto admiro pela sua coragem e dedicação.

Não poderia, terminar este percurso académico, sem agradecer à minha mãe, amiga e companheira, o meu sentido obrigado com muito carinho, pois sempre me apoio e encorajou nos momentos mais difíceis e, sempre esteve presente em todo o meu percurso e em toda a minha vida.

“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos.
Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento.
Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda.
Escolhi o branco porque quero transmitir paz.
Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte saber.
Escolhi ser Enfermeira porque amo e respeito a vida!”

Florence Nightingale

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades básicas de Vida Diária

CIIs – Cuidadores Informais

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DRC – Doença Renal Crónica

Ex.^a – Excelentíssima

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

ITU – Infecção do Trato Urinário

N – Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNG – Sonda Nasogástrica

Sr.^a – Senhora

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

% - Percentagem

ÍNDICE

I – INTRODUÇÃO	16
II – FASE CONCETUAL	20
2.1 – O tema	20
2.2 – Justificação do tema.....	20
2.3 – Pergunta de partida	21
2.4 – Questão de investigação e questões pivô	21
2.5 – Objetivo geral	22
2.6 – Objetivos específicos.....	22
2.7 – Revisão da literatura	22
2.7.1 – Envelhecimento	23
2.7.1.1 – Concetualização do envelhecimento	24
2.7.1.2 – Envelhecimento saudável	27
2.7.1.3 – A pessoa idosa dependente	28
2.7.2 – Familiar/cuidador informal.....	31
2.7.2.1 – A prestação de cuidados	32
2.7.2.2 – Razões da adoção do papel de familiar/cuidador informal.....	34
2.7.2.3 – Principais consequências associadas ao cuidar	34
III – FASE METODOLÓGICA	38
3.1 – Desenho de investigação	38
3.2 – Tipo de estudo	38
3.3 – População, amostra e processo de amostragem.....	39
3.3.1 – População	39
3.3.2 – Processo de amostragem.....	39
3.3.3 - Amostra	40
3.4 – Variáveis.....	40

3.5 – Método e instrumento de colheita de dados	41
3.6 – Aplicação de pré-teste	42
3.7 – Considerações éticas.....	42
3.8 – Tratamento de dados.....	44
IV – FASE EMPÍRICA	45
4.1 – Apresentação e análise dos dados.....	45
4.2 – Caracterização da amostra	45
4.2.1 – Dados da Família	46
4.2.2 – Dados do Utente com Dependência.....	48
4.2.3 – Caracterização do Prestador de Cuidados	52
4.2.4 – Conhecimento na prestação de cuidados	59
4.3 – Discussão dos resultados	65
4.3.1 – Dados da Família	66
4.3.2 – Dados do Utente com Dependência.....	66
4.3.3 – Dados do Prestador de Cuidados	68
4.3.4 – Competências na prestação de cuidados.....	70
VI – CONCLUSÃO	74
VII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
VIII – ANEXOS	84
ANEXO I.....	85
ANEXO II	87
ANEXO III	89

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição da amostra de acordo com o "Tipo de Família.....	46
Quadro 2 - Estatística descritiva de acordo com a "Idade"	48
Quadro 3 - Distribuição dos idosos dependentes de acordo com o "Gênero"	49
Quadro 4 - Distribuição dos idosos dependentes de acordo com o "Estado Civil"	49
Quadro 5 - Níveis de dependência apresentados pelos idosos nas atividades básicas de vida diária de acordo com a "Escala de <i>Barthel</i> "	51
Quadro 6 - Estatística descritiva de acordo com a "Idade"	52
Quadro 7 - Distribuição da amostra de acordo com o "Gênero"	52
Quadro 8 - Distribuição da amostra de acordo com o "Estado Civil"	53
Quadro 9 - Distribuição da amostra de acordo com a "Situação profissional"	53
Quadro 10 - Distribuição da amostra de acordo com a "Escolaridade"	54
Quadro 11 - Distribuição da amostra de acordo com a "Doença/incapacidade"	55
Quadro 12 - Distribuição da amostra de acordo com a "Doença/incapacidade"	55
Quadro 13 - Distribuição da amostra de acordo com "É a única pessoa a prestar cuidados?".....	56
Quadro 14 - Distribuição da amostra de acordo com "Se não, quem colabora?"	56
Quadro 15 - Estatística descritiva de acordo com "Número de anos de prestação de cuidados"	57
Quadro 16 - Distribuição da amostra de acordo com "Vive na mesma habitação que o seu familiar?".....	57
Quadro 17 - Distribuição da amostra de acordo com "Tem a seu cargo outras pessoas?"	57
Quadro 18 - Distribuição da amostra de acordo "Já cuidou de alguém com dependência anteriormente?".....	58
Quadro 19 - Distribuição da amostra de acordo com "Teve algum tipo de preparação para prestar cuidados?"	58
Quadro 20 - Distribuição da amostra de acordo com "O seu familiar pode ficar só?" ..	58
Quadro 21 - Distribuição da amostra de acordo com "Autocuidado: Higiene"	59
Quadro 22 - Distribuição da amostra de acordo com "Autocuidado: Vestir e Despir" ..	60
Quadro 23 - Distribuição da amostra de acordo com "Autocuidado: Alimentar por Via Oral"	60

Quadro 24 - Distribuição da amostra de acordo com "Autocuidado: Alimentar por SNG"	61
Quadro 25 - Distribuição da amostra de acordo com "Autocuidado: Uso do Sanitário"	62
Quadro 26 - Distribuição da amostra de acordo com "Autocuidado: Posicionar"	62
Quadro 27 - Distribuição da amostra de acordo com "Autocuidado: Transferir"	63
Quadro 28 - Distribuição da amostra de acordo com "Autocuidado: Deambular"	63
Quadro 29 - Distribuição da amostra de acordo com "Autocuidado: Usar Cadeira de Rodas"	64
Quadro 30 - Distribuição da amostra de acordo com "Gestão do Regime Medicamentoso"	64
Quadro 31 - Distribuição da amostra de acordo com "Prevenção de Acidentes"	65

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Pessoas que residem na habitação.....	46
Gráfico 2 - Apoios utilizados no último ano	47
Gráfico 3 - Apoios Formais	47
Gráfico 4 - Apoios Informais	48
Gráfico 5 - Distribuição dos idosos dependentes de acordo com a “origem da dependência”	50
Gráfico 6 - Distribuição da origem da dependência de acordo com as “doenças”	50
Gráfico 7 - Distribuição dos idosos dependentes de acordo com o início da dependência	51
Gráfico 8 - Distribuição da amostra de acordo com a “Relação de parentesco”	54

I – INTRODUÇÃO

No âmbito da disciplina Projeto de Graduação, do curso de licenciatura em Enfermagem, do 4º ano da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, foi proposto aos alunos a realização de um trabalho de investigação como requisito à conclusão da licenciatura.

Perante uma listagem de temáticas optou-se pela escolha de um tema relativo ao cuidar da pessoa idosa, dada a sua atualidade nos dias de hoje. Por conseguinte, surge o tema “Conhecimento dos cuidadores informais no cuidar do seu familiar idoso dependente”.

A procura de cuidados de saúde de qualidade e eficazes em termos de custos colocou a prática baseada na evidência e a investigação em enfermagem em lugar de destaque (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento, respondendo a questões ou resolvendo problemas em benefício da pessoa, da família e das comunidades. Compreende todos os aspetos da saúde onde se inclui: a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do seu ciclo vital, no contínuo Saúde/Doença (ICN, 1999).

A enfermagem necessita de renovação contínua e, é deste modo que atinge a independência, a autonomia, o prestígio e credibilidade.

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2015), o envelhecimento saudável depende do equilíbrio entre o declínio natural das diversas capacidades individuais, mentais e físicas e a obtenção dos objetivos que se desejam.

Toda a população pode cooperar para que qualquer pessoa idosa tenha objetivos de vida realistas e concretizáveis, de modo a que encontrem a satisfação e, dessa forma, uma influência muito positiva na sua saúde.

Com o aumento progressivo dos idosos, tem aumentado a ocorrência de situação de dependência física, psíquica e social. O termo “dependência” associa-se a “fragilidade” vista como uma síndrome relacionada com o processo de envelhecimento que descreve o estado de “reserva funcional limitada” ou “incapacidade de integrar respostas face ao stress”. A fragilidade está associada ao risco aumentado de declínio físico, funcional e cognitivo. O declínio físico diz respeito à limitação das funções físicas como ficar de pé, manter o equilíbrio e andar, levando à incapacidade. Já o declínio funcional é a incapacidade de se envolver em atividades necessárias ou desejáveis na vida diária, levando à dependência. Por fim, o declínio cognitivo relaciona-se com a redução das capacidades cerebrais, levando ao delírio, perda de memória e comprometimento na linguagem e no pensamento crítico.

Sendo assim, a dependência é um estado no qual se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou social, necessitam de uma assistência e/ou ajuda de outra pessoa.

A família constitui a primeira unidade social onde a pessoa se insere, contribuindo para o seu desenvolvimento e socialização. O contexto familiar é a solução para preservar a autonomia e dignidade da pessoa idosa. A família é, indubitavelmente, um pilar de apoio, reconhecida como a principal entidade prestadora de cuidados em situação de dependência dos seus familiares.

No surgimento de um tema, é fundamental formular uma questão de partida capaz de orientar o estudo no sentido de obter resultados. Definiu-se a seguinte questão de partida: “Quais são os conhecimentos dos cuidadores informais, face à prestação de cuidados a um familiar idoso dependente?”.

Tendo a questão de partida formulada, surgem alguns objetivos académicos, que vamos passar a citar: desenvolver e aprofundar conhecimentos relacionados com a metodologia científica e sobre a problemática em estudo.

Este projeto tem como finalidade reconhecer o perfil dos cuidadores informais de pessoas idosas dependentes em contexto familiar como o intuito de identificar as

necessidades de formação da família no processo de cuidar da pessoa idosa dependente. Tendo em conta a problemática exposta delinearam-se os seguintes objetivos que nortearam a investigação:

- Caracterizar o perfil do cuidador informal;
- Identificar o grau de dependência da pessoa idosa, segundo a Escala de Barthel;
- Caracterizar a tipologia da família com uma pessoa idosa dependente;
- Identificar as competências dos cuidadores informais, na prestação de cuidados a uma pessoa idosa dependente.

O estudo tem como finalidade identificar os conhecimentos e competências do familiar cuidador na prestação de cuidados a uma pessoa idosa dependente no domicílio, para que, posteriormente, possa contribuir, como diagnóstico de situação, para o melhoramento do papel do enfermeiro no processo de formação dos cuidadores, com vista a proporcionar qualidade de vida aos idosos dependentes e suas famílias.

A presente investigação insere-se num estudo descritivo simples de abordagem quantitativa e transversal. O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário, aplicado a uma amostra de 15 elementos durante os meses de abril e maio de 2016. O instrumento de colheita de dados é constituído por questões fechadas. Após a aplicação dos questionários, estes foram submetidos a um tratamento estatístico através do programa Excel.

Os resultados obtidos evidenciam que na sua maioria, os cuidadores são maioritariamente femininos, com idades compreendidas entre 31 e 80 anos, de baixa escolaridade, prestando cuidados permanentemente, com uma duração média de 5,7 anos. A causa de dependência prevalecente foi o AVC. Em termos de funcionalidade, verifica-se que estes cuidadores cuidam de idosos totalmente dependentes nas atividades básicas de vida diária.

Os cuidadores referiram construir diariamente o seu processo de aprendizagem para cuidar, através da experiência quotidiana.

Este estudo inicia-se com a fase concetual, onde é apresentada a questão de partida, os objetivos do estudo e a respetiva revisão bibliográfica, abordando depois a fase metodológica e finalizando com a fase empírica e a conclusão do estudo.

II – FASE CONCETUAL

Para se desenvolver um trabalho de investigação, é necessário realizar uma pesquisa sobre alguns trabalhos científicos anteriormente realizados, ou seja, é necessário fazer a revisão da literatura específica.

A fase concetual é a primeira fase do processo de investigação, que se baseia na formulação de ideias e de documentação dessas com o objetivo de atingir uma visão mais clara e organizada do objeto de estudo. Esta fase inicia-se quando o investigador formula uma ideia de modo a orientar a sua investigação.

Assim, tendo em conta o objeto de estudo, na fase concetual foram estudados alguns conceitos referentes ao conhecimento dos cuidadores informais no cuidar do seu familiar idoso, de forma a serem cumpridos os objetivos formulados, a dar resposta à pergunta de partida e auxiliar na sua compreensão.

2.1 – O tema

O tema eleito para este estudo é “Conhecimento dos cuidadores informais no cuidar do seu familiar idoso dependente”.

2.2 – Justificação do tema

A teoria é importante para o desenvolvimento de qualquer trabalho científico. Relativamente ao conhecimento em Enfermagem, vai muito para além das teorias, isto é, abrange a investigação, o senso comum e tudo o que resulta da prática de Enfermagem.

Nos dias de hoje, a Enfermagem detém um nível de conhecimento elevado tanto de teoria como de práticas clínicas. Isto deve-se à evolução da investigação desta área.

No decorrer do processo de investigação, o investigador pesquisa, formula e documenta ideias, adiciona conhecimentos, analisa e chega a uma conclusão. Estes grandes contributos permitem que a Enfermagem evolua como ciência.

A prestação de cuidados por parte de cuidadores informais (CIs) é um tema recente, sendo que os primeiros estudos sobre esta temática surgiram, dentro da comunidade científica, apenas na década de 60 (Vigia *cit. in* Orbell et al, 1993).

A convergência de diferentes fatores tais como, o envelhecimento demográfico, o aumento da esperança média de vida e as alterações na estrutura familiar, levam a que este fenómeno exija respostas urgentes e adequadas para fazer frente às questões políticas, tecnológicas, sociais, económicas, psicológicas e familiares (Araújo *cit. in* Gómez et al, 2006).

A escolha deste tema teve por base dois princípios, a admiração por cuidadores informais que cuidam de pessoas idosas dependentes e a importância dos enfermeiros identificarem o nível de conhecimento destes cuidadores informais, de forma a auxiliá-los no que for necessário.

2.3 – Pergunta de partida

A questão de partida que envolve este estudo remete para “Quais são os conhecimentos dos cuidadores informais, face à prestação de cuidados a um familiar idoso dependente?”.

2.4 – Questão de investigação e questões pivô

A questão de investigação é o primeiro passo do processo de investigação. Para Lewis e Pamela (1987) uma questão de investigação é aquela que explicita precisamente a área de investigação. Para enfatizar, consideramos que a questão é, ou as questões de investigação são a “metade do trabalho” de um cientista. Um cientista é aquele que sabe formular questões interessantes e profundas sobre a sua área de trabalho e estabelecer relações com outras áreas e com o mundo. As questões de investigação são os guias que orientam o tipo de informação necessária, como a recolha de informação deve ser feita e define a abrangência do corpus de dados para a resolução de um problema.

Assim, a questão de investigação orientadora deste trabalho de investigação remete para “Quais são os conhecimentos dos cuidadores informais, face à prestação de cuidados a um familiar idoso dependente?”.

As questões pivô são interrogações simples que compreendem noções de medida (quem?, o quê?, qual? e porquê?).

Deste modo, as questões pivô enunciadas e formuladas para a execução deste estudo são as seguintes: i) Qual o perfil do cuidador informal? ii) Qual o grau de dependência da pessoa idosa, segundo a Escala de Barthel? iii) Que tipologia de família acolhe pessoas idosas com dependência? iv) Que tipo de cuidados implementam os cuidadores informais a uma pessoa idosa dependente?

2.5 – Objetivo geral

O projeto tem como finalidade conhecer o perfil dos cuidadores informais de pessoas idosas dependentes em contexto familiar com o intuito de identificar quais são os conhecimentos dos cuidadores informais, quando prestam cuidados a uma pessoa idosa dependente no domicílio, de forma a contribuir para a melhoria da assistência dos enfermeiros à pessoa dependente e à sua família.

2.6 – Objetivos específicos

Deste modo, definiu-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil do cuidador informal;
- Identificar o grau de dependência da pessoa idosa, segundo a Escala de Barthel;
- Caracterizar a tipologia da família com uma pessoa idosa dependente;
- Identificar as competências dos cuidadores informais, na prestação de cuidados a uma pessoa idosa dependente.

2.7 – Revisão da literatura

Para a elaboração deste estudo foi feita uma revisão bibliográfica a vários artigos científicos. A pesquisa documental é uma etapa essencial na exploração de um trabalho de investigação, uma vez que permite fazer o balanço do que foi escrito no domínio/tema da investigação em estudo.

É através do conhecimento que se adquire novas experiências e, posteriormente, se desenvolvem novas competências.

O dicionário da língua portuguesa (2003-2016) define conhecimento como:

“faculdade de conhecer; relação direta que se toma de alguma coisa; noção; informação; experiência; domínio teórico e/ou prático de determinada área; forma de entendimento que representa o ato de conhecer implicitamente contido na coisa conhecida; pessoa com quem se têm relações sociais; (...) saber; instrução; perícia; (...) dar conhecimento de comunicar, participar”.

2.7.1 – Envelhecimento

A evolução da ciência e a melhoria das condições socioeconómicas permitiram um aumento da longevidade.

O envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspetivas: individualmente o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, o aumento da esperança média de vida. A este conceito está subjacente o de envelhecimento biológico, definido como a alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo verificando-se, conseqüentemente, um aumento gradual das probabilidades de morrer devido a determinadas doenças que podem precipitar o fim da vida. Para além disso, podem verificar-se alterações a nível psicológico como as perdas de memória ou maior dificuldade de raciocínio (INE, 2012).

O envelhecimento demográfico define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem e/ou em detrimento da população em idade ativa (INE, 2012).

Por um lado, assiste-se a um aumento significativo da esperança média de vida e, por outro lado, a uma redução da natalidade.

O envelhecimento da população é um fenómeno universal, de transição demográfica, com consequências sociais e económicas levando a impactos na saúde e bem-estar das pessoas.

A par das mudanças sociodemográficas verifica-se, ao nível da saúde, uma tendência ascensional de doenças crónico-degenerativas que atingem as pessoas idosas, fazendo-as depender de terceiros para a satisfação das suas necessidades humanas básicas (Guedes, 2011).

A estrutura demográfica de Portugal, tal como dos restantes estados membros da União Europeia caracteriza-se pelo envelhecimento da população. Na última década agravou-se o fosso entre jovens e idosos. A percentagem de jovens recuou de 16% em 2001 para 15% em 2011. Na população idosa assistiu-se ao movimento inverso tendo passado de 16% em 2001 para 19% em 2011 (INE, 2012).

Em 2011 o índice de envelhecimento da população agravou-se para 128 (102 em 2001), o que significa que por cada 100 jovens há 128 idosos (INE, 2012).

Portugal está a tornar-se num país envelhecido. O peso dos idosos na estrutura populacional tem vindo a aumentar de forma significativa, devido por um lado à diminuição dos nascimentos e por outro ao aumento da esperança média de vida (Cancela, 2008).

Contudo, o processo de envelhecimento não pode ser definido apenas por critérios cronológicos, mas através de uma abordagem holística que analise o conjunto das condições físicas, funcionais, mentais e de saúde de cada indivíduo.

2.7.1.1 – Concetualização do envelhecimento

A pessoa é um ser no mundo que comporta a dimensão biológica, psicológica, sociológica, cultural e espiritual, que interage com o seu meio ambiente.

Nos dias de hoje, o objetivo principal reside em possibilitar às pessoas um envelhecimento saudável e que vivam uma velhice bem sucedida.

Envelhecer é assim um processo dinâmico, lento mas progressivo, complexo, multifatorial, e individual, com componentes fisiológicas, psicológicas e sociológicas, inseparáveis e intimamente relacionadas. (Moreira *cit. in* Valentini e Ribas, 2003; Imaginário, 2004 e Cancela, 2007)

De acordo com Oliveira (2005) os idosos fazem parte de um grupo constituído por indivíduos com total autonomia e capacitados para contribuir para o desenvolvimento económico e social, como também por aqueles que se encontram menos capazes de cumprir com as atividades básicas de vida diária (AVD), apresentando necessidades bastante diferenciadas.

É considerado idoso, uma pessoa com 65 anos de idade cronológica ou mais (Oliveira, 2005).

De acordo com a Dr.^a Margaret Chan, Diretora-geral da OMS (2015), a perda das habilidades comumente associada ao envelhecimento, na verdade está apenas vagamente relacionada com a idade cronológica das pessoas. A diversidade das capacidades e necessidades de saúde dos idosos não é aleatória, e sim advinha de eventos que ocorrem ao longo de todo o percurso da vida e frequentemente são modificáveis, ressaltando a importância do ciclo de vida para se entender o processo de envelhecimento.

Envelhecimento e desenvolvimento são conjuntos de fenómenos dinâmicos que evocam transformações do organismo de natureza biológica ou psicológica em função do tempo. Contudo, não se dispõe ainda de conhecimento suficiente para poder estabelecer diferenças entre aquilo que constituem as mudanças naturais do envelhecimento, isto é, os processos típicos de mudança do organismo humano à medida que se envelhece, e aquelas mudanças anormais e patológicas, motivadas por fatores ambientais ou por fatores intrínsecos ao próprio organismo.

Birren e Cunningham (1985) distinguem três padrões de envelhecimento: primário, secundário e terciário.

O envelhecimento primário remete-se para o processo de senescência normal, em que as capacidades necessárias à adaptação do indivíduo são substituídas por outras. Estas mudanças são irreversíveis e comuns a todos os indivíduos. O envelhecimento secundário encontra-se associado ao aparecimento de doenças inerentes à idade, uma vez que o tempo vivido aumenta a exposição a fatores de risco. Estas lesões patológicas, que podem ser múltiplas, aumentam a vulnerabilidade do organismo, causando uma maior dificuldade de adaptação do indivíduo. O envelhecimento terciário está relacionado com o declínio terminal e caracteriza-se por um grande aumento das perdas, num período de tempo relativamente curto.

Para além do critério baseado na idade cronológica, há que considerar mais três idades diferentes:

- Idade biológica – está relacionada com o envelhecimento orgânico, que se refere ao teste da elasticidade da pele e do equilíbrio estático;
- Idade psicológica – referente às competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar na adaptação às mudanças ambientais, como a memória, inteligência e motivação;
- Idade social – depende do papel, estatuto e hábitos sociais dos indivíduos relativamente aos outros membros da sociedade.

Tem vindo a acentuar-se o envelhecimento demográfico, sendo que a proporção das pessoas idosas tem vindo a aumentar cada vez mais.

O aumento da esperança média de vida espelha o resultado na melhoria da saúde pública, avanços tecnológicos da medicina preventiva e curativa.

O aumento do número da população idosa acarreta uma crescente necessidade de acesso aos serviços de saúde e de respostas sociais adequadas. Portanto, o envelhecimento populacional parece assumir um papel significativo na promoção do

desenvolvimento social e político do país, levando a sociedade civil e o Estado a organizarem-se de forma a criar condições para acolher as pessoas idosas, o que dá origem a respostas sociais institucionalizadas como o apoio domiciliário, lares, centros de dia e até universidades para a terceira idade (Jacob, 2007).

2.7.1.2 – Envelhecimento saudável

Fonseca (2004), refere o envelhecimento como parte do desenvolvimento e como consequência da interação dinâmica entre o indivíduo e os contextos, em permanente interação. O envelhecimento deve ser entendido como um processo, com ganhos e perdas, para cuja adaptação concorrem variáveis de natureza intrínseca e extrínseca ao indivíduo.

Segundo Fontaine (2000), a velhice bem sucedida está associada à reduzida probabilidade de doenças, especialmente aquelas que levam à perda de autonomia, à manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico, e à conservação de empenhamento e bem-estar subjetivo.

O envelhecimento saudável é mais que apenas a ausência de doença. Para a maioria da população idosa, a manutenção da habilidade funcional é mais importante.

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

A promoção de um envelhecimento saudável respeita a múltiplos setores, que envolvem a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspetos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus.

Posto isto, o envelhecimento é um processo de mudança gradual da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que se desenvolve ao longo da vida. É um processo natural e está relacionado com a maior eficácia da prevenção na saúde, com o

progresso da ciência que permite um melhor combate à doença, com uma melhor intervenção no meio ambiente e, principalmente, com a consciencialização de que somos os responsáveis pela nossa saúde.

Numa perspetiva individual, a prestação de cuidados de saúde e de apoio social às pessoas idosas são indispensáveis a um sistema de saúde que se quer adequado para responder às necessidades de uma população que está a envelhecer.

Do ponto de vista da coletividade, sendo o envelhecimento um fenómeno que diz respeito a todos os seres humanos, implica necessariamente a intervenção de todos os setores sociais, na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas e o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados. Assim, os serviços de saúde, mais especificamente, os cuidados de saúde primários, são responsáveis por implementar e melhorar as estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas capazes de satisfazer as necessidades específicas desta população.

Assim, podemos afirmar que um envelhecimento saudável, com bem-estar e qualidade de vida, depende de uma melhor assistência à pessoa idosa, combatendo o sedentarismo, a criação de programas que promovam a formação do idoso, e a implementação de programas de ajuda aos idosos dependentes e aos idosos que, simultaneamente são também cuidadores informais.

2.7.1.3 – A pessoa idosa dependente

Na atualidade, as políticas de saúde em Portugal tendem a privilegiar a manutenção do idoso no domicílio, devido ao aumento crescente do número de idosos, à insuficiência e inadequação das respostas formais às necessidades dos idosos dependentes, às vantagens ao nível da autonomia, às vantagens na promoção da qualidade de vida com a sua permanência no ambiente habitual e à constatação das potencialidades da família na prestação de cuidados, o que implica uma função acrescida, na qual o cuidador informal assume uma maior relevância (Leuschner, 2005).

Durante muito tempo ser idoso foi equiparado a um fenómeno patológico. No entanto, ser idoso não é sinónimo de ser doente. Mas com o aumento da esperança

média de vida, há maior probabilidade de deterioração, como a diminuição da força física, mobilidade, equilíbrio e resistência. É comum a manifestação de doenças crônicas que contribuem, de uma forma geral, para a incapacidade e dependência da pessoa.

O termo “dependência” associa-se a “fragilidade” vista como uma síndrome relacionada com o processo de envelhecimento que descreve o estado de “reserva funcional limitada” ou “incapacidade de integrar respostas face ao stresse”. A fragilidade está associada ao risco aumentado de declínio físico, funcional e cognitivo. O declínio físico diz respeito à limitação das funções físicas como ficar de pé, manter o equilíbrio e andar, levando à incapacidade. Já o declínio funcional é a incapacidade de se envolver em atividades necessárias ou desejáveis na vida diária, levando à dependência. Por fim, o declínio cognitivo relaciona-se com a redução das capacidades cerebrais, levando ao delírio, perda de memória e comprometimento na linguagem e no pensamento crítico (Comissão Europeia, 2015).

Existem vários trabalhos de investigação que permitem-nos encontrar diversas definições de dependência.

O Decreto-lei nº 101/2006, de 6 de julho, define dependência como:

“ (...) a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável, em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária.”

Segundo o Conselho da Europa (1998), dependência define-se como:

“a (...) necessidade de ajuda e assistência nas atividades de vida diária ou mais concretamente, como o estado em que se encontram as pessoas que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de ajuda na realização das atividades do quotidiano, de modo particular, nos cuidados pessoais.”

Em contexto científico, as atividades do quotidiano são referenciadas como “Atividades de Vida Diárias” (AVD) e “Atividades Instrumentais de Vida Diárias” (AIVD). As primeiras dizem respeito ao autocuidado, ou seja, as que permitem à pessoa lavar-se, vestir-se, ir à casa de banho, ter controlo de esfíncteres e alimentar-se. Ao passo que as AIVD são as requisitadas para se conseguir viver em comunidade e relacionar-se com os outros à sua volta. As mais comuns são: limpar, cozinhar, fazer compras, utilizar meios de transporte, lidar com dinheiro, tomar a medicação e usar o telefone. A perda destes atos pode ocorrer antes das AVD, pois são mais complexas (Pereira, 2014).

A avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa revela-se um indicador sensível e relevante que permite avaliar as necessidades. Neste projeto de graduação, a dependência da pessoa idosa, expressa na necessidade de auxílio na execução das AVD, foi avaliada através da Escala de *Barthel*. Esta escala permite avaliar a independência funcional e a morbilidade da pessoa com patologia crónica, indicando se necessita de cuidados ou não e avalia se a pessoa é capaz de desempenhar determinadas tarefas de forma independente. O grau de dependência é traduzido em *scores*, conforme a pessoa idosa não precise de nenhum, pouco, muito ou de todo o apoio de outros para diferentes atividades. A classificação mais comum é: dependência total, grave dependência, moderada dependência, baixa dependência e independência. Uma pessoa com baixa dependência necessita apenas de supervisão ou vigilância, já que possui alguma autonomia e é capaz de realizar determinadas AVD. A pessoa com dependência moderada necessita de supervisão e o apoio de outra pessoa para o desempenho de algumas das atividades específicas. Por fim, a pessoa com dependência grave ou total necessita de ajuda permanente para a realização das atividades.

Conseguir envelhecer com saúde, autonomia e independência integra um grande desafio à comunidade portuguesa.

Os termos “autonomia” e “independência” não devem ser confundidos, pois são conceitos distintos. Autonomia refere-se à capacidade, liberdade e direito de estabelecer as próprias leis e capacidades de se autogovernar. Por outro lado,

independência significa ser capaz de cuidar de si, satisfazer as necessidades de autocuidado sem a ajuda de terceiros (Araújo *cit. in* Rodriguez, 1998).

No entanto, poderá existir autonomia sem independência, por exemplo uma fratura trocantérica impedirá a pessoa de cuidar de si mesma, permanecendo a capacidade que tem para determinar o que quer fazer.

Hoje em dia, a dependência e a falta de autonomia são compreendidas como situações de necessidade em que uma pessoa carece de ajuda de terceiros para realizar as AVD e as AIVD.

A dependência não é um fenómeno novo, sempre existiram pessoas dependentes, contudo hoje é um problema com implicações sociais, psicológicas, económicas, políticas e financeiras, não só para a pessoa dependente mas também para quem tem que dispor do seu tempo para ajudar a cuidar da pessoa dependente (Araújo, *et alli*, 2011).

A convergência de diferentes fatores tais como, o envelhecimento demográfico, o aumento da esperança média de vida e as alterações na estrutura familiar, levam a que este fenómeno exija respostas urgentes e adequadas para fazer frente às questões políticas, tecnológicas, sociais, económicas, psicológicas e familiares (Araújo, *et alii*, 2011).

Porém, compete aos profissionais de saúde que trabalham com pessoas idosas, a promoção da independência e da autonomia do idoso, atuando em conformidade com a família visando ao envelhecimento sadio e com qualidade de vida satisfatória.

2.7.2 – Familiar/cuidador informal

Segundo Howe e Lettieri (1999), o familiar cuidador é o elemento que melhor pode cuidar do idoso, uma vez que este é sensível ao meio que o rodeia e às pessoas com que este se relaciona.

Embora esteja a cargo da família a função de cuidar da pessoa idosa dependente, tende a ser assumida no contexto familiar por uma única pessoa, denominada familiar/cuidador informal.

A tradição cultural portuguesa atribui às famílias, nomeadamente aos elementos do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar do doente, podendo-se explicar através da educação recebida e com a construção social das funções da mulher, de onde emerge o conceito de familiar cuidador.

De acordo com o ICN (2002, p.63) papel de prestador de cuidados define-se como:

“Interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados e inadequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos cuidados aos membros da família”.

2.7.2.1 – A prestação de cuidados

A prestação de cuidados por parte de cuidadores informais (CIs) é um tema que se pode considerar recente, sendo que os primeiros estudos sobre esta temática surgiram, dentro da comunidade científica, apenas na década de 60 (Orbell, Hopkins e Gilles, 1993).

O ato de cuidar é um fenómeno comum embora assumia formas distintas de expressão consoante a cultura, sendo que é possível identificar algumas ideias semelhantes à noção de cuidado, como é o caso da presença de sentimentos como a empatia, a compaixão, o alívio, a presença, o suporte, o estímulo, a proteção e a confiança (Alves *cit. in* Barbosa, 2003).

Cuidar é um ato humano imperativo no sentido de garantir a continuidade da vida, conforme refere Collière (1989, p.235), é:

“um ato individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais”.

Cuidar é manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades a ela indispensáveis. Cuidar de quem cuida deverá ser uma preocupação e também uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde, para que quem cuida não fique por cuidar (Guedes, 2011).

A prestação de cuidados é uma atividade complexa que abarca aspetos clínicos, técnicos e comunitários e envolve ainda dimensões psicológicas, éticas, sociais e demográficas (Vigia *cit. in* Luders e Storani, 2002).

As exigências objetivas da prestação de cuidados, designadamente o comprometimento cognitivo e funcional e as alterações comportamentais do idoso dependente, estão relacionadas com o tipo e a intensidade do cuidado (Vigia *cit. in* Aneshensel, *et alii*, 1995).

O ato de cuidar não define o cuidador informal (CI) como um profissional de saúde, pelo que este não deve efetuar procedimentos técnicos dos quais não possua competências. O CI não se encontra vinculado a nenhuma instituição social de prestação de cuidados, porém cuida de pessoa/s não autónoma/s e que geralmente residem no domicílio. É uma função não profissional, sem limite de horários, baseada no afeto e na atenção constante e é não remunerada (Vigia *cit. in* Soriano, 2004).

A família constitui a primeira unidade social onde a pessoa se insere, contribuindo para o seu desenvolvimento e socialização. O contexto familiar é a solução para preservar a autonomia e dignidade da pessoa idosa. A família é, indubitavelmente, um pilar de apoio, reconhecida como a principal entidade prestadora de cuidados em situação de dependência dos seus familiares.

2.7.2.2 – Razões da adoção do papel de familiar/cuidador informal

Segundo Santos (2006), a motivação e as causas que levam os cuidadores a iniciar ou continuar a prestação de cuidados são várias: tradições de um país, pelas normas sociais, pelo estágio de evolução relativamente às modificações da estrutura familiar, pela conceção da vida, pela história de cada indivíduo.

Uma pessoa pode tornar-se cuidador informal de diversas formas: por instinto, quando motivada inconscientemente a prestar auxílio a alguém que necessita dele; por vontade própria, quando motivada com intuito de satisfazer as emoções pelo meio da relação com o outro; por capacidade, quando é a pessoa que tem formação técnica; e, quando se encontra numa situação extrema não havendo outra opção (Guedes, 2011).

A identidade do cuidador informal está intrinsecamente ligada à história pessoal e familiar, com base em contextos sociais e culturais, pelo que o cuidar constitui um aspeto normativo da vida de alguns dos membros da família (Alves *cit. in* Sequeira, 2010). Entre os cônjuges e os filhos predominam os motivos relacionados com a cumplicidade desenvolvida ao longo do convívio mútuo e do facto de esta constituir uma obrigação ou um dever familiar (Guedes *cit. in* Baum e Page, 1991; Silverstein e Litwak, 1993).

2.7.2.3 – Principais consequências associadas ao cuidar

Diversos estudos apontam como efeitos negativos do cuidado informal, na saúde do cuidador informal, o aumento dos níveis de depressão, ansiedade e perceção de fraca saúde (Cunha *cit. in* Nieto Carrero, 2002; Ory, *et alii*, 2000).

Schulz e Beach (1999) afirmam que os indivíduos que reportam tensão permanente associada à prestação de cuidados informais têm alto risco de mortalidade durante os primeiros quatro anos da experiência.

Reconhecer as potenciais consequências negativas da participação das famílias nos cuidados às pessoas idosas, permite identificar quais os cuidadores de risco, prevenir situações e intervir de uma forma eficaz junto dos membros das famílias envolvidas física e emocionalmente em situações de sobrecarga, ajudando-as a

maximizar as suas dificuldades e a adquirir estratégias de superação e resolução de problemas.

Os problemas de quem presta cuidados surgem de um conflito emotivo, complexo e intenso, provocado pela sobrecarga de olhar por um idoso, pelo qual se sente, um afeto profundo ou obrigação. Estes sentimentos são muitas vezes reforçados pelo isolamento social imposto pelas responsabilidades de cuidar da pessoa com perda de autonomia, a que se junta, habitualmente, a falta de conhecimento sobre as técnicas cuidativas, os recursos da comunidade e o lidar com o *stress* (Mendes *cit. in* Paúl, 1997).

A sobrecarga do cuidador informal varia em função da doença e grau de dependência da pessoa idosa a cargo, sendo as alterações comportamentais da pessoa idosa e os cuidados que envolvam trabalho físico fontes de stresse.

Braithwaite (1992), inspirando-se na pirâmide das necessidades de Maslow, refere-se à sobrecarga do cuidador considerando-a uma ameaça à satisfação das necessidades básicas fisiológicas de segurança, sociais e de autoestima.

O facto de os cuidadores poderem contar com a ajuda de outros familiares alivia-os das exigências dos cuidados, melhorando a sua perceção de saúde (Guedes *cit. in* Brito, 2002; Lage, 2004).

2.7.2.4 – Papel do Enfermeiro na preparação do familiar/cuidador informal para cuidar

Segundo o ICN (1999), a enfermagem abrange o cuidado autónomo e em colaboração de indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidade, enfermos ou não, e em todos os ambientes. A enfermagem inclui a promoção da saúde, a prevenção da doença e cuidado das pessoas doentes, incapacitadas ou em estado terminal. A advocacia, promoção de um ambiente seguro, participação na modelação de políticas de saúde e na gestão dos doentes e sistemas de saúde, bem como a educação, são também papéis fundamentais da enfermagem.

O enfermeiro não deverá centrar a sua atenção na doença, mas na promoção, manutenção e recuperação da saúde do ser humano na perspetiva da sua família e comunidade (Guedes *cit. in* Leme, 2000).

A arte de escutar é também fundamental numa relação empática, uma vez que ao escutar a pessoa idosa dependente e a sua família/cuidador informal, o enfermeiro demonstra como são importantes para si, permitindo-lhes identificar as suas emoções, ajuda-os a identificar os seus problemas e as suas necessidades e a elaborar um plano de ação realista e eficaz (Guedes *cit. in* Lazure, 1994). Ao proceder deste modo, o profissional de saúde permite que a pessoa idosa e seus familiares e cuidadores tomem consciência das suas dificuldades e encontrem neles próprios os meios para solucionar essas mesmas dificuldades.

De acordo com Martins (2006), os profissionais de saúde deverão mostrar disponibilidade e abertura para dialogarem com os cuidadores e os ajudarem a resolver conflitos decorrentes do processo de cuidar, respeitando o sistema de valores e conceitos culturais associados a este processo.

Segundo Leme (2000), o autor afirma que o domicílio é o melhor local para o enfermeiro fazer o diagnóstico das necessidades da pessoa idosa e dos seus familiares e cuidadores, e realizar intervenções que promovam a aquisição ou adaptação de novos papéis que sejam consistentes com a personalidade da pessoa idosa, com a sua capacidade funcional e cognitiva, com a sua posição social e com o prognóstico da sua doença.

Ao introduzir-se no espaço privativo e íntimo do doente, o profissional de enfermagem necessariamente compromete-se com os familiares e com todo um contexto domiciliário de modo profissional e ético (Gonçalves, Alvarez e Santos, 2000).

Uma das funções do enfermeiro descritas pela Carreira de Enfermagem (Ministério da Saúde, 1991, p. 5724) é:

Conhecimento dos cuidadores informais no cuidar do seu familiar idoso dependente

“executar os cuidados de enfermagem planeados, favorecendo um clima de confiança que suscite a implicação do utente (indivíduo, família, grupos e comunidade) nos cuidados de enfermagem e integrando um processo educativo que promova o autocuidado”.

Assim, a enfermagem domiciliária engloba um âmbito de atuação muito mais abrangente com grande valia para a área da saúde. O enfermeiro em cuidados domiciliários é simultaneamente, um educador, coordenador e prestador.

Para finalizar e ainda segundo Martins (2006), os profissionais de saúde podem e devem ter um papel decisivo na saúde e bem-estar dos cuidadores. Para tal, devem educar no sentido de preparar o cuidador para o bom exercício do seu papel.

III – FASE METODOLÓGICA

A fase metodológica é a segunda fase do processo de investigação, sendo caracterizada por uma fase onde se determinam os métodos a utilizar para obter respostas à questão de investigação.

Todas as decisões metodológicas tomadas pelo investigador são de enorme importância para a investigação “ (...) para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação” (Fortin, 1999, p.40).

3.1 – Desenho de investigação

O desenho de investigação abrange o plano e a estrutura do trabalho de investigação, que engloba as decisões tomadas para o tipo de estudo e, desta forma, controla potenciais fontes de enviesamento.

Para além disso, permite analisar criticamente a validade dos resultados, de forma a avaliar o grau de evidência inerente à resposta à questão levantada.

3.2 – Tipo de estudo

O tipo de estudo descreve a estrutura usada no trabalho de investigação, de acordo com a questão de investigação.

De acordo com as características do estudo de investigação, considerou-se pertinente a realização de um estudo descritivo simples de abordagem quantitativa e transversal, sob a forma de questionários, ou seja, no decurso de toda a atividade de investigação são colhidos dados junto de uma população ou amostra, com o objetivo de examinar comportamentos.

Tendo em conta este tipo de estudo, os dados podem ser colhidos de três formas distintas: entrevista face a face, entrevista telefónica e questionário.

É um estudo descritivo simples, dado que se pretende descrever o conhecimento de uma amostra no cuidar de uma pessoa idosa dependente no domicílio e deste modo optou-se por este tipo de estudo, que segundo Fortin (1999, p. 163) tem

como objetivo “ (...) descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta.”

É também um estudo de abordagem quantitativa, na medida em que permite identificar os conhecimentos dos cuidadores informais no cuidar da pessoa idosa através de opções designadas por “Sim”, “Não” ou “Não se aplica” e também um estudo transversal pois a recolha de dados foi efetuada num único “momento”, não existindo, portanto, um período de seguimento dos indivíduos.

O estudo efetuou-se em meio natural, uma vez que foi conduzido num lugar não controlado pelo investigador.

3.3 – População, amostra e processo de amostragem

3.3.1 – População

A população segundo Fortin (1999, p.41) “ (...) compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”.

Assim sendo, a população que serviu de base para este trabalho de investigação remete para os habitantes de Rio Tinto e Brás Oleiro (Gondomar), com familiares idosos dependentes. Em 2014, o índice de envelhecimento e de dependência em Gondomar foram de 116,1% (62,7% em 2001) e de 24% (15,4% em 2001), respetivamente (Pordata, 2014).

3.3.2 – Processo de amostragem

Para Fortin (1999, p. 202) a amostragem é “ (...) o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, e de tal forma que a população inteira que nos interessa esteja representada.”

Neste estudo, a técnica de amostragem utilizada foi o método de amostragem não probabilístico por seleção racional, uma vez que este tipo de amostragem tem por base o julgamento do investigador para constituir uma amostra de sujeitos, em função de uma ou mais características.

A seleção dos participantes correspondeu a todos os cuidadores informais, que se adequaram aos seguintes critérios de inclusão: aceitar participar no estudo; ser cuidador informal de uma pessoa idosa dependente; ser capaz de ler, uma vez que a técnica utilizada para recolha de dados foi o questionário.

3.3.3 - Amostra

De acordo com Fortin (2009), uma amostra “(...) é uma fração de uma população sobre o qual se faz o estudo. (...)”.

No presente estudo a amostra foi constituída pelos cuidadores informais que prestam cuidados ao seu familiar idoso dependente no domicílio, de acordo com os critérios de inclusão. Foram distribuídos 25 questionários mas apenas se conseguiu obter 15 questionários preenchidos.

3.4 – Variáveis

Segundo Fortin (1999, p.36) “As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças”.

Para Fortin (1999), os tipos de variáveis mais comumente utilizadas nas obras metodológicas são: as variáveis correlacionais (independentes e dependentes), as variáveis de atributo e as variáveis estranhas.

Ainda segundo Fortin (1999, p. 376) “A variável dependente é a variável influenciada pela variável independente.”

No entanto “ (...) a variável independente é aquela manipulada pelo investigador com a finalidade de estudar os seus efeitos na variável dependente.” (Fortin, 1999, p. 377)

Por sua vez, as variáveis de atributo são “ (...) as características dos sujeitos de um estudo, que serve para descrever uma amostra.” (Fortin, 1999, p. 376)

Portanto, neste estudo destacamos as seguintes variáveis: características sócio demográficas do idoso e do cuidador informal, nível de dependência do idoso e conhecimento dos cuidadores informais.

3.5 – Método e instrumento de colheita de dados

A recolha de dados permite obter dados necessários para o estudo e, por isso, é de grande importância. Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de colheita de dados que mais se adequa ao objetivo de estudo e às questões de investigação colocadas, de forma a obter os resultados esperados.

Atendendo às características do estudo, o instrumento de colheita de dados que nos pareceu mais adequado foi a aplicação de um questionário, uma vez que se trata de um método que “ (...) Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.” (Fortin, 1999, p. 249)

O questionário utilizado foi um instrumento de colheita de dados que se encontra validado para a população portuguesa, por Pereira (2012), realizado no estudo “Avaliação inicial do familiar cuidador: estudo de adequação de um instrumento”. O presente questionário avalia a situação de dependência do utente, recorrendo à Escala de *Barthel* (adaptada) e avalia também o prestador de cuidados, no sentido de conhecer o cuidador informal que presta cuidados a um utente dependente e quais as suas competências. No anexo I encontra-se o pedido de autorização efetuado à autora para a utilização do questionário.

A aplicação do instrumento de colheita de dados foi efetuada durante os meses de abril e maio de 2016.

3.6 – Aplicação de pré-teste

Segundo Fortin (1999) “ O pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada, a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas.”

O pré-teste tem por objetivo principal avaliar a eficácia e a pertinência do questionário. (Fortin, 1999)

Sendo o questionário utilizado já validado para a população portuguesa, não foi necessário aplicar o pré-teste.

3.7 – Considerações éticas

Toda a investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas (Fortin, 1999). A escolha do tipo de investigação determina a natureza dos problemas que se podem desenvolver. O investigador é confrontado com alguns problemas colocados pela ética, decorrentes das exigências morais.

Fortin (1999, p.116) define que: “A investigação aplicada aos seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdade da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e as liberdades das pessoas que participam nas investigações. Cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética (...)”.

Os direitos fundamentais das pessoas, propostos pelo Código de Nuremberga, que são descritos por Fortin (1999) são:

- O direito à autodeterminação: este baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino. Por isso foi

explicado aos cuidadores informais que participaram no estudo o seu direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não na investigação.

- O direito à intimidade: faz referência à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação, e a determinar em que medida aceitar partilhar informações íntimas e privadas. Por isso o estudo pretende ser o menos invasivo possível. O cuidador informal terá liberdade de decidir sobre a extensão da informação a dar.
- O direito ao Anonimato e à Confidencialidade: os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes no estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador, nem pelo leitor do projeto de investigação. Por isso os resultados serão apresentados de forma a que nenhum cuidador informal tenha a possibilidade de ser identificado.
- O direito à protecção contra o Desconforto e Prejuízo: este direito corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou prejudicarem. Este direito por sua vez diz respeito ao risco de ordem física, psicológica, legal ou económica que possa advir da realização do estudo. Não estão previstos quaisquer riscos desta ordem no trabalho em causa.
- O direito ao Tratamento Justo e Equitativo: refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, para a qual é solicitada a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo. Este direito refere-se à informação fornecida, o fim e duração da investigação, para a qual foi solicitada a participação do cuidador informal, bem como os métodos utilizados no estudo.

Na salvaguarda dos procedimentos éticos serão garantidos no estudo em questão todos os direitos acima supracitados, ou seja, todos os sujeitos que vão participar no estudo têm o direito e a liberdade de decidir sobre a sua participação ou não no estudo; a liberdade de determinar em que medida aceita partilhar informações privadas e íntimas e a decidir sobre a extensão da informação a dar; a preservação do anonimato e confidencialidade durante e após o estudo; direito à protecção contra o

desconforto e prejuízo; direito a receber um tratamento justo e equitativo antes, durante e após a sua participação no estudo.

3.8 – Tratamento de dados

Após a elaboração da colheita de dados, o investigador deve fazer a organização e interpretação dos mesmos. Caso contrário, há uma grande probabilidade de os dados não fazerem sentido, nem serem esclarecedores.

O tratamento dos dados foi efetuado através da utilização do programa EXCEL.

A escolha deste método de tratamento de dados deve-se à adequação deste às necessidades do estudo, visto ser um programa destinado ao tratamento de dados, do foro quantitativo, no qual é feito uma análise descritiva sobre os dados representados.

A análise dos dados foi efetuada através da estatística descritiva incluindo a o número total de amostras e a respetiva percentagem.

Os resultados serão apresentados em quadros e gráficos para uma melhor visualização e análise dos dados obtidos.

IV – FASE EMPÍRICA

4.1 – Apresentação e análise dos dados

Após ter sido realizada a descrição da metodologia, procede-se à análise, compreensão e discussão dos resultados obtidos.

Nesta fase pretende-se dar a conhecer todos os dados recolhidos nos 15 questionários que foram aplicados. Os resultados foram apresentados na forma de gráficos e quadros, com a respetiva análise, sendo que estes seguem a ordem do questionário.

De acordo com Fortin (1999), análise de dados, refere-se ao conjunto de métodos estatísticos que permitem visualizar, bem como classificar, descrever e interpretar os dados colhidos próximo dos sujeitos. Os resultados que provém dos factos observados no decurso da colheita de dados, devem ser analisados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema sobre o qual a investigação incide.

Primeiramente descreveu-se a amostra e, de seguida, apresentou-se os dados obtidos. Sendo que recorreu-se à estatística descritiva.

Segundo Fortin (1999, p. 277), estatística descritiva é:

A análise dos dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos, pela medida das variáveis.

4.2 – Caracterização da amostra

Os dados serão apresentados em gráficos e quadros com a respetiva interpretação dos resultados.

4.2.1 – Dados da Família

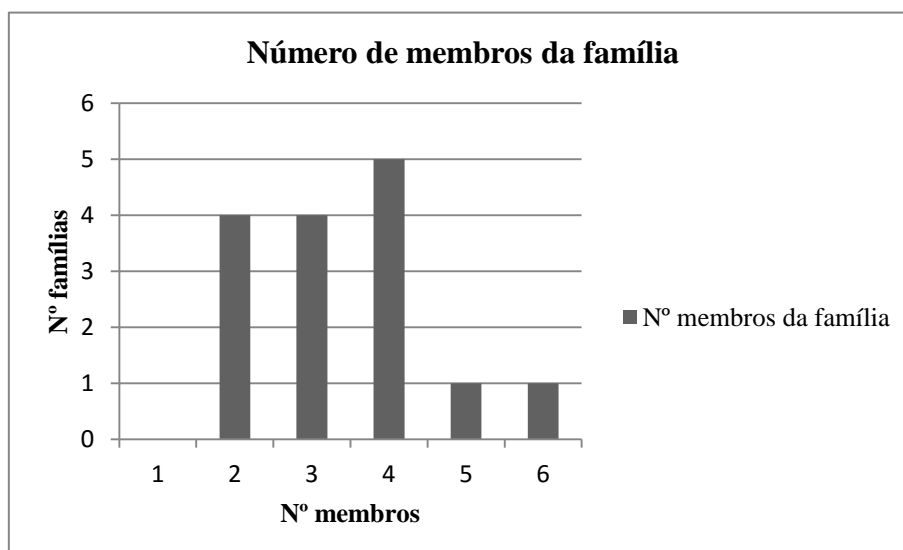
De seguida serão apresentados os dados referentes à caracterização da família.

Quadro 1 - Distribuição da amostra de acordo com o "Tipo de Família

Tipo de família	N	Percentagem
Nuclear	8	53%
Unitária	0	0%
Monoparental	1	7%
Reconstituída	0	0%
Alargada	6	40%
Outras	0	0%
Total	15	100

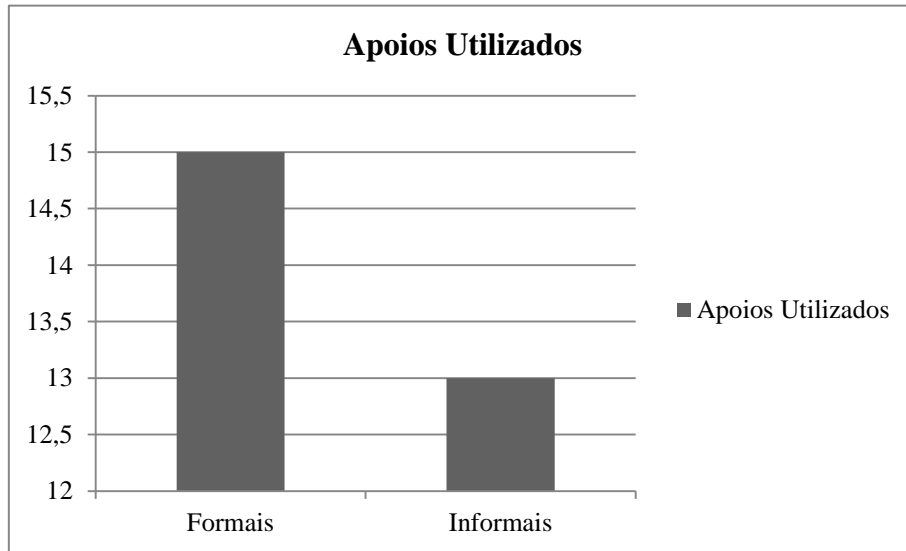
Pela observação do Quadro 1, verifica-se que mais de metade da amostra pertence ao tipo de família Nuclear, com uma percentagem de 53%, correspondendo a oito elementos da amostra. Os restantes elementos da respetiva amostra, nomeadamente seis elementos pertencem ao tipo de família Alargada, com uma percentagem de 40% e apenas um elemento pertence ao tipo de família Monoparental, com uma percentagem de 7%.

Gráfico 1 - Pessoas que residem na habitação



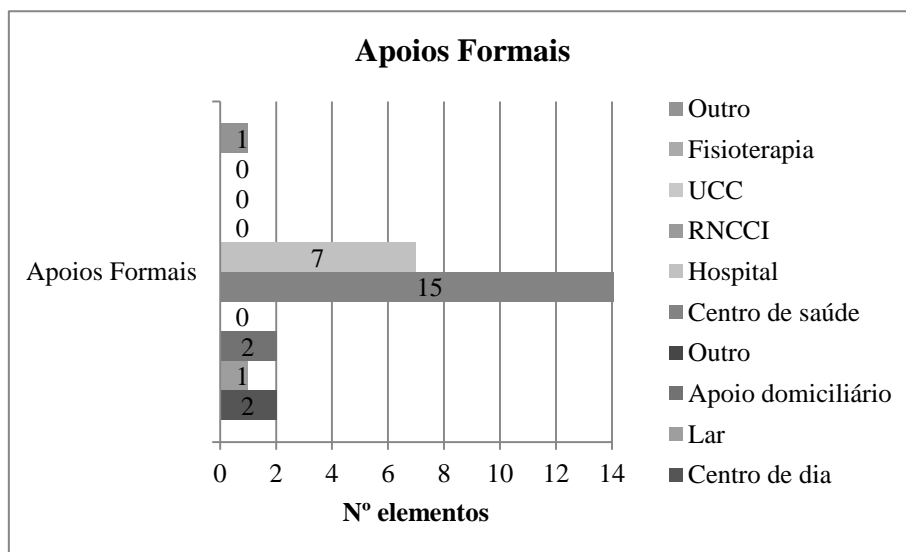
De acordo com o Gráfico 1, constata-se que cinco famílias são constituídas por quatro membros, quatro famílias são compostas por dois membros e outras quatro por três membros. Sendo que apenas duas famílias são formadas por cinco e seis elementos, respetivamente.

Gráfico 2 - Apoios utilizados no último ano



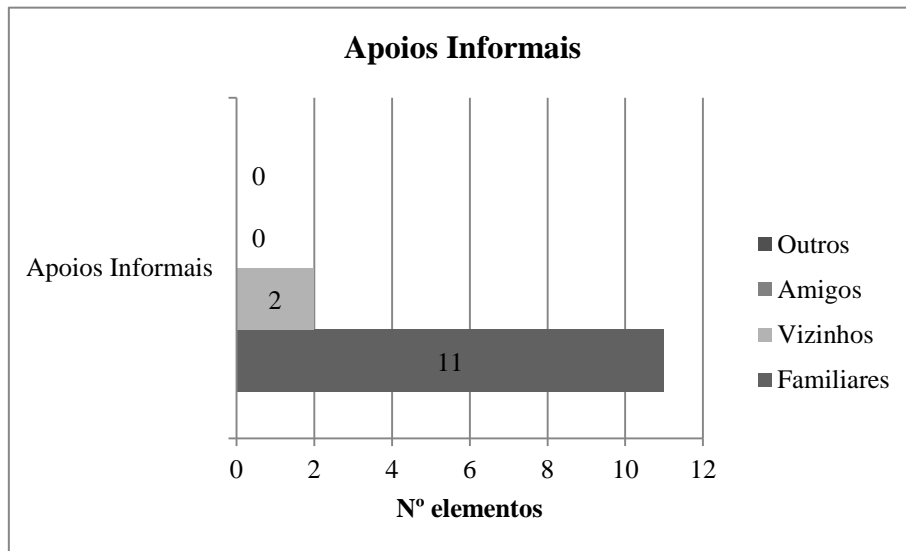
Através da análise do Gráfico 2, observa-se que todos os elementos da amostra utilizam apoios formais e apenas 13 elementos da amostra utilizam apoios informais.

Gráfico 3 - Apoios Formais



Relativamente aos apoios formais que as famílias recorrem (Gráfico 3), verifica-se que todos os elementos da amostra utilizam como apoio formal o Centro de Saúde. Para além de recorrerem a este apoio, sete elementos utilizam concomitantemente o hospital como apoio formal. Relatando os apoios com menor número de elementos, podemos verificar que dois elementos são abrangidos pelo apoio do Centro de dia e outros dois elementos pelo apoio domiciliário. Somente um elemento da amostra é que utiliza o lar como apoio formal e apenas um elemento da amostra tem o apoio da fisioterapia.

Gráfico 4 - Apoios Informais



É visível através da observação do Gráfico 4 que somente 13 elementos da amostra é que utilizam apoios informais. O apoio informal que mais se evidencia são os familiares, correspondendo a 11 elementos da amostra, sendo que apenas dois elementos possuem o apoio dos vizinhos.

4.2.2 – Dados do Utente com Dependência

Quadro 2 - Estatística descritiva de acordo com a "Idade"

	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	85,133	85	85	6,1	75	98

A partir da observação do Quadro 2, verifica-se que os idosos dependentes na sua generalidade apresentam idades compreendidas entre os 75 e os 98 anos. A média da idade dos indivíduos é de aproximadamente 85 anos e o desvio padrão $\pm 6,1$. A idade com maior incidência centra-se nos 85 anos (Moda) e a mediana assume o valor de 85 anos.

Quadro 3 - Distribuição dos idosos dependentes de acordo com o "Género"

Género	N	Percentagem
Feminino	8	53%
Masculino	7	47%
Total	15	100%

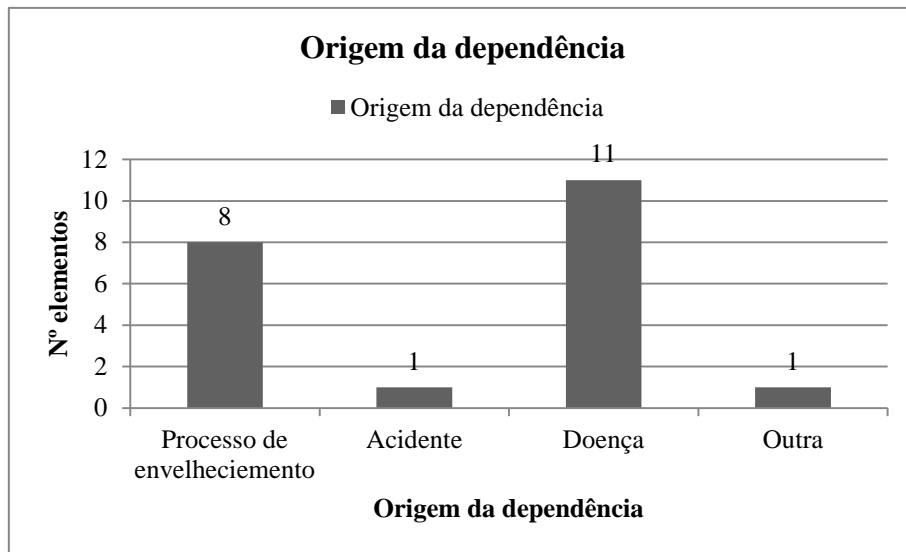
Pela observação do Quadro 3, verifica-se que mais de metade dos elementos da amostra pertence ao género feminino com uma percentagem de 53%, correspondendo a oito elementos da amostra. Os restantes elementos da respetiva amostra, nomeadamente sete elementos são do género masculino e representam 47% do total da amostra.

Quadro 4 - Distribuição dos idosos dependentes de acordo com o "Estado Civil"

Estado Civil	N	Percentagem
Solteiro (a)	0	0%
Casado (a)/União de facto	3	20%
Viúvo (a)	12	80%
Divorciado (a)/Separado (a)	0	0%
Total	15	100%

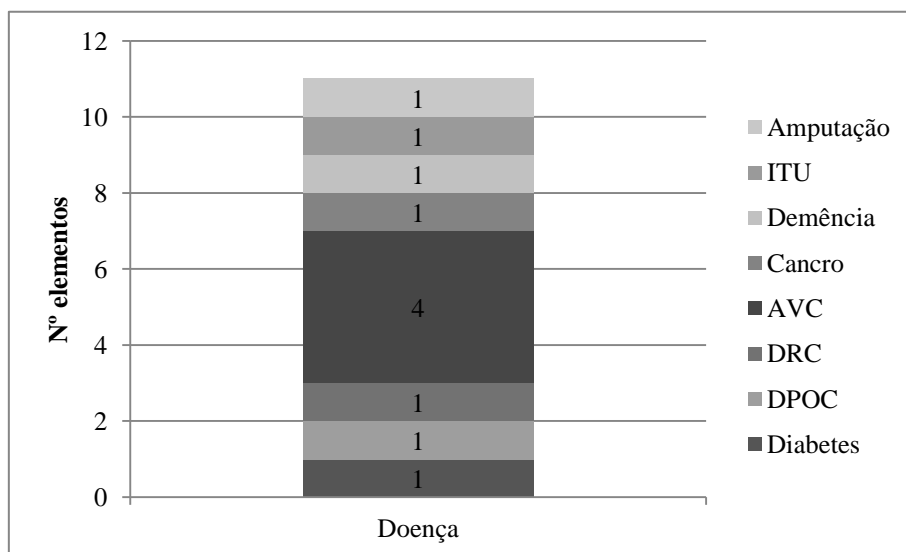
De acordo com o Quadro 4, constata-se que a maioria dos elementos da amostra, correspondendo a 80% da amostra (12 elementos) são viúvos; e apenas três elementos (20% do total da amostra) são casados.

Gráfico 5 - Distribuição dos idosos dependentes de acordo com a “origem da dependência”



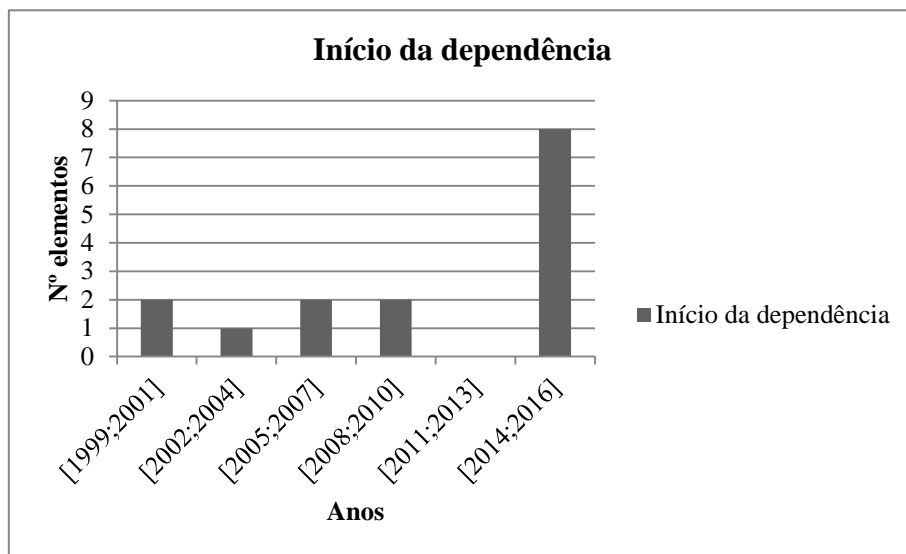
De acordo com o Gráfico 5, e tendo em conta que os cuidadores informais poderiam escolher mais do que uma opção, constata-se que maioritariamente a dependência foi originada por doença, correspondendo a 11 elementos. Cerca de oito elementos encontram-se dependentes devido ao processo natural de envelhecimento e apenas dois elementos são dependentes por razões de acidente e queda.

Gráfico 6 - Distribuição da origem da dependência de acordo com as “doenças”



Através da análise do Gráfico 6, observa-se que o AVC foi a doença mais prevalente, sendo responsável por quatro situações de dependência. Os restantes elementos apresentam doenças/incapacidades diferentes uns dos outros, entre as quais, amputação, ITU, demência, cancro, DRC, DPOC e diabetes *mellitus*.

Gráfico 7 - Distribuição dos idosos dependentes de acordo com o início da dependência



Perante o Gráfico 7, verifica-se que grande parte dos idosos encontram-se em situação de dependência há pelo menos dois anos. Os restantes idosos são dependentes há mais de seis anos.

Quadro 5 - Níveis de dependência apresentados pelos idosos nas atividades básicas de vida diária de acordo com a "Escala de Barthel"

Escala de <i>Barthel</i>	N	Percentagem
Dependência total	13	87%
Grave dependência	2	13%
Moderada dependência	0	0%
Muito leve dependência	0	0%
Independência	0	0%
Total	15	100%

É visível através da observação do Quadro 5 que 87% dos indivíduos são totalmente dependentes e apenas 13% dos indivíduos apresentam grave dependência.

4.2.3 – Caracterização do Prestador de Cuidados

Quadro 6 - Estatística descritiva de acordo com a "Idade"

	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	57,5	47	57	12,2	31	80

A partir da observação do Quadro 6, verifica-se que os cuidadores informais na sua generalidade apresentam idades compreendidas entre os 31 e os 80 anos. A média das idades é de aproximadamente 57 anos e o desvio padrão $\pm 12,2$. A idade com maior incidência centra-se nos 47 anos (Moda) e a mediana assume o valor de 57 anos.

Quadro 7 - Distribuição da amostra de acordo com o "Género"

Género	N	Percentagem
Feminino	13	87%
Masculino	2	13%
Total	15	100%

Pela observação do Quadro 7, verifica-se que a maioria dos elementos da amostra, cuidador informal, pertence ao género feminino com uma percentagem de 87%, correspondendo a 13 elementos da amostra. Os restantes elementos da respetiva amostra, nomeadamente dois elementos são do género masculino e representam 13% do total da amostra.

Quadro 8 - Distribuição da amostra de acordo com o "Estado Civil"

Estado Civil	N	Percentagem
Solteiro (a)	3	20%
Casado (a)/União de facto	9	60%
Viúvo (a)	1	7%
Divorciado (a)/Separado (a)	2	13%
Total	15	100%

De acordo com o Quadro 8, constata-se que 60% da amostra (9 elementos) são casados; três elementos são solteiros, correspondendo a 20% da amostra; 13% da amostra (2 elementos) são divorciados e apenas um elemento (7% do total da amostra) é viúvo.

Quadro 9 - Distribuição da amostra de acordo com a "Situação profissional"

Situação profissional	N	Percentagem
Ativo (a)	1	7%
Pré-reforma	1	7%
Reformado por idade	5	33%
Reformado por invalidez	1	7%
Desempregado	4	27%
Doméstico/Nunca trabalhou	3	20%
Baixa clínica	0	0%
Total	15	100%

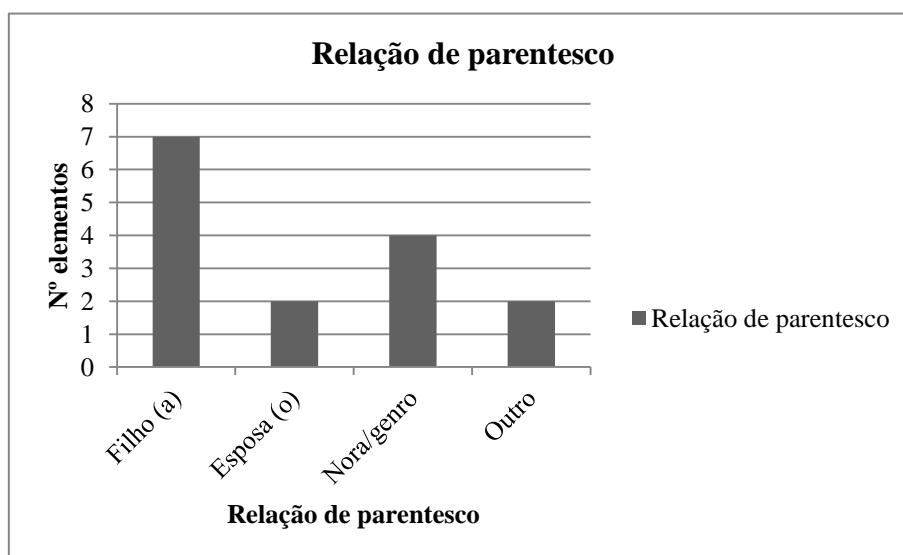
Através da análise do Gráfico 9, observa-se que cinco elementos estão reformados por idade, seguindo-se quatro elementos desempregados e três que nunca trabalharam ou são domésticos. Dos restantes elementos da amostra (3 elementos), um está no ativo, outro na pré-reforma e um reformado por invalidez.

Quadro 10 - Distribuição da amostra de acordo com a "Escolaridade"

Escolaridade	N	Percentagem
Nenhum	3	20%
1º Ciclo	6	40%
2º Ciclo	3	20%
3º Ciclo	1	7%
Ensino secundário	1	7%
Ensino superior	1	7%
Total	15	100%

Perante o Quadro 10, verifica-se que 40% da amostra corresponde aos elementos (6 elementos) que possuem o 1º Ciclo; 20% da amostra (3 elementos) não é detentora de nenhum nível de escolaridade; três elementos que correspondem a 20% da amostra possuem o 2º Ciclo. Somente um elemento tem o ensino secundário, correspondendo a 7% da amostra e um outro elemento possui o ensino superior.

Gráfico 8 - Distribuição da amostra de acordo com a "Relação de parentesco"



É visível através da observação do Gráfico 8 que a relação de parentesco com o idoso dependente que mais se evidencia é a relação de filho (a), correspondente a sete elementos do total da amostra, seguindo-se a relação de nora/genro com um total de

quatro elementos da amostra. A relação de parentesco esposa (o) apresenta apenas dois elementos do total da amostra.

Quadro 11 - Distribuição da amostra de acordo com a "Doença/incapacidade"

Doença/incapacidade	N	Porcentagem
Sim	5	33%
Não	10	67%
Total	15	100%

A partir da observação do Quadro 11, verifica-se que 67% dos elementos da amostra (10 elementos) não são portadores de qualquer tipo de doença ou incapacidade e apenas cinco elementos (33% do total da amostra) possuem uma doença/incapacidade.

Quadro 12 - Distribuição da amostra de acordo com a "Doença/incapacidade"

Doença/incapacidade	N
Insuficiência Cardíaca	1
Insuficiência Venosa	1
Dor Lombar	1
Diabetes <i>Mellitus</i>	1
Cancro	1
Total	5

Pela observação do Gráfico 12, constata-se que dos 33% do total da amostra (5 elementos) todos apresentam uma doença/incapacidade diferente dos outros. Sendo as doenças/incapacidades prevalentes o cancro, a diabetes *mellitus*, a dor lombar, a insuficiência venosa e a insuficiência cardíaca.

Quadro 13 - Distribuição da amostra de acordo com "É a única pessoa a prestar cuidados?"

É a única pessoa a prestar cuidados?	N	Porcentagem
Sim	6	40%
Não	9	60%
Total	15	100%

De acordo com o Quadro 13, podemos referir que 60% dos elementos da amostra (9 elementos) prestam cuidados acompanhados e os restantes seis elementos que correspondem a 40% da amostra, são os únicos a prestar cuidados.

Quadro 14 - Distribuição da amostra de acordo com "Se não, quem colabora?"

Se não, quem colabora?	N	Porcentagem
Irmão	2	22%
Filha	4	44%
Esposa	1	11%
Vizinha	1	11%
Outros familiares	1	11%
Total	9	100%

Pela análise do Quadro 14, dos nove elementos que prestam cuidados acompanhados, 44% (4 elementos) têm a colaboração da filha e 22% (2 elementos) têm a colaboração do irmão. Os restantes três elementos detêm a colaboração da esposa, filha e de outros familiares.

Quadro 15 - Estatística descritiva de acordo com "Número de anos de prestação de cuidados"

	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Número de anos de prestação de cuidados	5,7	0,5	6	5,4	0,5	16

De acordo com o presente Quadro (nº 15), verifica-se que os cuidadores informais prestam cuidados entre os 0,5 e os 16 anos. A média de prestação de cuidados é de aproximadamente seis anos e o desvio padrão $\pm 5,4$. O número de anos com maior incidência centra-se nos 0,5 anos (Moda) e a mediana assume o valor de 6 anos.

Quadro 16 - Distribuição da amostra de acordo com "Vive na mesma habitação que o seu familiar?"

Vive na mesma habitação que o seu familiar?	N	Percentagem
Sim	15	100%
Não	0	0%
Esporadicamente	0	0%
Total	15	100%

Através da análise do Quadro 16, constata-se que 100% dos elementos da amostra (15 elementos) vivem na mesma habitação que o seu familiar dependente.

Quadro 17 - Distribuição da amostra de acordo com "Tem a seu cargo outras pessoas?"

Tem a seu cargo outras pessoas?	N	Percentagem
Sim	4	27%
Não	11	73%
Total	15	100%

A partir da análise do Quadro 17 acerca da questão “Tem a seu cargo outras pessoas?” constata-se que 73% da amostra, que equivale a 11 elementos da amostra,

refere não ter a cargo outras pessoas e somente 27% da amostra, os quais correspondem a quatro elementos da amostra afirmam ter a cargo outras pessoas.

Quadro 18 - Distribuição da amostra de acordo "Já cuidou de alguém com dependência anteriormente?"

Já cuidou de alguém com dependência anteriormente?	N	Porcentagem
Sim	3	20%
Não	12	80%
Total	15	100%

Pela observação do Quadro 18, verifica-se que 80% do total da amostra (12 elementos) nunca cuidaram de alguém com dependência anteriormente. Apenas três elementos, que equivale a 20% da amostra, afirmam ter cuidado de alguém dependente anteriormente.

Quadro 19 - Distribuição da amostra de acordo com "Teve algum tipo de preparação para prestar cuidados?"

Teve algum tipo de preparação para prestar cuidados?	N	Porcentagem
Sim	0	0%
Não	15	100%
Total	15	100%

Através da análise do Quadro 19 relacionado com a questão “Teve algum tipo de preparação para prestar cuidados”, verifica-se que 100% dos elementos da amostra (15 elementos) não detêm de nenhum tipo de preparação para prestar cuidados.

Quadro 20 - Distribuição da amostra de acordo com "O seu familiar pode ficar só?"

O seu familiar pode ficar só?	N	Porcentagem
Sim	5	33%
Não	10	67%
Total	15	100%

Pela observação do Quadro 20 face à questão “O seu familiar pode ficar só?”, constata-se que 67% dos elementos da amostra (10 elementos) referiram que o seu familiar não pode ficar só, enquanto que 33% dos elementos da amostra, que equivale a cinco elementos, referiram que o seu familiar pode ficar só.

4.2.4 – Conhecimento na prestação de cuidados

Quadro 21 - Distribuição da amostra de acordo com "Autocuidado: Higiene"

Autocuidado: Higiene	Sim	Não	Não se Aplica
	N	N	N
1. Refere o material necessário para o banho (panos/esponjas, compressas, soro fisiológico, toalhas, creme hidratante, sabão, champô, roupa do familiar) e a frequência do mesmo.	15	0	0
2. Sabe regular a temperatura da água e gerir o ambiente.	15	0	0
3. Inicia o banho pela cabeça seguindo a ordem até aos pés; lava por último a região genital da zona mais limpa para a zona mais suja.	15	0	0
4. Mantém os cuidados de higiene à boca.	12	3	0
5. Corta as unhas.	14	1	0
6. Faz vigilância da pele tendo em conta os sinais de alteração da integridade da pele.	14	1	0
7. Executa troca da fralda referindo o material necessário e frequência da troca.	14	1	0
8. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência tendo em conta as suas preferências e gostos pessoais.	13	1	1

Através da análise do Quadro 21 referente ao “Autocuidado: Higiene” constata-se que, de uma forma geral, os elementos detêm conhecimento ao nível das afirmações que compreendem o questionário.

Quadro 22 - Distribuição da amostra de acordo com "Autocuidado: Vestir e Despir"

Autocuidado: Vestir e Despir	Sim	Não	Não se Aplica
	N	N	N
1. Utiliza roupas de acordo com a temperatura ambiente, optando por vestuário simples, confortável, adequado à pessoa com dependência e de acordo com as suas preferências.	15	0	0
2. Ao vestir se uma extremidade está lesada, imobilizada ou se tem algum equipamento, veste em primeiro lugar.	15	0	0
3. No que diz respeito ao calçado opta por sapatos com sola de borracha antiderrapante e com elástico na parte superior.	11	0	4
4. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.	13	0	2

A partir do Quadro 22 referente ao “Autocuidado: Vestir e Despir” verifica-se que, de uma forma geral, os elementos detêm conhecimento ao nível das afirmações que compreendem o questionário.

Quadro 23 - Distribuição da amostra de acordo com "Autocuidado: Alimentar por Via Oral"

Autocuidado: Alimentar por Via Oral	Sim	Não	Não se Aplica
	N	N	N
1. Proporciona ao dependente uma refeição completa, equilibrada, variável, de consistência adequada às características da pessoa com dependência, com intervalos não superiores a 3 horas.	15	0	0
2. O número total de refeições varia entre 4 e 6 refeições por dia tendo em conta as preferências da pessoa com dependência.	15	0	0
3. Incentiva a hidratação oral nos períodos fora das refeições.	11	4	0
4. Posiciona a pessoa com dependência em <i>fowler</i> , ou <i>semi-fowler</i> para prevenir a aspiração e vômito e mantém a posição	10	5	0

durante mais 30 minutos após as refeições.			
5. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.	13	2	0

Perante a análise do Quadro 23 referente ao “Autocuidado: Alimentar por Via Oral” observa-se que, de uma forma geral, os elementos detêm conhecimento ao nível das afirmações que compreendem o questionário.

Quadro 24 - Distribuição da amostra de acordo com "Autocuidado: Alimentar por SNG"

Autocuidado: Alimentar por SNG	Sim	Não	Não se Aplica
	N	N	N
1. Refere o material necessário (seringa de alimentação, refeição, água e resguardo).	0	0	15
2. Confirma o posicionamento da SNG colocando a mão no epigastro para sentir uma pequena quantidade de ar introduzida pela seringa de alimentação na sonda.	0	0	15
3. Aspira o conteúdo gástrico, se este for maior que ½ da quantidade da última refeição pondera a possibilidade de reformulação do plano alimentar, tendo em conta as características do conteúdo aspirado.	0	0	15
4. Proporciona à pessoa com dependência uma refeição completa e variável vem triturada de modo a que passe pela sonda evitando que fique obstruída. A quantidade administrada é de 300 a 400 ml por cada refeição, num total de 4 a 6 refeições por dia.	0	0	15
5. Administra a refeição durante aproximadamente 20 minutos.	0	0	15
6. Lava a SNG com 20 a 30 ml de água para manter a sonda permeável.	0	0	15
7. Incentiva a hidratação oral nos períodos fora das refeições. Posiciona o dependente em <i>fowler</i> , ou <i>semi-fowler</i> para prevenir a aspiração de vômito e mantém durante mais 30 minutos após as refeições.	0	0	15

Pela observação do Quadro 24 referente ao “Autocuidado: Alimentar por SNG” constata-se que nenhum dos idosos dependentes são alimentados por SNG.

Portanto, não foi possível avaliar os conhecimentos dos familiares cuidadores relativamente à alimentação por SNG.

Quadro 25 - Distribuição da amostra de acordo com "Autocuidado: Uso do Sanitário"

Autocuidado: Uso do Sanitário	Sim	Não	Não se Aplica
	N	N	N
1. Auxilia no uso do sanitário posicionando a pessoa com dependência na sanita ou aparadeira.	5	0	10
2. Respeita a privacidade e o tempo que a pessoa com dependência necessita.	5	0	10
3. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.	6	0	9

A partir da análise do Quadro 25 referente ao “Autocuidado: Uso do Sanitário” verifica-se que a maioria dos idosos dependentes (cerca de 10) encontram-se confinados ao leito e usam outro dispositivo de apoio ao uso do sanitário, com exceção da sanita ou aparadeira.

Quadro 26 - Distribuição da amostra de acordo com "Autocuidado: Posicionar"

Autocuidado: Posicionar	Sim	Não	Não se Aplica
	N	N	N
1. Refere o material necessário (almofadas e rolos).	10	2	3
2. Posiciona o dependente de 2/2 horas ou de 3/3 horas, adaptando a frequência do posicionamento às necessidades.	10	2	3
3. Mantém o alinhamento corporal.	9	3	3
4. Posiciona em decúbito dorsal.	11	1	3
5. Posiciona em decúbito lateral esquerdo e direito.	9	3	3
6. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.	10	2	3

Perante o Quadro 26 relacionado com “Autocuidado: Posicionar” verifica-se que, de uma forma geral, quase todos os familiares cuidadores detêm conhecimento no autocuidado: posicionar. Apenas uma média de dois elementos não têm conhecimento sobre o autocuidado: posicionar.

Quadro 27 - Distribuição da amostra de acordo com "Autocuidado: Transferir"

Autocuidado: Transferir	Sim	Não	Não se Aplica
	N	N	N
1. Transfere da cama para o cadeirão e vice-versa.	10	0	5
2. Executa a transferência, evitando movimentos de torção e flexão do tronco.	10	0	5
3. Verifica o alinhamento corporal, observando o dependente de frente.	10	0	5
4. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.	10	0	5

De acordo com a análise do Quadro 27 relacionado com “Autocuidado: Transferir” verifica-se que a generalidade dos elementos da amostra tem conhecimentos para executar o autocuidado: transferir.

Quadro 28 - Distribuição da amostra de acordo com "Autocuidado: Deambular"

Autocuidado: Deambular	Sim	Não	Não se Aplica
	N	N	N
1. Assiste o dependente no deambular.	3	1	11
2. Planeia com a pessoa com dependência as atividades a desenvolver e a distância a ser percorrida.	1	1	13
3. Caminha ao lado e ligeiramente atrás da pessoa com dependência.	1	0	14
4. Apoia pelo lado afetado, caso a pessoa com dependência possua uma parte do corpo que não movimenta.	1	0	14
5. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.	1	0	14

Pela análise do Quadro 28 podemos constatar que na generalidade, os idosos dependentes não têm capacidades para deambular, portanto não foi reportado se os cuidadores informais detêm conhecimentos face à deambulação.

Quadro 29 - Distribuição da amostra de acordo com "Autocuidado: Usar Cadeira de Rodas"

Autocuidado: Usar Cadeira de Rodas	Sim	Não	Não se Aplica
	N	N	N
1. Transfere da cama para a cadeira de rodas e vice-versa.	6	0	9
2. Executa a transferência, evitando movimentos de torção e flexão do tronco.	6	0	9
3. Verifica o alinhamento corporal, observando a pessoa com dependência de frente.	5	1	9
4. Respeita as precauções de segurança no uso da cadeira de rodas (travão, remoção do lateral da cadeira, suporte de pés).	6	0	9
5. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.	6	0	9

A partir da análise do Quadro 29 relativo ao “Autocuidado: Usar Cadeira de Rodas” podemos verificar que nove idosos não utilizam cadeira de rodas. Os familiares cuidadores dos restantes idosos dependentes, de uma forma geral, detêm conhecimento sobre o uso da cadeira de rodas.

Quadro 30 - Distribuição da amostra de acordo com "Gestão do Regime Medicamentoso"

Gestão do Regime Medicamentoso	Sim	Não	Não se Aplica
	N	N	N
1. Providencia o regime medicamentoso, mantendo o <i>stock</i> de medicamentos necessário às necessidades.	15	0	0
2. Identifica a medicação (Nome, ação, dosagem adequada, periodicidade da administração, efeitos secundários e precauções).	3	12	0
3. Administra a medicação.	15	0	0

4. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.	12	2	1
--	----	---	---

Através da análise do Quadro 30 acerca da “Gestão do Regime Medicamentoso” podemos constatar que na generalidade os elementos constituintes da amostra detêm conhecimento para gerir o regime medicamentoso. Mas, relativamente ao ponto “dois.” apenas três elementos da amostra é que detêm conhecimento.

Quadro 31 - Distribuição da amostra de acordo com "Prevenção de Acidentes"

Prevenção de Acidentes	Sim	Não	Não se Aplica
	N	N	N
1. Identifica fatores de risco e garante um ambiente seguro.	7	8	0
2. Assegura uma iluminação adequada.	10	5	0
3. Retira objetos desnecessários.	13	2	0
4. Coloca barras de apoio na casa de banho.	3	1	11
5. Coloca tapetes antiderrapantes.	3	3	9
6. Coloca grades laterais de segurança na cama articulada.	10	2	3
7. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.	5	7	3

Perante a análise do Quadro 31 sobre “Prevenção de Acidentes” podemos verificar que os familiares cuidadores detêm menos conhecimento nos pontos “um” e “sete” e, onde apresentam um maior leque de conhecimentos são nos pontos “dois”, “três” e “seis.”.

4.3 – Discussão dos resultados

Neste capítulo vão ser discutidos os resultados anteriormente apresentados relacionando-os com a revisão da literatura realizada. Sendo assim o que se pretende com este estudo é identificar quais são os conhecimentos dos cuidadores informais, quando prestam cuidados a uma pessoa idosa dependente no domicílio.

Este capítulo vai ser abordado de acordo com os respetivos grupos que servem de base ao método de colheita de dados, de forma a obtermos uma melhor perceção do capítulo em causa.

4.3.1 – Dados da Família

Relativamente ao grupo relativo à caracterização da família, podemos afirmar que, segundo o tipo de família, a maioria dos elementos apresenta um tipo de família nuclear (53% dos elementos da amostra) e apenas 7% dos elementos apresentam um tipo de família monoparental.

De uma forma geral, é possível constatar-se que cinco famílias são constituídas por quatro membros, quatro famílias são compostas por dois membros e outras quatro por três membros. Sendo que apenas duas famílias são formadas por cinco e seis elementos, respetivamente. É de salientar que nenhuma família é composta por um membro.

No que respeita aos apoios utilizados no último ano, verifica-se que todos os elementos da amostra utilizam apoios formais, ou seja, centro de dia, lar, apoio domiciliário, centro de saúde, hospital, RNCCI, UCC e fisioterapia. Relativamente aos apoios informais, constata-se que nem todos os elementos usufruem deste tipo de apoio, apenas 12 elementos. Nos apoios informais compreendem-se os familiares, os vizinhos e os amigos.

4.3.2 – Dados do Utente com Dependência

Neste subcapítulo pretende-se retratar os idosos dependentes segundo a caracterização sócio-demográfica, idade, género, estado civil, origem da dependência, início da dependência e níveis de dependência de acordo com a Escala de Barthel.

Neste estudo foram questionados os familiares cuidadores acerca das pessoas dependentes a quem prestam cuidados, sendo que oito (53%) são do género feminino e sete (47%) são do género masculino. A idade variou entre os 75 (valor mínimo) e os 98 anos (valor máximo), sendo a idade média de 85 anos. Apenas uma pessoa alvo dos cuidados tinha idade superior a 95 anos, tendo os restantes idades inferiores.

Em relação ao estado civil, 12 (80%) das pessoas idosas dependentes são viúvas e três (20%) são casadas. Os resultados vão de encontro aos resultados encontrados por diversos autores que realizaram estudos com pessoas idosas, nos quais as situações de viúvos e casados eram igualmente as que apresentavam maior frequência de pessoas idosas, embora com algumas diferenças de percentagem entre si (Amaral e Vicente, 2001; Franco e Costa, 2001; Loureiro, Barata, Bonifácio, *et alii*, 2007; Mendonça, Martinez e Rodrigues, 2000; Sousa, 1993).

Analisando quais os motivos de dependência das pessoas idosas, o motivo doença foi o mais prevalente (11 elementos da amostra), sendo que se evidencia o acidente vascular cerebral como a doença mais prevalente, sendo responsável por quatro das situações de dependência. Os resultados vão de encontro às principais causas de morbidade que alguns autores estudaram, evidenciando que o AVC suporta as estatísticas que o apresentam como o acidente neurológico mais frequente em Portugal e a principal causa de morbidade (Martins, 2006). Tal como a outras doenças crónicas ao AVC está associada a deterioração da capacidade física, emocional e social do indivíduo, que colocam em risco a sua autonomia funcional para o desempenho das atividades de vida diária, requerendo assim a ajuda de outros (Martins, 2006).

Tendo em conta o início da dependência é possível verificar que mais de metade (53%) das pessoas idosas encontram-se em situação de dependência há cerca de dois anos. Sendo que as restantes (47%) pessoas idosas são dependentes há mais de seis anos.

Relativamente aos níveis de dependência de acordo com a Escala de Barthel, pode observar-se que 87% dos indivíduos são totalmente dependentes, e apenas 13% dos indivíduos apresentam grave dependência.

Vários autores verificaram nos seus estudos que as pessoas idosas dependentes sobrevivem com variados níveis de dependência (Amaral e Vicente, 2001; Gonçalves, 2003; Loureiro, Barata, Bonifácio *et alii*, 2007; Palma, 1999; Sousa, 1993), e que essa dependência assume, normalmente, um carácter definitivo e permanente (Loureiro, Barata, Bonifácio, *et alii*, 2007), constituindo um facto perturbador do quotidiano da

pessoa idosa dependente e seu familiar/cuidador. A perda de funcionalidade associada à doença é nas pessoas idosas a principal manifestação de restrição da autonomia (Lage, 2005). Esta perda de funcionalidade deteta-se pela perda de autonomia e pela aparição de dependência, que progressivamente vão limitando o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas idosas.

4.3.3 – Dados do Prestador de Cuidados

Neste subcapítulo pretende-se retratar os prestadores de cuidados segundo uma caracterização sócio-demográfica. A idade dos familiares/cuidadores varia entre a idade mínima de 31 anos e a máxima de 80 anos, sendo a idade média de 57,5 anos.

Os resultados revelam que os cuidadores são predominantemente mulheres, sendo 13 (87%) do género feminino e dois (13%) do género masculino. De facto, a maioria dos estudos identificam o cuidador principal como sendo uma mulher de meia-idade (Brito, 2002; Martins, 2006; Matthews, Dunbar-Jacob, Sereika, *et alii*, 2004; Mizuno e Kinuko, 2005; Nieto Carrero, 2002; Sanford, Johnson e Townsed-Rocchiccioli, 2005). O facto da distribuição do género dos familiares cuidadores, apresentarem valores mais acentuados na percentagem do género feminino, está de acordo com o papel histórico, social e cultural que é atribuído à mulher face ao cuidar (Brito, 2003; Rebelo, 1996).

No que respeita ao estado civil, verifica-se que nove (60%) são casados, três (20%) são solteiros, dois (13%) são divorciados e um (7%) é viúvo.

No que se refere à situação profissional, cinco (33%) estão reformados por idade, quatro (27%) estão desempregados, três (20%) nunca trabalharam, um (7%) está no ativo, um (7%) está na pré-reforma e um (7%) é reformado por invalidez. A este respeito, Fernandes (1997), afirma que grande parte das mulheres não desempenha atividade profissional fora de casa, facto que lhes permite disponibilidade no apoio à família.

Relativamente à escolaridade existem seis (40%) cuidadores com o 1º ciclo. Três (20%) não apresentam qualquer nível de escolaridade e três (20%) apresentam o 2º

ciclo. O 3º ciclo apresenta apenas um (7%) cuidador, assim como o ensino secundário e o ensino superior. A baixa escolaridade dos cuidadores entrevistados vai de encontro à encontrada noutros estudos da área em que os cuidadores possuem predominantemente uma escolaridade igual ou inferior ao 1º ciclo do ensino básico (Almeida, Miranda, Rodrigues, *et alii*, 2005; Marote, Cármen, Leodoro, *et alii*, 2005; Mendonça, Martinez e Rodrigues, 2000; Rodríguez, Alvarez e Cortés, 2001; Sotto Mayor, Sequeira e Paúl, 2006).

Quanto à distribuição dos familiares cuidadores de acordo com a relação de parentesco com a pessoa idosa dependente, verifica-se que sete (47%) dos cuidadores são filhos (as), quatro (27%) são noras/genros, dois (13%) são cônjuges e dois (13%) são outros familiares. Realçando outros estudos, as filhas constituem a principal fonte de ajuda nos cuidados aos seus progenitores (Brito, 2002; Joel, 2002; INSERSO, 1995; Kramer, 1993; Mizuno e Kinuko, 2005).

Analisando se os familiares cuidadores apresentam alguma doença/incapacidade, podemos afirmar que cinco (33%) possuem cancro, diabetes *mellitus*, dor lombar, insuficiência venosa e insuficiência cardíaca.

Relativamente ao facto se os familiares prestam cuidados acompanhados ou não, podemos constatar que nove (60%) cuidadores não são os únicos a prestar cuidados a pessoas idosas dependentes. Por outro lado, seis (40%) cuidadores prestam cuidados de forma individual. Dos 60% que não prestam cuidados individualmente, afirmaram que em quatro (44%) casos são as filhas que colaboram com o prestador de cuidados e dois (22%) casos afirmam que são os irmãos que apoiam e colaboram. Os restantes casos afirmam que quem colaboram com eles são a esposa, a vizinha e outros familiares.

O tempo de prestação de cuidados variou entre meio ano (ponto mínimo) e os 16 anos (ponto máximo), sendo a média de prestação de cuidados os 5,7 anos. Outros autores constataram também que a longevidade do desempenho da atividade de cuidador variava entre períodos inferiores a um ano e superior a dez anos (Marote, Carmen, Leodoro, *et alii*, 2005; Mendonça, Martinez e Rodrigues, 2000).

Relativamente à coabitação dos familiares cuidadores com a pessoa idosa dependente, observa-se que todos (100%) coabitam permanentemente com o seu familiar. A partir destes resultados podemos afirmar que o principal prestador de cuidados à pessoa idosa dependente é a família a coabitar com a pessoa dependente, tal como foi verificado nos resultados doutros estudos relacionados com a área (Marote, Carmen, Leodoro, *et alii*, 2005; Mendonça, Martinez e Rodrigues, 2000; Palma, 1999; Rebelo, 1996; Rodríguez, Alvarez e Cortés, 2001).

Tendo em conta a questão sobre se têm a seu cargo outras pessoas, podemos constatar que onze (73%) cuidadores não prestam cuidados a mais ninguém e quatro (27%) cuidadores afirmam prestar cuidados a mais alguém, entre os quais, o esposo, a mãe, a sogra e a filha.

No que diz respeito a se os familiares já cuidaram de alguém com dependência anteriormente, podemos observar que doze (80%) cuidadores nunca prestaram cuidados anteriormente a alguém dependente, ao passo que três (20%) cuidadores afirmam terem cuidado de alguém com dependência.

Analisando se os familiares tiveram algum tipo de preparação para prestar cuidados, podemos verificar que ninguém teve qualquer tipo de preparação para a prestação de cuidados.

Na questão “O seu familiar pode ficar só?” constatamos que dez (67%) cuidadores responderam que não e apenas cinco (33%) responderam que sim.

4.3.4 – Conhecimento na prestação de cuidados

Nesta parte do trabalho, vai ser exposta a informação recolhida relativamente aos conhecimentos dos familiares nos diferentes autocuidados.

No que diz respeito ao autocuidado higiene, note-se que a maioria dos familiares é detentor de conhecimento ao nível dos diferentes parâmetros como referir o material necessário para o banho, saber regular a temperatura da água e gerir o ambiente, iniciar o banho pela cabeça seguindo a ordem até aos pés, manter os cuidados

de higiene oral, cortar as unhas, fazer vigilância da integridade cutânea, executar troca de fralda e promover a autonomia das pessoas idosas dependentes. Mas, três cuidadores referem ou não ter conhecimento ou simplesmente não o executam os cuidados de higiene à boca.

Analisando o autocuidado vestir e despir é de salientar que não há nenhum cuidador que não tenha conhecimento sobre roupas adequadas à temperatura ambiente, vestir em primeiro lugar uma extremidade lesada, calçado antiderrapante e promover a autonomia e participação da pessoa com dependência.

Tendo em conta o autocuidado alimentar por via oral, podemos constatar que a maioria dos cuidadores tem conhecimentos sobre proporcionar ao dependente uma refeição completa e equilibrada, o número total de refeições, incentivar a hidratação oral, posicionar a pessoa com dependência adequadamente e promover a autonomia. Por outro lado, é possível verificar que quatro elementos não incentivam a hidratação oral nos períodos fora das refeições e cinco elementos não executam o posicionamento correto após as refeições.

No que se refere ao autocuidado alimentar por SNG, podemos observar que nenhuma pessoa idosa dependente tem sonda nasogástrica, daí os cuidadores terem escolhido a opção “Não se aplica”. Portanto, não foi possível avaliar este autocuidado.

Os resultados revelam que ao nível do autocuidado uso do sanitário os idosos dependentes não necessitam do auxílio da sanita ou aparadeira, daí os cuidadores terem assinalado a opção “Não se aplica”. Conclui-se que cerca de dez pessoas idosas dependentes utilizam fralda. No entanto, uma média de cinco cuidadores refere auxiliar o dependente no uso do sanitário, respeitando a sua privacidade e o tempo que necessita e promovendo autonomia e participação da pessoa com dependência.

De acordo com o autocuidado posicionar, é de referir que na sua maioria, os cuidadores detêm de conhecimento para posicionar os idosos dependentes. No entanto, três cuidadores não mantêm o alinhamento corporal nem têm conhecimento para posicionar o dependente em decúbito lateral esquerdo e direito. Para além disso, é

importante referir que dois cuidadores não conseguiram referir o material necessário para posicionar, afirmaram não posicionar o dependente num intervalo de 2/2 horas ou de 3/3 horas e que não promovem a autonomia e participação da pessoa dependente.

No que diz respeito ao autocuidado transferir, podemos observar que cinco pessoas idosas não têm condições de ser transferidas e que as restantes (10) têm cuidadores com conhecimento para realizar a transferência da cama para o cadeirão e vice-versa, executar a transferência evitando movimentos de torção e flexão do tronco, verificar o alinhamento corporal observando o dependente de frente e promover a autonomia e participação.

Analisando o autocuidado deambular, é notório que a maioria dos dependentes não deambula, razão pela qual os cuidadores assinalaram a opção “Não se aplica”.

Tendo em conta o autocuidado usar cadeira de rodas, observa-se que nove idosos dependentes não utilizam cadeira de rodas. Para além disso, uma média de seis cuidadores detém conhecimentos sobre transferência da cama para a cadeira de rodas e vice-versa, executar a transferência sem movimentos de torção e flexão do tronco, verificar o alinhamento corporal, respeitar as precauções de segurança e promover a autonomia e a participação da pessoa com dependência.

No que se refere à gestão do regime medicamentoso, a maioria dos cuidadores apresenta conhecimentos nos diferentes parâmetros, tais como, manter o *stock* de medicamentos necessário às necessidades, administrar a medicação e promover a autonomia e participação da pessoa dependente. No entanto, doze elementos ou seja, a maioria, não conhece a ação da medicação, os efeitos adversos e as precauções. A Organização Mundial de Saúde estima que entre 8% e 10% dos doentes internados em cuidados intensivos e cerca de 13% dos doentes em ambulatório são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação, gerando encargos financeiros avultados para os sistemas de saúde (Ministério da Saúde, 2015).

De acordo com a prevenção de acidentes, podemos afirmar que grande parte dos cuidadores não sabe identificar fatores de risco nem garantir um ambiente seguro. Para além disso também não promovem a autonomia e a participação da pessoa com dependência. Contudo, nos restantes parâmetros, de uma forma geral, os cuidadores apresentam conhecimento a nível de assegurar uma iluminação adequada, retirar objetos desnecessários e colocar grades laterais de segurança na cama articulada. Segundo a Organização Mundial da Saúde, entre 28 a 35% da população com idade igual ou superior a 65 anos de idade sofre uma queda todos os anos, aumentando esta prevalência para 32 a 42% na população com idade superior a 70 anos de idade (Ministério da Saúde, 2015).

Em suma, pela discussão de resultados, verifica-se que a maioria dos idosos são dependentes em grau elevado para os autocuidados e a sua causa de dependência mais prevalente foi o AVC. Relativamente aos conhecimentos dos cuidadores informais são detentores de conhecimento ao nível dos diversos autocuidados, salientando que alguns cuidadores têm défice de conhecimento relativamente ao alinhamento corporal num posicionamento e à frequência do mesmo, à ação da medicação, os seus efeitos adversos e precauções e fatores de risco de acidentes.

VI – CONCLUSÃO

No momento de concluirmos o estudo, urge a necessidade de relembrar a essência do presente estudo e daí retirar conclusões. Os objetivos deste estudo consistiam na identificação dos conhecimentos dos cuidadores informais, quando prestam cuidados a uma pessoa idosa dependente no domicílio, de forma a contribuir para a melhoria da assistência dos enfermeiros à pessoa dependente e à sua família.

O tema escolhido mostra-se pertinente, uma vez que o envelhecimento gradual da população e o aumento das doenças crônicas associadas a um aumento das incapacidades funcionais e cognitivas, torna as pessoas idosas dependentes de outras.

O contributo dos enfermeiros no processo de adaptação da família, em contexto domiciliário, assim como na aquisição de conhecimentos e competências do cuidador, assume um papel relevante numa perspetiva de continuidade de cuidados.

O papel do cuidador representa um contributo importantíssimo quer para a manutenção dos idosos dependentes no domicílio, quer para a preservação de um envelhecimento o mais ativo possível, uma vez que é o cuidador que melhor sabe reconhecer o ciclo social e familiar do idoso.

No que diz respeito à metodologia utilizada, esta permitiu atingir os objetivos delineados. É importante referir as principais conclusões a que se chegou.

Quanto aos familiares cuidadores, podemos concluir que são predominantemente femininos, com idades entre os 31 e 80 anos, casados, reformados e com níveis baixos de escolaridade. A grande maioria dos familiares cuidadores são filhas que coabitam com os seus familiares, prestam em média, cuidados há 6 anos. Podemos concluir que o tipo de família nuclear é o mais prevalente.

No que concerne às pessoas idosas dependentes, tinham entre os 75 e os 98 anos de idade e eram predominantemente viúvas. A maior causa da dependência foi o acidente vascular cerebral. Apresentavam um elevado grau de dependência nas AVD, segundo a Escala de Barthel.

Relativamente às competências dos cuidadores informais, podemos concluir que os familiares são detentores de conhecimento ao nível dos diversos autocuidados, tais como, higiene, vestir e despir, alimentação por via oral, uso do sanitário, posicionar, transferir e usar cadeira de rodas. No entanto, é de notar que alguns cuidadores têm défice de conhecimento relativamente ao alinhamento corporal num posicionamento e à frequência do mesmo. Podemos concluir também que, no que se refere à gestão do regime medicamentoso, os cuidadores têm dificuldades em evidenciar os efeitos adversos, a ação da medicação e as precauções. Por fim, os cuidadores necessitam de mais informação por parte dos profissionais, relativamente aos fatores de risco para prevenir possíveis acidentes.

Conhecendo a realidade dos familiares cuidadores, as equipas de enfermagem deverão voltar a sua atenção também para os cuidadores e não apenas para os idosos dependentes. Só assim é possível garantir que quem cuida não fique por cuidar. Por outro lado, é fundamental efetuar a avaliação dos conhecimentos do cuidador informal porque traduz em grande parte, a eficácia ou não das intervenções de enfermagem. É necessário criar estratégias que possibilitem ao cuidador informal o acesso a informação, treino e suporte, para o ajudar no desempenho da tarefa de cuidar de um familiar com dependência.

Apesar de algumas limitações que se verificaram ao longo da realização do estudo, nomeadamente questões temporais e organizacionais, tais como a acessibilidade aos cuidadores informais, razão pelo qual o tamanho da amostra não correspondeu às expectativas iniciais. É com satisfação que no final se reconhece que os objetivos pretendidos no início do estudo foram atingidos.

A elaboração do estudo em si contribuiu não só para a aquisição de vários conhecimentos acerca da temática, como também permitiu o desenvolvimento de competências científicas ao nível da metodologia científica, fundamentais para o desenvolvimento pessoal e profissional. E, considera-se que a investigação sobre esta temática, torna-se de facto relevante para que os enfermeiros detenham um conhecimento sustentado sobre a prestação de cuidados por parte dos cuidadores

informais e, dessa forma, diagnostiquem focos de intervenção em enfermagem para melhorarem a sua prática e a qualidade de vida do idoso dependente.

VII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, A., *et alii* (2005). *Transição do doente dependente para a família*. Revista Sinais Vitais, 62, 26-31

Alves, M. (2015). *Os impactos do cuidar de idosos dependentes em contexto domiciliário e a importância do apoio do cuidador*. Castelo Branco, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Amaral, M. e Vicente, M. (2001). *Grau de dependência nos idosos*. Nursing, 158, 8-14.

Araújo, I. (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem*. Porto, Universidade do Porto.

Birren, J. e Cunningham, W. (1985). *Research on the psychology and aging: principles, concepts and theory*, In J. Birren e K.W. Schaie (eds), *Handbook of the psychology and aging*. New York, Van Nostrand.

Braithwaite, V. (1992). *Caregiving burden: making the concept scientifically useful and policy relevant*. Research on Aging, 14 (1) [pp. 3-27].

Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra, Quarteto.

Cancela, D. (2008) *O Processo de Envelhecimento*. Porto, Universidade Lusíada do Porto.

Collière, M. (1989). *Promover a Vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Comissão Europeia (2015). *Prevenção do declínio funcional e da síndrome da fragilidade em pessoas idosas*. [Em linha]. Disponível em

<<https://www.dgs.pt/ficheiros-de.../dmea2015-versao-completa-pdf.aspx>>

[Consultado em 17/02/2016].

Conselho da Europa (1998). Recomendação nº98 (9) relativa a dependência, adotada em 18 de Setembro de 1998. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.ine.pt/>>

[Consultado em 17/02/2016].

Cunha, M. (2012). *O Impacto do cuidador informal na qualidade de vida do cuidador*. [Em linha]. Disponível em

<http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1900/3/DM_MariaCunha_2012.pdf>

[Consultado em 17/02/2016].

Cunha, M. (2012). *O impacto do cuidado informal na qualidade de vida do cuidador*. Porto, Instituto Politécnico do Porto.

DECRETO-LEI nº 101/2006. D.R. I Série A. 109 (2006-06-2) 3856-3865

Dicionário da Língua Portuguesa. *Conhecimento*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/conhecimento>>

[Consultado em 30/03/2016].

Direção-Geral da Saúde (2015). *Envelhecimento Saudável*. [Em linha]. Disponível em <<https://www.dgs.pt/documentos-e.../envelhecimento-saudavel-pdf.aspx>>

[Consultado em 16/02/2016].

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

Fonseca, A. (2004). *O Envelhecimento - Uma Abordagem Psicológica*. Lisboa, Universidade Católica Portuguesa.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa, Climepsi.

Fortin, M., F. (1999). *O processo de investigação: da conceção à realização*. Loures, Lusociência.

Franco, I. e Costa, L. (2001). *Níveis de dependência dos idosos*. Nursing, 161, 21-25.

Gonçalves, L., Alvarez, M. e Santos, S. (2000). Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In: Duarte, Y. e Diogo, M. (orgs.), *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico* [pp. 102-110]. São Paulo, Atheneu.

Gonçalves, P. C. (2003). *Envelhecer com autonomia*. Nursing, 173, 20-24.

Guedes, S. (2011). *Cuidar de idosos com dependência em contexto domiciliário: necessidades formativas dos familiares cuidadores*. Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Howe, E. e Lettieri, C. (1999). *Health care rationing in the aged: ethical and clinical perspectives*. Drugs Aging, 15 (1) [pp. 37 – 47].

INSERSO. (1995). *Cuidados en la vejez: el apoyo informal*. Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales.

Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011*. [Em linha]. Disponível em <http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_d et&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2 &selTab=tab1&pcensos=61969554> [Consultado em 11/06/2016].

International Council of Nurses (1999). *Position Statement*. ICN, Nursing Research

Jacob, L. (2007). *Animação de idosos: atividades*. Porto, Âmbar.

Kramer, B. (1993). *Marital history and the prior relationships as predictors of positive and negative outcomes among wife caregivers*. *Family Relations*, 42, 367-375.

Leme, L. (2000). A interprofissionalidade e o contexto familiar. In: Y. Duarte e M. Diogo (orgs.), *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico* [pp. 117-143]. São Paulo, Atheneu.

Leuschner, A. (2005). Política de saúde na área do envelhecimento e da demência. In: Caldas, A.C.; Mendonça, A. (Orgs), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 237-250). Lisboa, Lidel- Edições Técnicas, Lda.

Lewis, I., e Pamela, M. (1987). *So You Want to do Research: A Guide for Teachers on How to Formulate Research Questions*. Edinburgh, The Scottish Council for Research in Education.

Loureiro, M., et alii., (2007). *As actividades de vida diária e ajudas técnicas nos grandes idosos diagnósticos de situação*. *Geriatrics*, 3 (15), 50-58.

Marote, A., et alii (2005). *Realidade dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes da Região Autónoma da Madeira*. *Revista Sinais Vitais*, 61, 19-24.

Martins, T. (2006). *AVC: Acidente vascular cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra, Formasau.

Matthews, J., et alii (2004). *Preventive health practices: comparison of family caregivers 50 and older*. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(2), 46-54.

Mendes, F. et al (2013). *Enfermagem Contemporânea: Dez Temas, Dez Debates*. Évora, Universidade de Évora.

Mendonça, F. Martinez, M. e Rodrigues, M. (2000). *Avaliação das necessidades dos prestadores informais de cuidados de saúde*. Geriatria, 127 (13), 33-49.

Ministério da Saúde (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes*. Diário da República, 2 (28), 2-10.

Mizuno, T. e Kinuko, T. (2005). *Caring for a Yobiyose-Rojin. A Comparison of Burden on Daughters and Daughters-in-Law*. Journal of Gerontological Nursing, 31(6), 15-21.

Moreira, S. (2011). *Espiritualidade, bem-estar e qualidade de vida de pessoas idosas que vivem sós no domicílio habitual*. Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Nieto Carrero, M. (2002). *Ante la enfermedad de Alzheimer: pistas para cuidadores y familiares*. Bilbao, Desclee de Brouwer.

Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto, Legis Editora

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Investigação em enfermagem: um instrumento de atuação*. Lisboa, Edição Portuguesa.

Orbell, S., Hopkins, N. e Gilles, B. (1993). Measuring the impact of informal caring. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 3 (2), [pp. 149-163].

Organização Mundial de Saúde (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. [Em linha]. Disponível em <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>> [Consultado em 17/02/2016].

Palma, E. (1999). *Enfermagem Agora. A família com idosos dependentes – Que expectativas?* *Enfermagem*, 15, 27-40.

Pereira, D. (2012). *Avaliação inicial do familiar cuidador: estudo de adequação de um instrumento*. Repositório Comum ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto. ESEP – Dissertações de Mestrado.

Pereira, S. (2014). *Nível de Independência e autonomia no autocuidado da pessoa idosa após AVC: Cuidados Continuados de Convalescença*. [Em linha]. Disponível em

https://www.google.pt/?gws_rd=ssl#q=N%C3%ADvel+de+independ%C3%A2ncia+e+autonomia+no+auto+cuidado+da+pessoa+idosa+ap%C3%B3s+AVC:+Cuidados+Continuados+de+Convalescen%C3%A7a [Consultado em 20/02/2016].

Pordata (2014). *Índice de envelhecimento*. [Em linha]. Disponível em <http://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458> [Consultado em 13/06/2016].

Pordata (2014). *Índice de dependência*. [Em linha]. Disponível em <http://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+depend%C3%A2ncia+de+idosos-461> [Consultado em 13/06/2016].

Rebelo, Â. (1996). *Prestadores de cuidados informais a idosos com 80 e mais anos, na freguesia de Moreira da Maia*. *Geriatrics*, Ano 9, vol. 9, nº81. Lisboa, 22-28.

Rodríguez, P. (1998). *El problema de la dependência en las personas mayores*. *Documentación Social*, 112, 33-63.

Rodríguez, B., Alvarez, E. e Cortés, O. (2001). *Cuidadores Informales. Necesidades y ayudas*. *Revista Rol de Enfermería*, 3 (24), 183-189.

Sanford, J., Johnson, A. e Townsed-Rocchiccioli, J. (2005). *The health status of rural caregivers*. Journal of Gerontological Nursing, 31(4), 25-31.

Schulz, R. e Beach, S. R. (1999). *Caregiving as a risk factor for mortality The Caregiver Health Effects Study*. Journal of the American Medical Association, 282, 2215-2219.

Sotto Mayor, M., Sequeira, C. e Paúl, C. (2006). *Um espaço de intervenção com os cuidadores, num serviço de psicogeriatría*. A consulta de enfermagem. In I.

Sousa, S. (1993). *Caracterização de idosos dependentes nas freguesias de Lordelo, Matosinhos e Leça da Palmeira*. Geriatria, 56 (6), 23-30.

Vigia, M. (2012). *Qualidade de Vida de Cuidadores Informais de Idosos com Demência*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.

VIII – ANEXOS

ANEXO I

Pedido de autorização à Ex.^a Sr.^a Enfermeira Dilma Pereira, para a utilização do questionário



Sofia Patricia da Costa Goncalves <28172@ufp.edu.pt>

Pedido de Autorização - Projeto de Graduação - Universidade Fernando Pessoa

Sofia Patricia da Costa Goncalves <28172@ufp.edu.pt>
Para: dilmacsp@gmail.com

15 de outubro de 2015 às 16:19

Ex.ª Sr.ª Enfermeira Dilma Pereira

Eu, Sofia Patrícia da Costa Gonçalves, aluna do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa, venho por este meio solicitar a Vossa Ex.ª, no âmbito do desenvolvimento do meu projeto de graduação "Conhecimento dos Cuidadores Informais no cuidar do seu familiar idoso", autorização para a utilização do seu formulário "Projeto de Enfermagem para o Prestador de Cuidados".

O projeto de graduação tem como finalidade identificar e conhecer quais os conhecimentos dos cuidadores informais, na prestação de cuidados a uma pessoa idosa dependente no domicílio.

Pretendo questionar um grupo de cuidadores informais de pessoas dependentes no domicílio, através da lista de utentes com visita domiciliária de enfermagem.

Este trabalho tem como objetivos:

- Identificar o grau de dependência da pessoa idosa;
- Identificar a tipologia da família com um idoso dependente no domicílio;
- Identificar os conhecimentos dos cuidados informais, no cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio.

O meu sincero agradecimento pela atenção dispensada.

Peço deferimento.

Porto, 15 de outubro de 2015

Sofia Gonçalves

Dilma Pereira <dilmacsp@gmail.com>

19 de outubro de 2015 às 12:51

Para: Sofia Patricia da Costa Goncalves <28172@ufp.edu.pt>, alice martins <m.alice.martins1@gmail.com>

Exma.. Estudante Sofia Costa

Dilma da Conceição Sobrinho Pereira, enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária, a exercer funções na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora da ULS Matosinhos, vem por este meio autorizar a utilização do Instrumento de Avaliação Inicial do Familiar Cuidador validado no âmbito da realização da sua tese de mestrado intitulada: " Instrumento de avaliação inicial do familiar cuidador - estudo de adequação de um instrumento", por parte da estudante Sofia Patrícia da Costa Gonçalves, estudante do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa no âmbito do seu projeto de graduação: "Conhecimento dos cuidadores informais no cuidar do seu familiar idoso.

Atentamente,

Dilma Pereira

ANEXO II

Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro participante,

Sou aluna de Enfermagem na Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa e estou a desenvolver um projeto de graduação que tem como objetivos: identificar o grau de dependência da pessoa idosa, identificar a tipologia da família com um idoso dependente no domicílio e identificar os conhecimentos dos cuidadores informais, no cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio.

Este projeto tem como finalidade identificar e conhecer quais os conhecimentos dos cuidadores informais, na prestação de cuidados a uma pessoa idosa dependente no domicílio, de modo a que os enfermeiros contribuam para melhorar o processo de formação dos cuidadores.

A sua participação no estudo não envolve qualquer risco, sendo apenas solicitada a sua colaboração no preenchimento do questionário de recolha de dados. Os dados serão sujeitos a absoluta confidencialidade e garantido anonimato. A sua participação é voluntária, podendo cessar a sua colaboração a qualquer momento.

Assim, solicito-lhe o seu consentimento por escrito, em como aceita participar no estudo depois de devidamente informado(a) e esclarecido(a).

Muito obrigada pela sua colaboração

Declaro que compreendi tudo quanto me foi explicado e que estou consciente da minha participação no estudo.

O participante

ANEXO III

Questionário

