

MARIA DO CARMO CASTRO VARIZO

QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES INFORMAIS
DE IDOSOS DEPENDENTES

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PORTO 2011

MARIA DO CARMO CASTRO VARIZO

QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES INFORMAIS
DE IDOSOS DEPENDENTES

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PORTO 2011

MARIA DO CARMO CASTRO VARIZO

QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES INFORMAIS
DE IDOSOS DEPENDENTES

(Maria do Carmo Castro Varizo)

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura
em Enfermagem

SUMÁRIO

Este estudo tem como objectivo conhecer os factores que influenciam a qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes, bem como perceber se enquanto enfermeiros contribuimos para a sua melhoria, através da implementação de intervenção da educação para a saúde.

A metodologia situa-se no modelo quantitativo descritivo simples com utilização de colheita de dados através de um questionário com perguntas fechadas, e a Escala da Qualidade de Vida – Whoqof Bref. A amostra do estudo é constituída por 10 cuidadores informais de idosos dependentes que utilizam a enfermagem no contexto domiciliário inscritos numa Unidade de Saúde Familiar da Região Norte.

Após a recolha de dados realizados e a sua análise verificou-se que os cuidadores informais eram alguém da família, predominante do sexo feminino, e a maioria coabita com o idoso dependente. Conclui-se ainda, apesar de coabitar com o idoso dependente e na maioria dos casos há mais de dois anos, os cuidadores informais manifestaram ter uma boa qualidade de vida para realização da sua actividade diária, manifestando-se satisfeitos em relação a vários aspectos da sua vida.

Com o presente estudo foi possível verificar o quão importante é a investigação como processo de desenvolvimento da Enfermagem para com a prática e baseados na ciência se consiga evoluir e dar o contributo nas Políticas de Saúde.

Palavras - Chave

Cuidador Informal; Idoso Dependente; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

This study aims to understand the factors that influence the quality of life of informal caregivers of elderly dependents, and see themselves as nurses contribute to their improvement through the implementation of intervention in health education. The methodology lies in the quantitative model using simple descriptive data collection through a questionnaire with closed questions, and the Scale of Quality of Life - Bref Whoqof. The study sample consists of 10 informal caregivers of dependent elderly people who use home care nursing in the context included in a Family Health Unit of the Northern Region.

After data collection and analysis conducted found that informal caregivers were a family member, predominantly female, and living with the most dependent elderly people. It is also concluded, although live with dependent elderly people and in most cases for more than two years, the informal caregivers reported having a good quality of life for the performance of their daily activity, expressing their satisfaction regarding various aspects of your life.

With this study we observed how important research and development process to nursing practice and science-based and can evolve to provide the input in Health Policies.

Key Words

Informal caregivers; Dependent Elderly, Quality of Life

*“A cada um, peço que se centre nas forças da
Vida, na mobilização dos recursos vitais,
Respeitando o indivíduo e a humanidade para
Promover os cuidados e promover a vida.”*

Collière, 1999

Agradecimentos:

Como sem a ajuda de algumas pessoas este trabalho não se realizaria, com qualidade, e por este projecto ser o culminar de um esforço conjunto, agradeço...

A todos os cuidadores informais de idosos dependentes que participaram no estudo.

A professora Doutora Júlia Rodrigues, profundamente grata pela sua oportunidade da sua orientação e ajuda para concluir este trabalho.

A Mestre Manuela Pontes, estou profundamente grata pela oportunidade da sua co-orientação.

A toda a minha família, em especial aos meus Pais, por todo o carinho que me deram ao longo deste percurso.

Ao meu marido, Luís, por me fazer companhia todos os dias. Por todo o amor e carinho.

A minha filha Margarida, pela paciência de não ter a mãe em alguns momentos.

À amiga Margarida que contribuiu com o seu “Saber” e por todo apoio e disponibilidade.

À amiga Eliana por toda a ajuda, apoio e disponibilidade.

A todos um muito **OBRIGADA!**

Índice

| | |
|--|----|
| SUMÁRIO..... | 5 |
| ABSTRACT | 6 |
| Índice de figuras: | 11 |
| INTRODUÇÃO..... | 12 |
| PARTE I - FASE CONCEPTUAL..... | 14 |
| 1.1. Definição e delimitação do tema..... | 14 |
| 1.2. Pergunta de Partida e Questões de Investigação..... | 16 |
| 1.3. Objectivos do Estudo | 18 |
| 1.4. Revisão da Literatura..... | 19 |
| 1.4.1. Envelhecimento/Dependência..... | 19 |
| 1.4.2. Cuidar..... | 22 |
| 1.4.3. Cuidadores Informais..... | 23 |
| 1.4.4. Qualidade de Vida..... | 25 |
| PARTE II - FASE METODOLOGICA..... | 27 |
| 2.1 Contexto de Implementação..... | 27 |
| 2.2 Tipo de Estudo | 27 |
| 2.3 População alvo e amostra..... | 28 |
| 2.3.1 Variáveis de Estudo..... | 29 |
| 2.3.2 Instrumento de Colheita de dados..... | 30 |
| 2.3.3 Pré-teste..... | 30 |
| 2.4 Questões éticas da investigação | 31 |
| 2.4.1 O direito à autodeterminação..... | 32 |
| 2.4.2 O direito à intimidade..... | 32 |
| 2.4.3 O direito ao anonimato e à confidencialidade..... | 32 |
| 2.4.4 O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo..... | 32 |
| 2.4.5 Direito a um tratamento justo e equitativo | 33 |
| 2.5 Tratamentos de dados | 33 |
| PARTE III - FASE EMPÍRICA | 34 |
| 3.1-Apresentação e Análise dos Resultados | 34 |
| 3.1.1- Caracterização da Amostra..... | 35 |
| IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 48 |

| | |
|------------------------|----|
| V- CONCLUSÃO | 52 |
| VI- BIBLIOGRAFIA | 55 |
| VII- ANEXO | 59 |

Índice de figuras:

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 Idade da Amostra..... | 35 |
| Gráfico 2 Género do cuidador informal | 35 |
| Gráfico 3 Escolaridade do cuidador informal..... | 36 |
| Gráfico 4 Profissão do cuidador informal | 37 |
| Gráfico 5 Estado civil do cuidador informal | 37 |
| Gráfico 6 Parentesco com o Idoso | 38 |
| Gráfico 7 Dependência do Idoso | 38 |
| Gráfico 8 Vive na mesma habitação que o idoso | 39 |
| Gráfico 9 Recebe apoio das outras pessoas | 40 |
| Gráfico 10 Recebe apoio das outras pessoas | 40 |
| Gráfico 11 Grau de satisfação em relação à saúde | 41 |
| Gráfico 12 Avaliação do que a amostra sente nas duas ultimas semanas | 42 |
| Gráfico 13 Experiência das duas últimas semanas..... | 44 |
| Gráfico 14 Avaliação da mobilidade..... | 45 |
| Gráfico 15 Satisfação em relação aos aspectos da vida nas duas últimas semanas..... | 46 |
| Gráfico 16 Sentimentos negativos..... | 47 |

INTRODUÇÃO

Como parte integrante do plano de estudo do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem 2010/2011 da Universidade Fernando Pessoa, faz parte a elaboração de um projecto de investigação com o objectivo de proporcionar aos alunos uma oportunidade para desenvolver a metodologia de investigação, desenvolver técnicas de elaboração de instrumentos de recolha de dados e ainda dar cumprimento a um item da avaliação do referido curso.

Actualmente um dos fenómenos demográficos mais significativos, é o envelhecimento demográfico da população, constatando-se que o aumento do número de idosos é um fenómeno que atinge globalmente todos os países industrializados. O envelhecimento demográfico, assume particular importância devido ao aumento da população idosa, associada a um aumento da esperança média de vida.

Assim, a família, e particularmente os cuidadores informais, representam um papel importante junto das pessoas idosas dependentes, devido ao número crescente que necessita de cuidados de longa duração e satisfação das suas necessidades.

A responsabilidade de proporcionar ajuda à pessoa idosa dependente, tem sido identificada como um dos factores que pode precipitar crises familiares e afectar essencialmente o cuidador informal, que é o membro da família que suporta maior sobrecarga física, emocional e social.

A tarefa de cuidar de um doente dependente pode traduzir uma sobrecarga intensa que acaba por comprometer a saúde, a vida social, o bem-estar emocional, a relação com os outros membros da família, a disponibilidade financeira, o desempenho profissional e inúmeros outros aspectos da vida familiar e pessoal (Marques, 2007 p.17).

Estamos conscientes de que o cuidador informal constitui um elemento de extrema importância no presente, com responsabilidade acrescida no futuro, na assistência aos idosos em situação de dependência.

Como profissionais de saúde (enfermeira), devemos-nos orientar no sentido de apoiar estes cuidadores informais que têm a seu cargo um idoso dependente, de modo a desenvolver as competências que lhe permita superar as mudanças e conseqüentemente favorecer um processo de adaptação mais rápido e consistente, melhorando a sua Qualidade de Vida.

Nesta perspectiva, pareceu-nos oportuno levar a cabo um estudo no sentido de aprofundar conhecimentos na área da qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes.

Para a concretização do estudo delimitamos os seguintes objectivos:

- Conhecer a percepção de qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes;
- Conhecer o grau de parentesco do idoso dependente;
- Identificar o período de tempo de dependência do idoso;
- Identificar os apoios recebidos para cuidar o idoso dependente;

O tipo de estudo utilizado foi essencialmente descritivo simples e com abordagem quantitativa, que reflecte o tema e os objectivos delineados. O instrumento da recolha de dados foi um questionário com respostas fechadas e aplicado de forma directa.

Este projecto de investigação encontra-se dividido em três partes, sendo elas a introdução; a Parte I- Fase Conceptual, que engloba a pergunta de partida e objectivos de investigação, assim como a revisão da literatura; a Parte II- Fase Metodológica, que compreende o tipo de estudo, definido a população e amostra, o instrumento de colheita de dados e as considerações éticas que estiveram presentes durante o processo de

investigação; a Parte III- Fase Empírica, onde se procede à apresentação, análise e discussão dos resultados.

Por último, dá-se a conclusão do trabalho de forma a enfatizar os aspectos mais importantes desta investigação e concluir se os objectivos foram atingidos. Ainda é colocado de seguida uma área para as referências bibliográficas utilizadas ao longo deste trabalho e os anexos, onde se poderão colocar todos os documentos que forem pertinentes serem mostrados.

PARTE I - FASE CONCEPTUAL

O início de um processo de investigação evidencia-se a partir da escolha de um tema e a elaboração de uma pergunta de partida que alicerça todas as questões de investigação, dando origem aos objectivos que fundamentam a pesquisa.

A fase conceptual, citando Fortin (2009,p.49), consiste,

(...) em definir os elementos de um problema. (...) O investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre o tema precisa, com vista a chegar a uma concepção clara do problema.

De acordo com o autor supracitado, esta fase é fundamental numa investigação, pois proporciona uma orientação e um objectivo.

Com o decorrer desta fase, efectuou-se uma definição e delimitação do tema bem com a formulação do problema de investigação, enunciando as questões, os objectivos e a revisão da literatura importante, de forma a permitir ao investigador determinar o estado actual dos conhecimentos acerca do problema de investigação em estudo.

1.1. Definição e delimitação do tema.

A investigação em enfermagem deve reflectir as necessidades de uma profissão, mas também, o desejo de discutir e elucidar os fenómenos a fim de compreendê-los e utilizar

os resultados, em favor das pessoas sujeitas a cuidados, da sociedade e da própria profissão.

Pesquisar em enfermagem, para (Polit et al., 2004, p.20),

“...é desenvolver uma actividade controlada e sistemática de “conhecimentos sobre os temas de importância para as enfermeiras, incluindo a prática, o ensino e a administração da enfermagem...”

Pelo que uma investigação tem como início a escolha de um tema pertinente e actual.

Assim e conforme Carvalho (2002, p. 108),

“ O tema de uma pesquisa é o assunto que se deseja provar ou desenvolver. Corresponde a uma dificuldade, solução, que é mister determinar com precisão, para intentar, de seguida seu exame, avaliação crítica e solução.”

Partindo deste pressuposto, o tema do projecto de investigação em causa é:

“Conhecer a qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes.”

Desta forma, um estudo de investigação inicia-se com um problema que se gostaria de resolver, ou como uma questão a responder. Qualquer problema de investigação deve ser argumentado quanto às razões da sua escolha. Assim, a argumentação do problema de investigação visa justificar a pertinência do estudo permitindo, segundo Fortin (2009,p.143),

(...) “Pôr em evidência os dados do problema, fornecer explicações, demonstrar o interesse dos factos observados, fazer sobressair as relações existentes entre ideias e factos, e justificar a forma como se aborda o problema de investigação...”

No exercício da actividade profissional enquanto enfermeira de saúde comunitária, vivenciamos a situação dos idosos dependentes e principalmente de quem deles cuida. A exigência de conhecimentos e competências para responder às necessidades do dia-a-dia dos cuidadores informais de idosos dependentes, constituem para nós uma preocupação. É por isso, esta a razão da escolha do tema, visto que a qualidade de vida

dos mesmos sofre mudanças para as quais poderão não estar preparados e necessitar de apoio/ esclarecimentos, que lhe transmitam segurança e o capacitem a lidar com esta fase da sua vida.

No domicílio, os cuidadores informais têm que proporcionar um suporte nas actividades instrumentais de vida diária (arrumar a casa, arrumar a roupa, fazer as compras), lidar com as dificuldades funcionais associadas às necessidades básicas de vida diárias (higiene, alimentação, eliminação), e lidar com as pressões psicológicas.

Estes problemas causam grandes preocupações não só por causa dos efeitos da doença nos cuidadores informais, mas também porque podem incapacitar este último de prosseguir os cuidados á pessoa que tem a seu cargo.

Perante situações adversas, e na ausência de mecanismos de resolução de problemas imediatos, o cuidador informal fica sujeito a uma situação problemática, que pode conduzir a um estado de desorganização e sobrecarga, necessitando de intervenção, por parte dos profissionais de saúde através de Educações para a Saúde, onde pudesse colocar as suas dúvidas ou partilhar as suas experiencias.

Nesta perspectiva, é fundamental conhecer as experiências e expectativas dos cuidadores informais, para que se possa compreender as suas necessidades e definir estratégias que possam fornecer o suporte adequado nestas situações.

1.2. Pergunta de Partida e Questões de Investigação.

A formulação de um problema de investigação depende, não só da escolha de um tema de investigação, ao qual se reporta a problemática em estudo, como também de uma pergunta de partida que dará origem às questões de investigação.

De acordo com Fortin (2009, p. 72) a pergunta de partida;

(...) “constitui uma parte importante da investigação e determina o ângulo sob o qual o problema será considerado, o tipo de dados a colher, assim como as análises a realizar.”

A pergunta de partida atendeu a determinados critérios, como qualidade de clareza, de exequibilidade e pertinência.

Segundo Quivy e Campenhoudt (2008,p.44);

“A melhor forma de começar um trabalho de investigação (...) consiste em esforçar-se por enunciar o projecto sob a forma de uma pergunta de partida. Com esta pergunta, o investigador tenta exprimir o mais exactamente possível aquilo que procura saber, elucidar, compreender melhor. A pergunta de partida servirá de primeiro fio condutor da investigação”.

Após o conhecimento sócio-geográfico da nossa área de influência, cujas freguesias são: Água Santas, Folgosa, São Pedro Fins e Pedrouços, através de visitas domiciliárias, observou-se a existência de alguns factores constrangedores no desenvolvimento psicológico, cultural e social das famílias na presença de idosos dependentes.

Dentro destes destacam-se o isolamento de alguns aglomerados habitacionais, a falta de habitações com condições mínimas de habitabilidade (muitas com casas de banho incompletas e fora do domicílio, habitações de construção antiga com obras de melhoramento insuficientes), escassez de recursos económico-financeiros para fazer face às despesas mensais fixas (habitação, alimentação, medicação e por vezes aquisição de ajudas técnicas) e alguns casos de disfunção familiar.

Contudo tendo em conta estas problemáticas em algumas visitas domiciliárias observou-se que, a prestação de cuidados de saúde eram assegurados, mesmo que os projectos de vida da família tivessem que ser alterados ou adiados.

Tendo por base o tema proposto e pressupondo o que foi dito anteriormente, definiu-se a seguinte pergunta de partida “ **Que qualidade de vida percebem os cuidadores informais de idosos dependentes?**”.

Levantaram-se outras questões, pertinentes para este tema:

- Que percepção de qualidade de vida o cuidador informal têm?
- Que grau de parentesco têm?
- Que apoios têm?
- A quanto tempo o idoso é dependente?

1.3. Objectivos do Estudo

Após a definição da problemática e das questões de investigação, foi necessário definir os objectivos do estudo, no sentido de conferir ao trabalho de investigação valor, interesse e pertinência.

Para Quivy e Campenhoudt (1998,p.279) “(...) tais como as questões de investigação, os objectivos de estudo são o fio condutor particularmente eficaz que nos dão a amplitude e asseguram a coerência entre as diversas fases do estudo”.

Os objectivos do estudo enunciam de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer (Fortin, M.F. (2003).

Assim estabelecemos como objectivos:

- Conhecer a percepção de qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes;
- Conhecer o grau de parentesco do idoso dependente;
- Identificar o período de tempo de dependência do idoso;
- Identificar os apoios recebidos para cuidar o idoso dependente;

1.4. Revisão da Literatura.

A revisão da literatura do estudo de investigação envolve um agregado de conceitos indispensáveis para o desenvolvimento e compreensão do estudo em causa. Para além disso, através da revisão da literatura estabelece-se relações entre os conceitos.

Para Polit et al. (2004, p. 125) a revisão da literatura

(...) “Proporciona aos leitores os antecedentes para a compreensão do conhecimento actual sobre um tópico e esclarece a importância do novo estudo. As revisões de literatura servem, assim, como função integradora e facilitam o acúmulo de conhecimentos”.

Assim, tendo em conta o tema em estudo, torna-se relevante clarificar conceitos sobre a qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes.

Este conceito de Qualidade de Vida, que inicialmente era alargado a diferentes dimensões sociais, desde a economia, política, sociologia, história, entre outros e que posteriormente especificou-se à saúde e doença, mantêm-se como objectivo prioritário dos serviços de saúde, paralelamente à prevenção das doenças e alívio dos sintomas ou prolongamento da vida humana, (Ferreira, P.L. 1994)

1.4.1. Envelhecimento/Dependência.

À medida que se envelhece, cada vez mais diminui a possibilidade de realizar de forma independente as actividades básicas de vida diária, podendo verificar-se o aparecimento de doenças crónicas ou perda geral das funções fisiológicas levando à necessidade de ajuda de terceiros.

O Homem envelhece de forma gradual. O envelhecimento acontece progressivamente na vida de uma pessoa sem que esta dê por isso.

Seguindo estes pensamentos, Laganière (cit. In Berger e Poirier, 1995, p.124) diz que;

(...) “os indivíduos de um mesmo grupo demográfico apresentam muitas vezes um caminhar variável no horário de envelhecimento; certos idosos podem mesmo conservar níveis de desempenho semelhantes aos de grupos mais jovens.”

O conceito de dependência consiste em a pessoa que por razões ligadas á perda de autonomia física, psíquica ou intelectual tem necessidade de uma ajuda a fim de realizar as actividades básicas de vida diária, (Amaral, M.F. & Vicente, M.O. (2000).

Um idoso dependente será aquele que durante um prolongado período de tempo necessita de ajuda de outra pessoa para realizar determinadas actividades de vida diária, existindo diversos factores que podem determinar essa dependência, entre eles, os factores físicos, os psicológicos e os provenientes do contexto social.

Ao longo do ciclo vital, o homem passa por diversas fases (infância, adolescência, adulto e velhice) que são marcadas por mudanças biopsicossociais específicas de cada uma delas e que fazem adaptar o indivíduo às tarefas de cada fase (Vieira, 1996). Como nas outras idades, na evolução para a velhice, o ser humano vai proceder a modificações de cariz biopsicossociais que o vão preparar para a vivência da sua última fase da vida. Assim Birren e Renner (Cit. In Pául 1997, p. 10), afirmar que:

“O envelhecimento refere-se às mudanças regulares que ocorrem em organismos maduros, geneticamente representativas, vivendo em condições ambientais representativas, na medida em que avançam na idade cronológica.”

São estas alterações a que os autores se referem muito acentuadas e acompanhadas quase sempre de perdas, sejam estas físicas, psicológicas e ou sociais para não perturbar a qualidade de vida do idoso e dar uma imagem dele como negativo ou patológico (Teixeira, 2004).

Segundo (Sousa et al., 2004, p.23).

“O envelhecimento é um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. Trata-se de um fenómeno inevitável (...) inerente à

própria vida, equivalentemente à fase final de um programa de desenvolvimento e diferenciação.”

Apesar das diferentes perdas referidas, não se pode entender o envelhecimento como um processo patológico mas natural da evolução a que o nosso organismo está sujeito num caminhar para o fim da vida. Nesta perspectiva evolutiva enquadra-se uma maior susceptibilidade para a doença a que estão sujeitos os idosos (Zimmerman, 2000). A susceptibilidade é variável tendo os idosos demonstrado graus diferentes segundo o seu percurso de vida, os seus estilos de vida e as características genéticas. Assim pode-se dizer que o envelhecimento é um processo multifactorial (Teixeira, 2004).

Nem todos os indivíduos envelhecem ao mesmo tempo nem da mesma forma (Rodrigues, 2000).

O processo de envelhecimento não tem de ocorrer simultaneamente nos diversos contextos de vida podendo os indivíduos envelhecer de formas muito diversas. Pode-se assim, falar de uma idade biológica, de uma idade social e de uma idade psicológica, que podem ser muito diferentes entre si e da verdadeira idade cronológica (Fontaine, 2000).

A grande maioria dos idosos vive até tarde sem terem alterações que o conduzam a uma falta de qualidade de vida. Mantêm uma saúde física e mental que lhes permite usufruir de uma forma intensa de uma grande parte do resto da sua existência (Teixeira, 2004).

Em resumo, o envelhecimento coloca cada vez mais problemas sociais que as sociedades não têm sido capazes de resolver. Por isso é evidente a preocupação crescente com a população idosa que é demonstrada pelas sociedades actuais (Monis et al., 2003).

1.4.2. Cuidar.

Cuidar é um acto de vida, desde sempre, que anda aliado à própria existência humana, quando nascemos, ao longo de todo ciclo de vida, quando adoecemos, quando estamos mais velhos e quando morremos.

Cuidar de um idoso dependente continua a ser, nos dias de hoje uma parte integrante no nosso trabalho, devemos desenvolver e dar a conhecer o “Saber -Estar” e “ Saber Fazer” que constitui a parte do “cuidar “.

O cuidar é um ponto de partida, uma atitude; é um desejo de empenhamento que se manifesta em conhecimentos adquiridos e actos a fim de prestar cuidados a uma pessoa única e singular (Watson, J. (2002).

Cuidado significa o acto ou tarefa de zelar pelo bem – estar de alguém, prestando-lhe assistência, assumindo a responsabilidade e os encargos inerentes a esse acto (Amaral, M.F. & Vicente, M.O. - 2000).

O conceito da prestação de cuidados é definido como acto de promover assistência ou cuidado a um elemento da família, amigo. A assistência pode ser de ordem instrumental, afectiva, financeira ou qualquer necessidade que requer a pessoa que recebe cuidado (Whitlatch, C.J. & Noelker, L. -1996).

Neste papel assumido pela família existe a necessidade de personalizar estes cuidados numa só pessoa a quem vai competir, de uma forma total ou por períodos de tempo estabelecidos, dar apoio aos dependentes (Eliopoulos, 2005).

Cuidar é, segundo o mesmo autor, esta pessoa da família a quem compete prestar serviços directos, cuidados pessoais e instrumentais a outro elemento da família.

Para nós profissionais de saúde, Cuidar “é um acto de vida”, é uma actividade básica de vida diária, que tem como finalidade permitir que a vida continue e se desenvolva, perceber que cada Ser Humano é único, perceber o que se passa com as pessoas, dentro do seu contexto, é mobilizar recursos que lhe permitam lidar com a dependência de forma adaptativa.

Quando se fala em cuidar está-se, sobretudo, a referir às pessoas que cuidem de pessoas dependentes, isto é a pessoas que por si só são incapazes de sustentar as suas necessidades básicas e instrumentais da vida diária resultando de uma disfunção física ou mental e que para o fazer tem necessidade de recorrer á ajuda de 3ª pessoa (Teixeira, 2004)

1.4.3. Cuidadores Informais.

Actualmente, existe uma preocupação por parte dos profissionais de saúde para com o bem-estar físico e o psicológico dos cuidadores informais que cuidam de idosos dependentes em contexto domiciliário.

Quando o idoso começa a manifestar mais a dependência e a sua actividade necessita de apoio de outra pessoa ele passa a necessitar de uma rede de apoio que pode ser maior ou menor conforme o local onde vive e as relações prévias estabelecidas.

Esta rede de apoios sociais pode ser enquadradas em dois grupos. O primeiro é o de apoio informal que envolve a família, os vizinhos, os amigos e outros recursos não profissionalizados da comunidade. O segundo é o de apoio formal englobando todos os recursos que de forma profissional prestam serviços e cuidados a uma população dependente (Paúl, 1997). Os cuidadores informais são assumidos como regulares, não remunerados e sem vínculo formal (Sousa et al., 2004).

Estas redes informais familiares são frequentemente constituídas por um só cuidador que assume a responsabilidade dos cuidados a prestar a estes idosos (Imaginário, 2004).

As redes informais familiares demonstram algumas vantagens para os idosos.

Uma das grandes vantagens das redes de apoio informal prende-se essencialmente com a possibilidade da pessoa dependente poder ser cuidada no seu lar, no seio dos que lhe são próximos, sem ter que se desenraizar do meio com todos os benefícios psicossociais subjacentes (Augusto, 2002, p. 51).

Mas o papel do cuidador informal nem sempre é fácil. Muitos são os factores que podem interferir e dificultar esta tarefa. Uma das dificuldades é a duração desses cuidados que são frequentemente muito prolongados (Sousa et al., 2004), e por isso origem do stress e cansaço para o cuidador.

Muitas motivações são apontadas pelos familiares para a prestação de cuidados ao idoso. (Pimentel, 2001), afirma que os familiares apresentam como razões para cuidar dos pais ou parentes um misto de dever, obrigações, amor e afecto.

Os cuidadores, são pessoas que se dedicam a prestar cuidados a outra pessoa, neste caso idosos, sejam eles membros da família que, voluntariamente ou não, assumem esta actividade, ou pessoas contratadas pela família para esse fim, constituem o elemento chave de apoio ao idoso dependente. A função do cuidar ao longo dos tempos tem estado vinculada essencialmente á família e ao género feminino (Lage, I. – 2005).

No contexto familiar, geralmente uma única pessoa é considerada cuidador. Este presta cuidados globais, individualizados e indivisíveis nos seus aspectos: físicos, emocionais, sociais, em função do idoso dependente. Sendo que, esta prestação de cuidados pode ser feita com ou sem ajuda directa e sistemática de outros membros da família ou de profissionais.

De acordo com José, S.J. & wall, K. (2002),

“ Em termos de perfil do cuidador informal verifica-se que a maioria é exercida por familiares de forma não remunerada; recaindo no elemento feminino mais próximo, embora que se constata que os homens cada vez mais participam nos cuidados, sendo o cônjuge e a seguir os filhos”.

Para Martim, 1. (2005),

(...) quando um cuidador coabita com idoso dependente, a sua vida fica restringida. Todo o seu tempo fica preenchido, esquecendo-se que também é uma pessoa e que tem necessidades físicas, emocionais e sociais. Por esta razão estes cuidadores apresentam maior sobrecarga física, emocional e social do que aqueles que habitam em casas separadas.”

Segundo Costa, (2000),

“Na maioria os cuidados são assegurados pelas mulheres de meia-idade ou já idosas que acumulam funções de cuidadoras de um familiar mais velho e da sua própria família e emprego”.

Cuidar destes cuidadores informais de idosos dependentes, é uma área de acção muito importante por três grandes razões. Primeiro porque, quando uma pessoa da família está doente ou tem algum tipo de dificuldade que afecta a sua vida diária, toda a família é afectada; segundo, porque quanto melhor for o apoio á família ou ao cuidador informal, melhor será a sua recuperação, adaptação e qualidade de vida e terceiro porque os cuidados a proporcionar aos cuidadores informais e idosos centram-se em valores de competência técnica, científica e ética relacionais.

O conceito de cuidador informal, insere-se então num conceito mais amplo relacionado com os “cuidadores informais”, podem ser eles família, vizinhos, amigos ou voluntariado não remunerado.

1.4.4. Qualidade de Vida.

O aumento de longevidade, associado aos cuidadores informais de idosos dependentes coloca novos desafios aos profissionais de saúde, nomeadamente equacionar a problemática da Qualidade de Vida, pois é tão importante dar anos á vida, como é necessário dar vida aos anos.

Pais Ribeiro, J.L. (1997). Define qualidade de vida como,

“a percepção individual sobre a posição na vida em que os aspectos culturais e as particularidades do meio ambiente biológico, social e cultural contribuindo de modo decisivo”.

Organização Mundial de saúde (2001), define Qualidade de Vida como,

“ a percepção do individuo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Para Sequeira, C. (2009), a qualidade de vida é,

“, uma percepção do individuo quanto á sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais se insere e em relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações, afectado de um modo complexo pela saúde física, psicológica, relações sociais, nível de independência, e pelas suas relações com as características mais relevantes do seu ambiente”.

Avaliar a Qualidade de Vida das pessoas é um aspecto que cada vez tem maior relevância, dado á crescente prevalência de doenças crónicas e, por vez, ao aumento da esperança de vida.

PARTE II - FASE METODOLOGICA.

Na fase metodológica, o investigador determina os métodos a utilizar, de forma a obter os resultados que validem o estudo.

Lakatos e Marconi (1991, p. 83) referem que a metodologia (...) é o conjunto de actividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permitem alcançar o objectivo conhecimentos válidos e verdadeiros traçando o caminho a ser seguido.

2.1 Contexto de Implementação.

De acordo com Fortin (2009, p.217) “ O investigador precisa do meio em que será conduzido o estudo e justifica a sua escolha”. Assim a escolha do meio para se efectuar a colheita de dados foi opção do investigador, devido à curiosidade sobre os factores que influenciam a qualidade de vida dos cuidadores informais que prestam cuidados aos Idosos Dependentes, que requerem cuidados domiciliário de enfermagem durante a aplicação do projecto, inscritos numa USF da Região Norte.

2.2 Tipo de Estudo

A opção pelo método de estudo e técnica de pesquisa dependem da natureza do problema definido pelos investigadores ou das características do objecto que se pretende conhecer ou estudar. Desta forma os objectivos que se pretende alcançar com este trabalho, a opção metodológica efectuada, teve em conta as características do estudo. É nosso desejo desenvolver um estudo de cariz quantitativo que nos permita no futuro, intervir junto destes cuidadores, encontrar as soluções ou formas mais ajustadas de lidar com a problemática e minimizar as dificuldades e o sofrimento que muitas vezes podem levar à exaustão.

O método de investigação utilizado é o quantitativo, este pode ser definido como sendo:

(...) uso de medidas e de métodos padronizados convertíveis em números, de tal modo que não permitam a expressão da variedade de perspectivas e experiências das pessoas dado que as opções de resposta são limitadas (...) (Ribeiro, 2007,p.28).

O método quantitativo “*é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis*” (Fortin, 2009,p.22)

O tipo de estudo que se considerou mais adequado para esta temática é o descritivo simples, pois pretende-se apenas descrever um fenómeno relativo a uma população.

Segundo Fortin (2009,p.163) o estudo descritivo simples pretende “*descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta*”.

2.3 População alvo e amostra

Para se realizar um trabalho com rigor científico há que definir com precisão a população a estudar, ou seja os elementos que a compõem, uma vez que todo o estudo de investigação complementa uma população ou universo.

De acordo com Fortin (2003, p. 2003)

“Uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.”

Assim sendo a população alvo será o conjunto de pessoas das quais se pretende adquirir informações. No presente trabalho a população é constituída pelos Cuidadores Informais dos Idosos Dependentes, Utilizadores de Enfermagem no contexto Domiciliário numa USF da Região Norte

De acordo com Fortin (1999) a amostra é um subgrupo da população alvo. Uma vez que é seleccionada para obter informações relativas às características dessa população, deve necessariamente ter as mesmas características dessa população de modo a que o grupo escolhido seja representativo da população alvo.

Neste trabalho o método de amostragem utilizado foi o não probabilístico porque é (...) ” um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra.” (Fortin. 2009, p.208).

É a amostragem acidental e não probabilística, pois é definida como indivíduos que são facilmente acessíveis, se encontravam no local determinado e num momento específico.

O questionário foi aplicado a 10 cuidadores informais de idosos dependentes que utilizaram a Enfermagem no contexto Domiciliário durante o mês de Julho 2011 e se encontram inscritos numa U S F da Região Norte.

2.3.1 Variáveis de Estudo

As variáveis podem ser consideradas como uma classificação ou medida, uma quantidade que varia, um conceito operacional que contem ou apresenta valores, discernível num objecto de estudo e passível de mensuração. (Fortin 1999)

Ou seja, as variáveis são “ (...) qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são investigadas numa investigação”. (Fortin, 1999,p.36)

No presente estudo o autor optou por utilizar apenas as variáveis de atributo para caracterizar a amostra deste estudo.

De acordo com (Fortin 1999,p.172):

“ As variáveis de atributo são geralmente constituídas por dados demográficos tais como a idade, o género, a situação de família. Os dados demográficos são analisados no fim do estudo para obter um perfil demográfico das características da amostra

2.3.2 Instrumento de Colheita de dados.

O instrumento da colheita de dados é um elemento ou técnica que o pesquisador elabora com a finalidade de colher dados ou informações necessárias e específicas da população em estudo. É a natureza do problema de investigação que determina o tipo de método de colheita de dados, (Polit, D. F. & Hungler, B. P. 2004)

Segundo Fortin (1999, p. 249), “um questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos”.

Para o presente estudo, tendo em consideração o problema, as variáveis, o tipo de estudo e a população em que foi aplicado, utilizou-se o questionário como instrumento de recolha de dados. Questionário este que contém pergunta fechadas.

2.3.3 Pré-teste.

Antes de se avançar para a fase empírica é necessário submeter o instrumento de colheita de dados, ao pré-teste de modo a certificar que as questões sejam compreendidas em relação às informações que se pretende.

Este processo segundo Polit e tal. (2004, p.254) “ (...) é um ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração das informações desejadas.

Neste contexto, esta operação resumiu-se em aplicar o questionário a 2 cuidadores informais de idosos dependentes não pertencentes à amostra do estudo, mas cujas características eram idênticas aos dos elementos da amostra. O pré-teste foi aplicado no período de 20/06/2011 a 25/06/2011, a 2 cuidadores informais de idosos dependentes, utilizadores de Enfermagem no contexto domiciliário de uma USF da Região Norte. Após realização do pré-teste verificou-se que o questionário era adequado para responder aos objectivos da investigação, pelo que se passou à colheita de dados.

2.4 Questões éticas da investigação

Ao realizar qualquer tipo de investigação deverão ter-se em consideração alguns princípios éticos, ou seja, respeitar determinados condutas necessária para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam na investigação em causa.

“Qualquer investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas” Fortin (199, p. 113)

Pretende-se assim assegurar o anonimato e a confidencialidade dos inquiridos na execução prática deste estudo. Para isso teremos em conta os seguintes factores:

- Requer autorização á autora da Escala da Qualidade de Vida Whoqol-Bref para aplicar neste estudo;
- Obter um consentimento por parte dos cuidadores informais para a participação no estudo;
- Informar os participantes que a sua colaboração é opcional e como tal, podem a qualquer momento, recusar participar;
- Salvar o anonimato e a confidencialidade da informação obtida;
- Assegurar que o estudo é o menos invasivo possível e que a intimidade dos familiares está protegida.

Segundo Fortin (2009):

“A investigação aplicada a seres humanos pode, por vez, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessária para proteger os direitos e liberdade das pessoas que participam nas investigações”

Assim houve a necessidade de formar cinco princípios ou direitos fundamentais das pessoas:

2.4.1 O direito à autodeterminação

Direito este que visa cada sujeito tomar o seu próprio destino e ser livre na escolha da participação do estudo.

2.4.2 O direito à intimidade

O investigador deve assegurar que protege a intimidade do inquerido, tendo a pessoa liberdade para decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar, nunca esquecendo a protecção do anonimato.

2.4.3 O direito ao anonimato e à confidencialidade

Neste direito é de salientar que as questões nunca poderão ter dados que associem a resposta a um indivíduo.

2.4.4 O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo

Fortin (1999, p.118) enuncia que este direito “(...) corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem. Este direito é baseado no princípio do “benefício” (...) no plano social, o desconforto e o prejuízo de ordem fisiológica, psicológica, legal e económica são de prescrever”.

2.4.5 Direito a um tratamento justo e equitativo

“ O direito a um tratamento justo e leal refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo”. Fortin (1999, p.119)

2.5 Tratamentos de dados

Para a compreensão e análise da informação obtida através do instrumento de recolha de dados, recorreu-se ao tratamento estatístico. Para uma melhor organização recorreu-se aos programas informáticos, denominados de Excel. Desta forma fez-se uma análise estatística descritiva.

Posteriormente e dando uma melhor visualização dos resultados procedeu-se à realização de gráficos de forma a realçar os dados mais significativos.

PARTE III - FASE EMPÍRICA

Na fase empírica são apresentados e analisados todos os dados recolhidos ao longo do estudo de investigação, para que, posteriormente, ocorra a discussão dos mesmos.

Conforme Fortin (2009,p.56) “A fase empírica corresponde à colheita dos dados no terreno, à sua organização e à análise (...)

3.1-Apresentação e Análise dos Resultados

Os resultados são apresentados sob a forma de gráficos que promovem a leitura clara, simples e acessível. A explicação dos resultados terá como base o desenho de investigação, sendo posteriormente tiradas conclusões relativas a este fenómeno como produto final do trabalho. Após a exposição de cada gráfico apresentou-se uma breve análise para uma melhor compreensão.

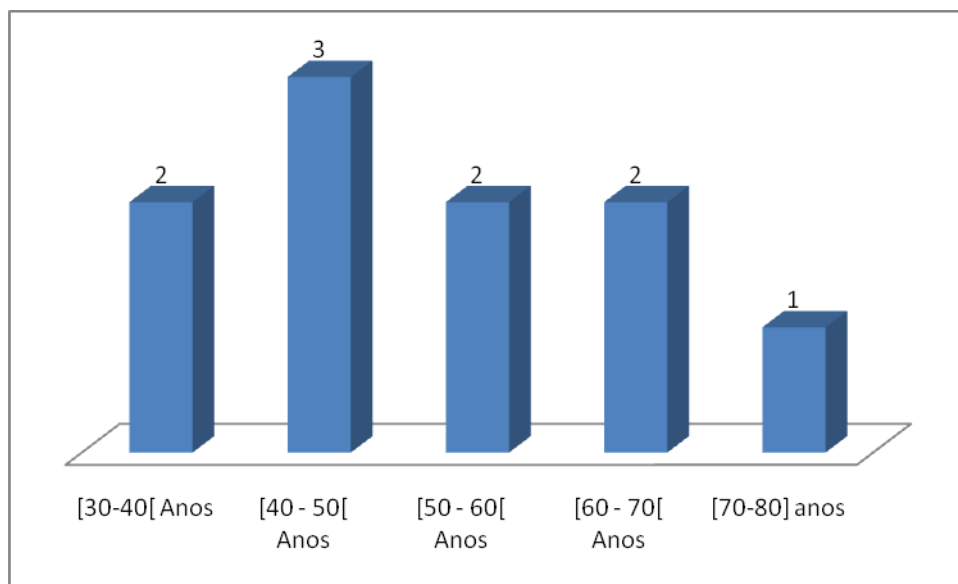
Segundo Fortin (1999, p.330):

“ Os resultados provêm dos factos observados no decurso da colheita dos dados; estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto. (...) Normalmente, apresentar os resultados consiste em fornecer todos os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação ou às hipóteses formuladas”.

O questionário foi aplicado a 10 cuidadores informais de idosos dependentes utilizadores de Enfermagem no contexto domiciliário de uma Unidade de Saúde Familiar da Região Norte, durante o mês de Julho de 2011. A distribuição numérica é igual á percentagem, uma vez que o número total de questionados é igual a dez

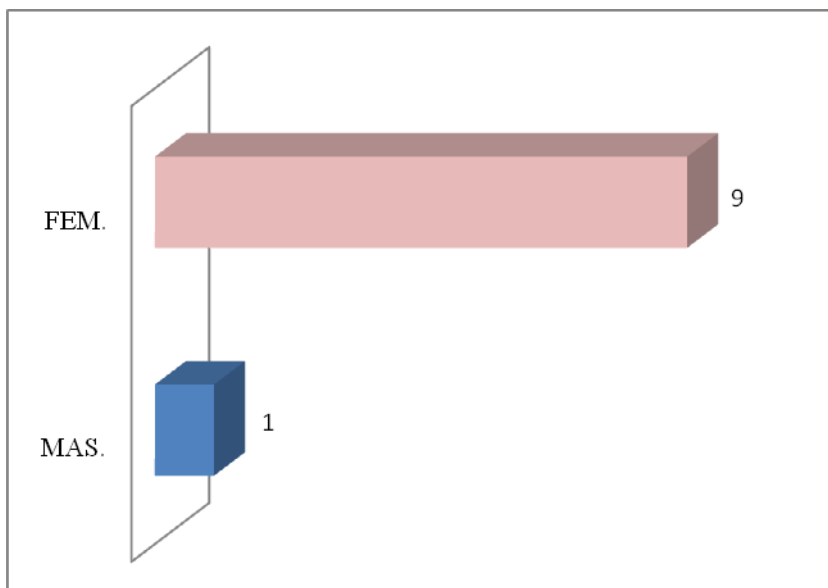
3.1.1- Caracterização da Amostra

Gráficon°1- Idade da Amostra.



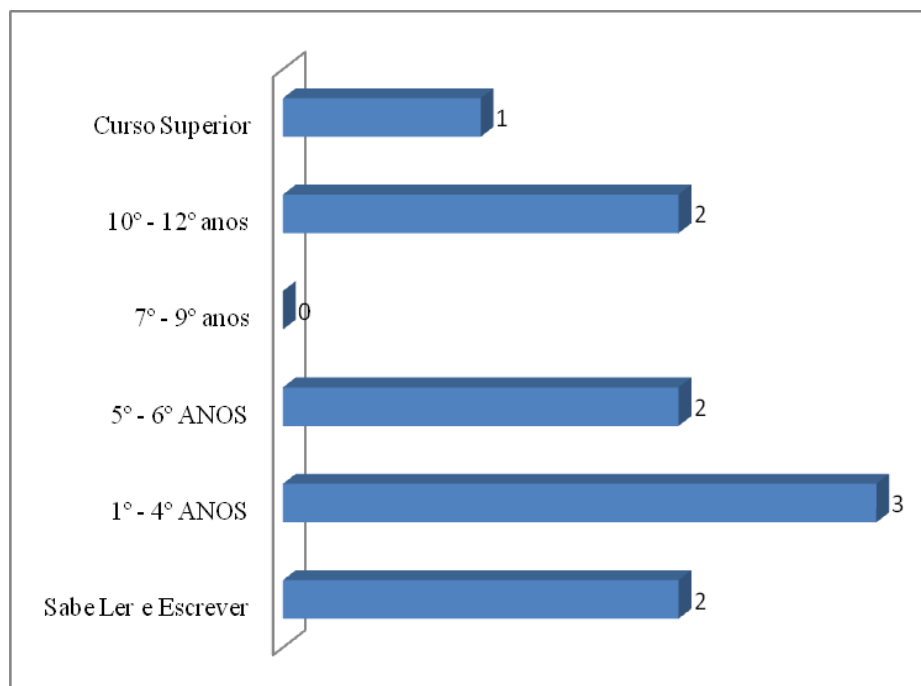
Como se verifica no gráfico, maioritariamente a amostra situa-se nas idades entre os 40 e 50 anos com 30%, seguidos dos grupos 30 e 40 anos, 50 e 60 anos, 60 e 70 anos em igual percentagem 20% e outros 10% entre 70 a 80 anos.

Gráfico nº 2 - Género do cuidador informal



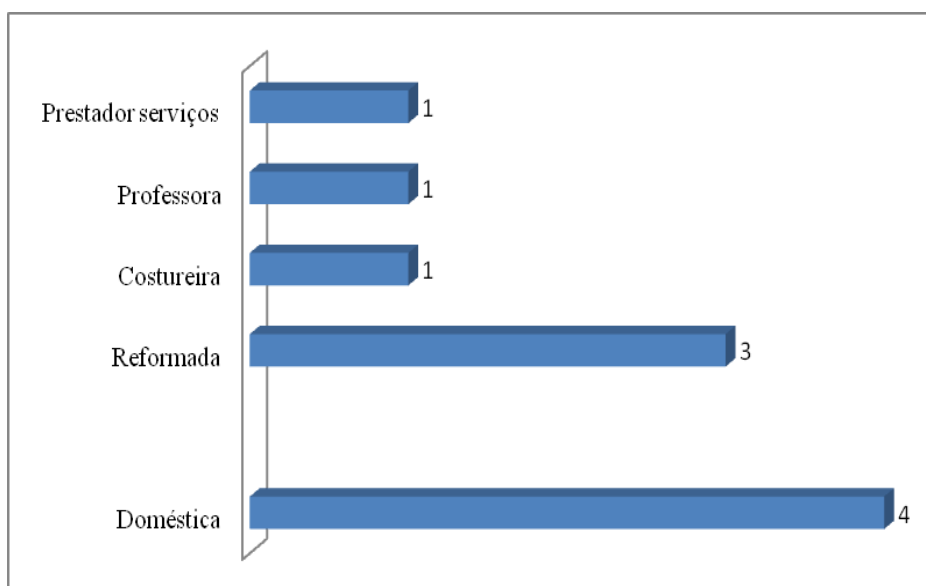
Ao realizar a leitura deste gráfico verifica-se que 90% da amostra é do género feminino e 10% do género masculino.

Gráfico nº 3 - Escolaridade do cuidador informal



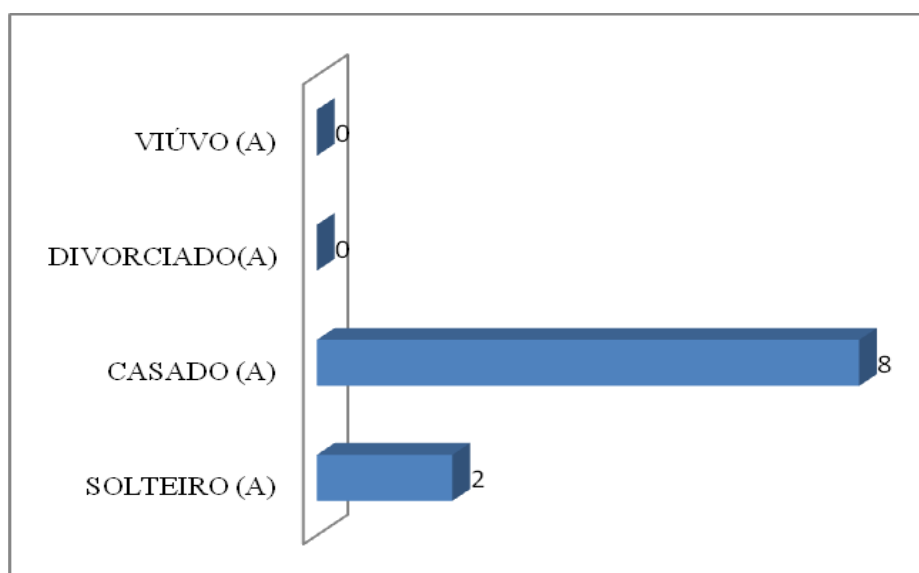
Através da leitura deste gráfico constata-se que 20% dos inquiridos sabe ler e escrever, mas não possui nenhuma qualificação escolar, em igual percentagem concluíram o 5º e 6º anos e também 20% concluíram o ensino secundário, 10% da amostra, possui um curso superior sendo que os restantes 30% concluíram o ensino primário.

Gráfico nº 4 - Profissão do cuidador informal



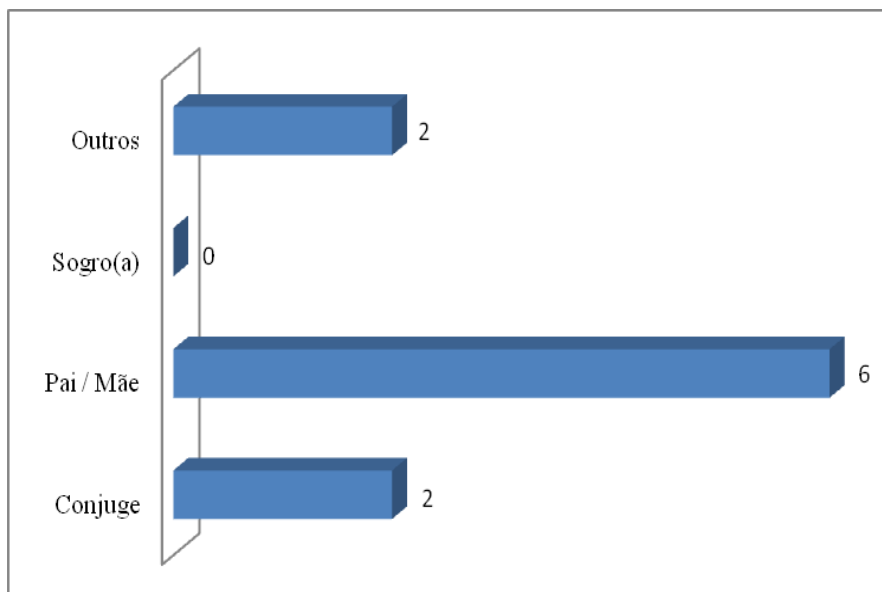
O Gráfico nº 4 dá-nos a informação que a maioria dos cuidadores informais (40%), são domésticas, 30% são reformados, e em igual percentagem de inquiridos, (10%), têm profissões de costureira, professora e prestador de serviços.

Gráfico nº 5 - Estado civil do cuidador informal



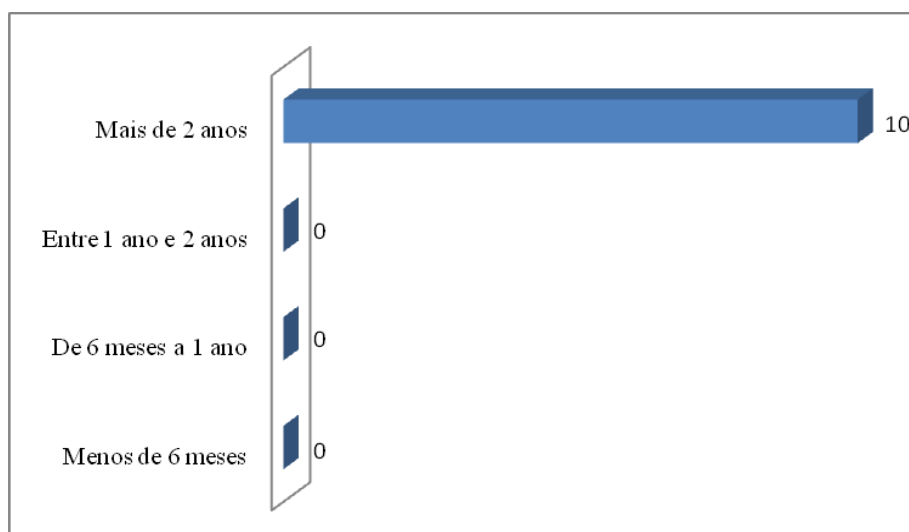
Ao realizar a leitura deste Gráfico verifica-se que a grande maioria dos cuidadores informais(80%) é casado, e 20% são solteiros.

Gráfico nº 6 - Parentesco com o Idoso



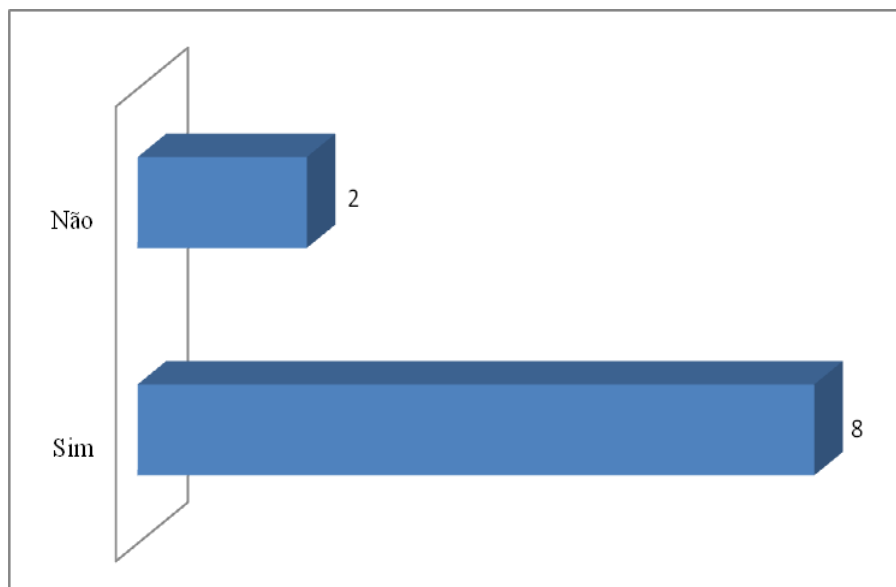
Analisando o gráfico nº 6 verifica-se que a maioria dos cuidadores informais (60%) presta apoio aos pais, 20% trata do próprio cônjuge e 20% presta apoio a outros.

Gráfico nº 7 - Dependência do Idoso



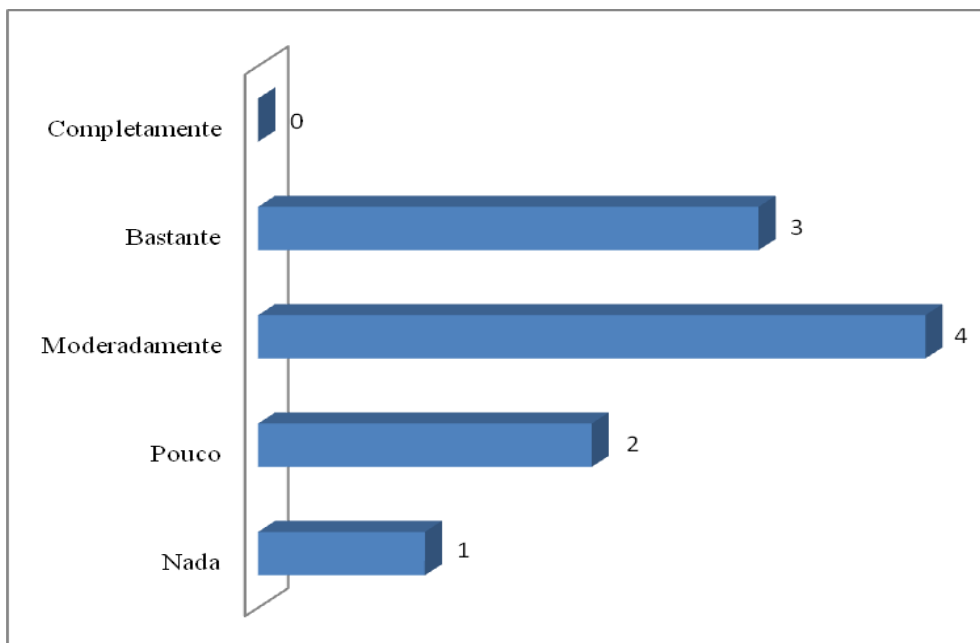
Como se pode confirmar através do Gráfico 7, a totalidade da amostra (100%), são idosos dependentes há mais de 2 anos.

Gráfico nº 8 - Vive na mesma habitação que o idoso



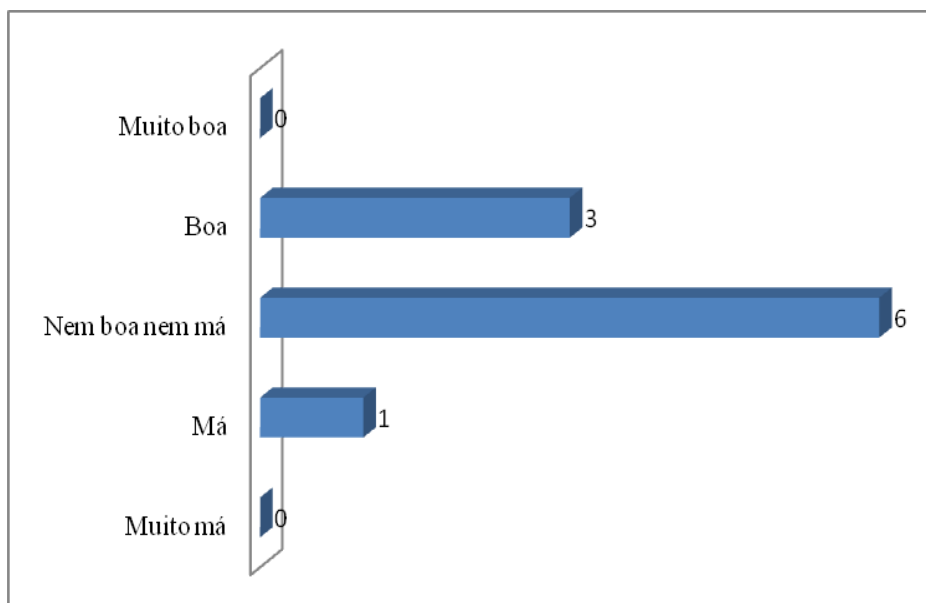
A leitura do Gráfico anterior permite-nos afirmar que a grande maioria dos cuidadores informais (80%), coabitam com o idoso e 20% não partilham a habitação.

Gráfico nº 9 - Recebe apoio das outras pessoas



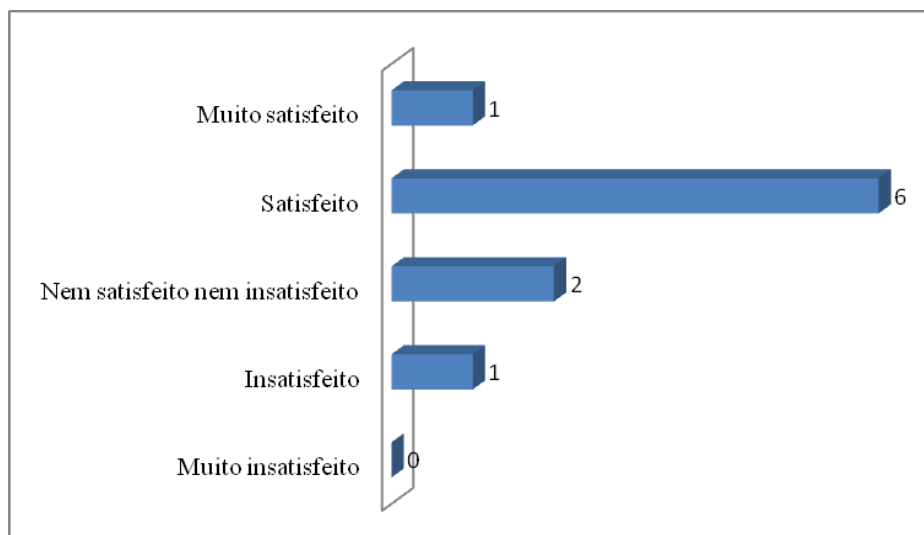
Perante os dados apresentados no gráfico nº 9 conclui-se que 40% dos inquiridos considerara receber “moderadamente” apoio de outras pessoas, 30% “bastante” apoio, 20% “pouco”, e 10% “nada”.

Gráfico nº 10 – Avaliação da Qualidade de Vida



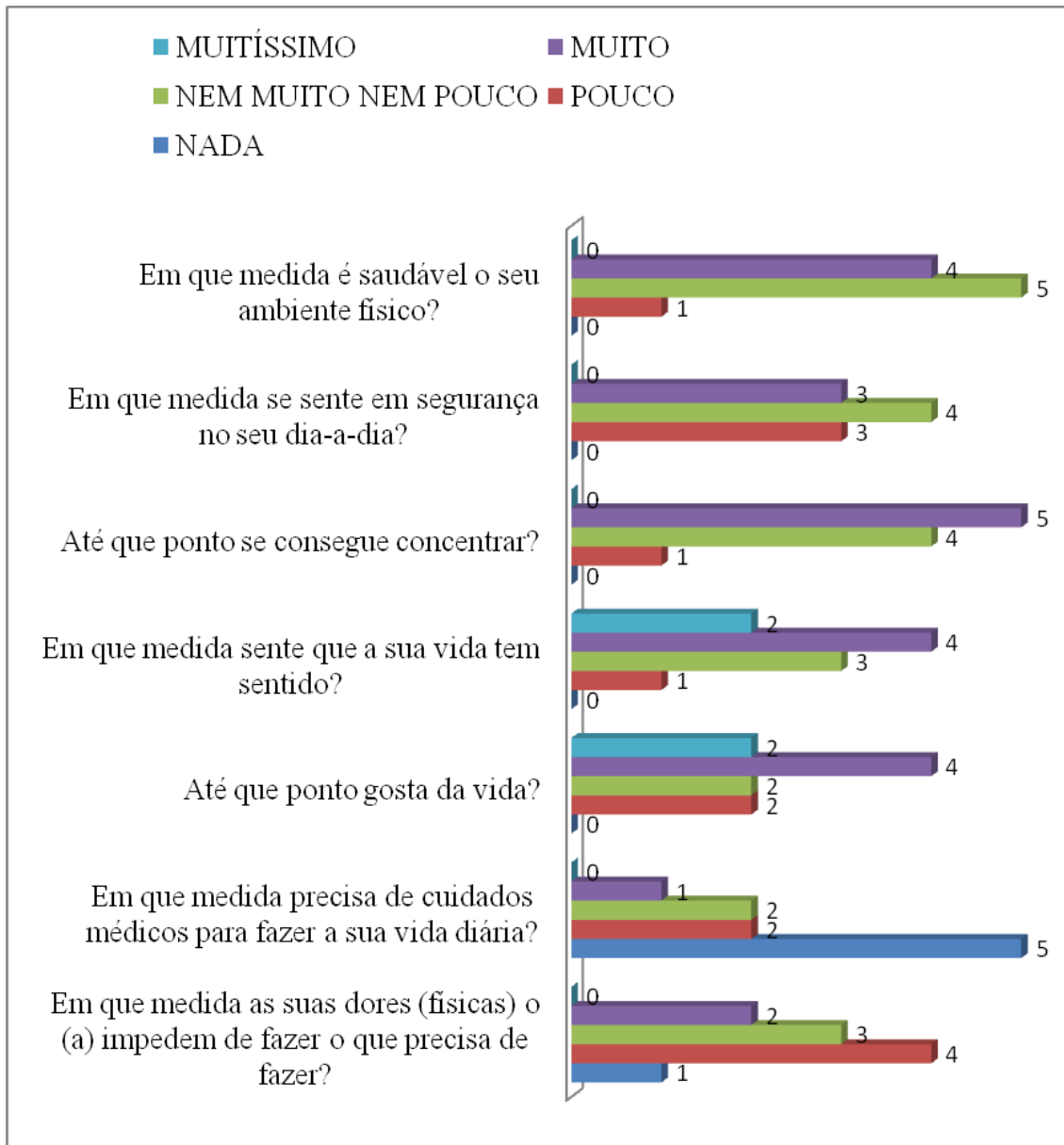
O gráfico anterior mostra que 60% dos inquiridos, considerara a sua qualidade de vida “nem boa nem má”, seguida de 30% que considerara ser “boa” e 10%, “má”.

Gráfico nº 11- Grau de satisfação em relação à saúde



Perante os dados do gráfico nº 11 verifica-se que a grande maioria dos inquiridos, (60%), estão satisfeitos com a sua saúde, 20% “nem satisfeitos nem insatisfeitos”, em igual percentagem (10%) responderam, “ muito satisfeito” e “ insatisfeito”.

Gráfico nº 12 - Avaliação do que a amostra sente nas duas ultimas semanas



Após realizar a interpretação do Gráfico nº12, e analisando as perguntas que o compõem, obtiveram-se os seguintes resultados:

Relativamente ao ambiente físico, 50% dos inquiridos considera-o como “nem muito nem pouco” saudável; 40% “muito” saudável e 10% “pouco” saudável.

Em relação a sentir-se seguro, 40% dos inquiridos respondeu sentir-se “nem muito nem pouco” seguro, enquanto que 30% responderam, em igual percentagem, “muito” e “pouco”seguro.

Ao nível da concentração, 50% da amostra respondeu conseguir concentrar-se “muito”, 40% “nem muito nem pouco” e 10% “pouco”.

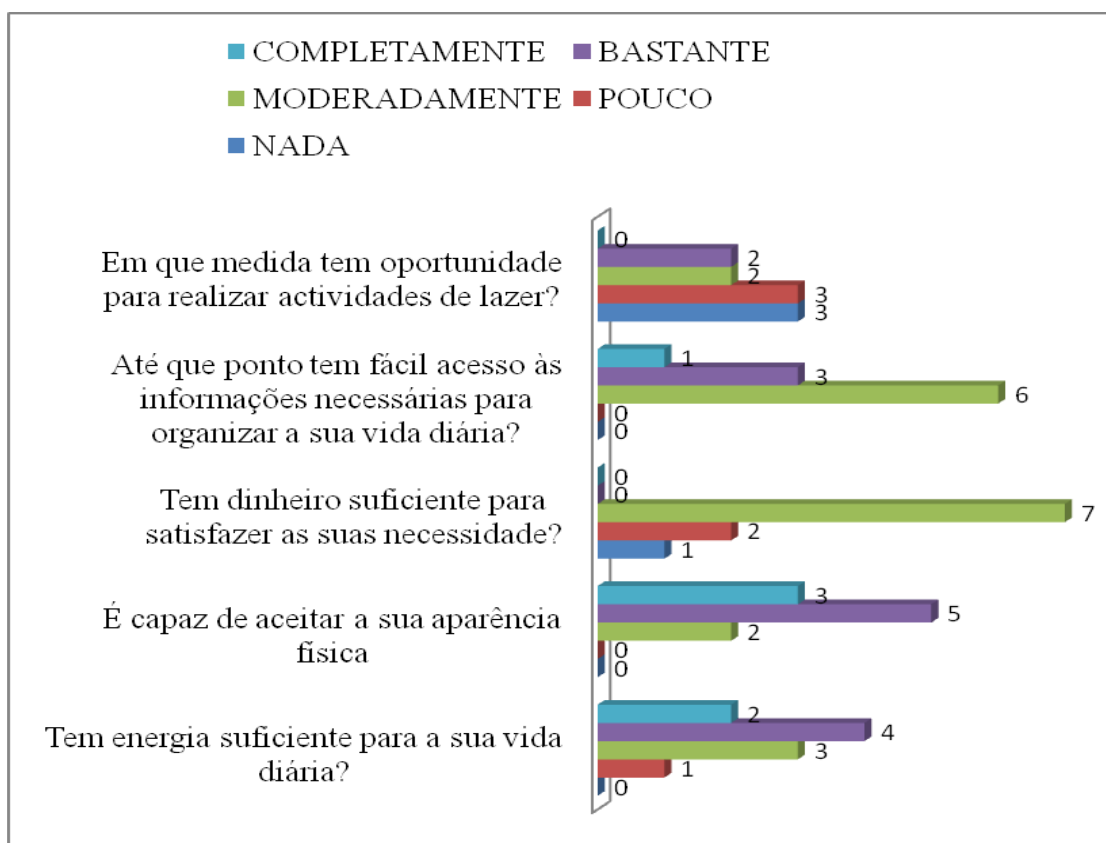
Relativamente ao sentido da sua vida, 40% respondeu “muito”, 30% “nem muito nem pouco” , 20% respondeu “muitíssimo” e 10% “pouco”sentido da sua vida.

Quando questionados acerca de até que ponto gostam da sua vida no momento, 40% dos inquiridos respondeu gostar “muito” e, com a mesma percentagem, (20%) “muitíssimo”, “nem muito nem pouco” e “pouco”.

No que diz respeito à necessidade de cuidados médicos por forma a realizar actividades diárias, 50% respondeu não precisar “nada”, seguindo-se em igual percentagem, (20%) “nem muito nem pouco” e “pouco” e 10% necessita “muito”de cuidados médicos.

Quanto questionados, se as suas dores físicas os impedem de realizar as actividades do dia-a-dia, 40% responderam “pouco”, 30% “nem muito nem pouco”, 20% “muito”, e 10% “ nada”.

Gráfico nº 13 - Experiência das duas últimas semanas



Da análise do gráfico nº 13, sobre a experiência dos inquiridos nas duas últimas semanas, concluímos que quanto as actividades de lazer, 30% dos inquiridos responderam, em igual percentagem, “pouco” e “nada”, 20% responderam “bastante” e 20% “moderadamente”.

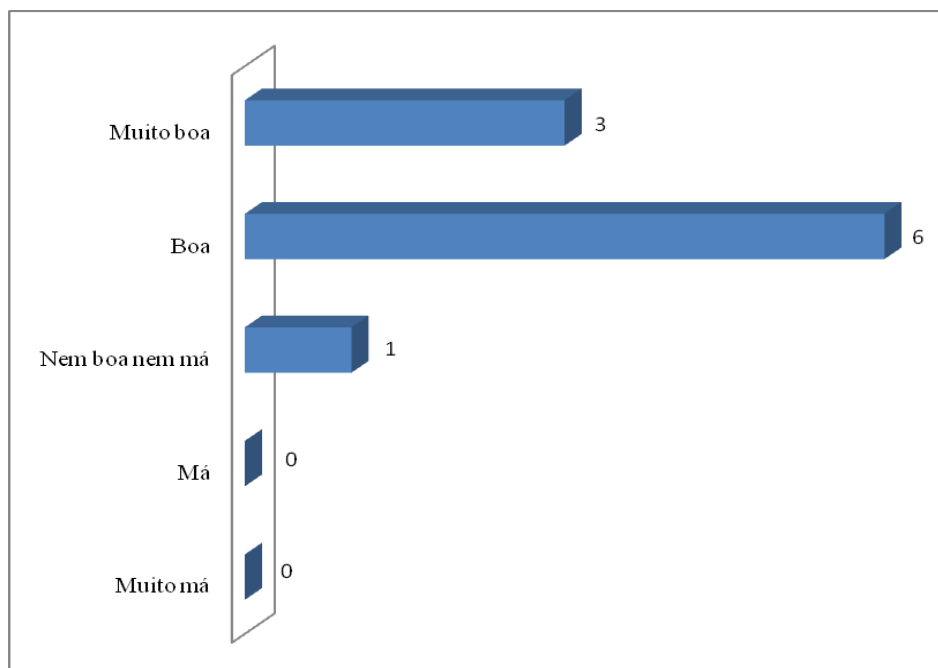
Em relação à facilidade de acesso à informação, 60% da amostra respondeu “moderadamente”, 30% “bastante” e 10% “completamente”.

Em relação às possibilidades económicas para dar resposta às necessidades, 70% dos inquiridos respondeu “moderadamente”, 20% “pouco” e 10% “nada”.

Relativamente à capacidade de aceitar a aparência física, 50% da amostra respondeu “bastante”, 30% “completamente” e 20% “moderadamente”.

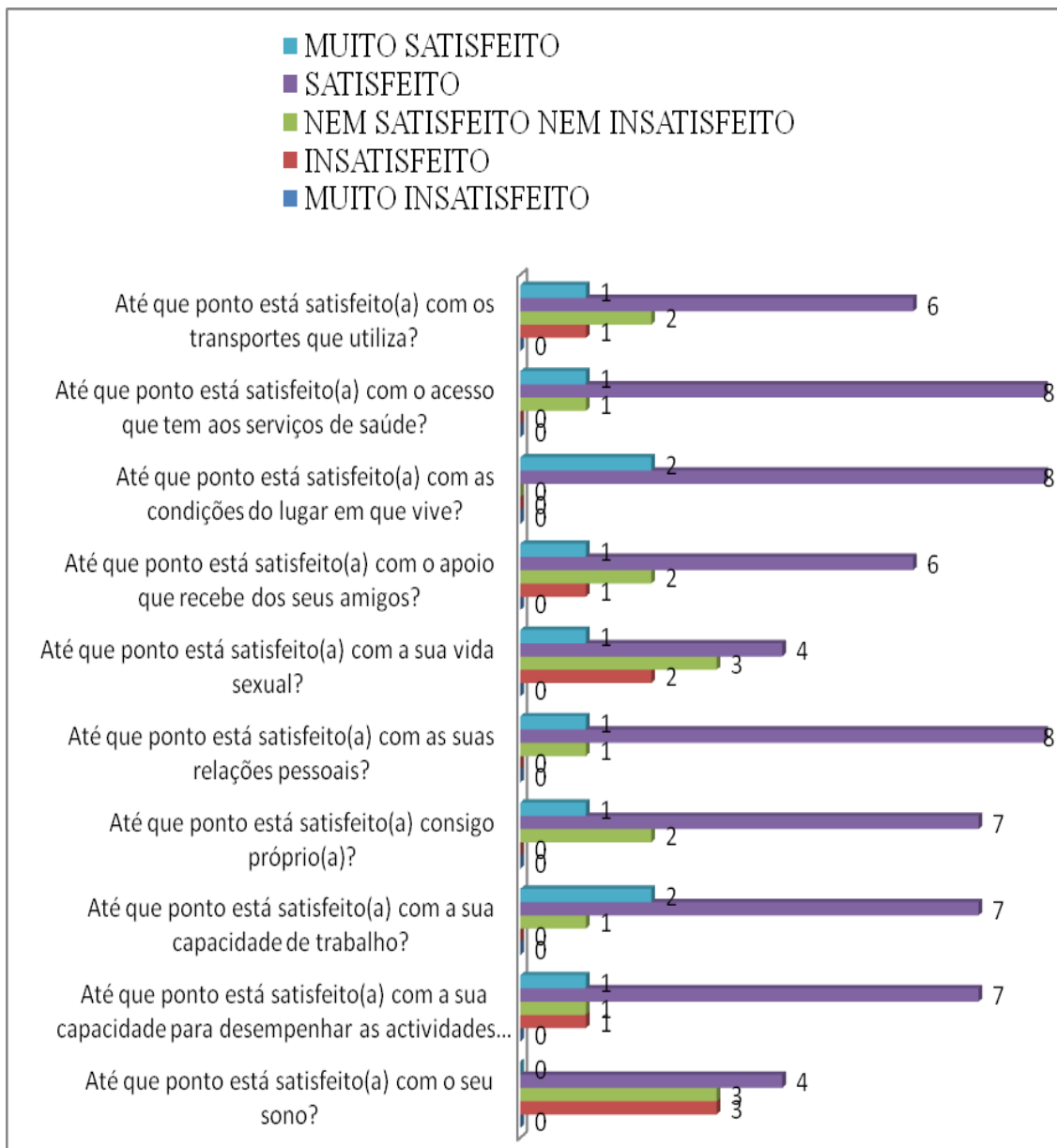
No que diz respeito à energia para responder aos desafios do dia-a-dia, 40% respondeu ter “bastante”, 30% “moderadamente”, 20% “completamente” e 10% “pouco” energia.

Gráfico nº 14 - Avaliação da mobilidade



Através do gráfico nº 14 pode-se verificar que 60% dos inquiridos considerou a sua mobilidade “boa”, 30% “muito boa”, e 10% “, nem boa, nem má.”

Gráfico nº 15 - Satisfação em relação aos aspectos da vida nas duas últimas semanas



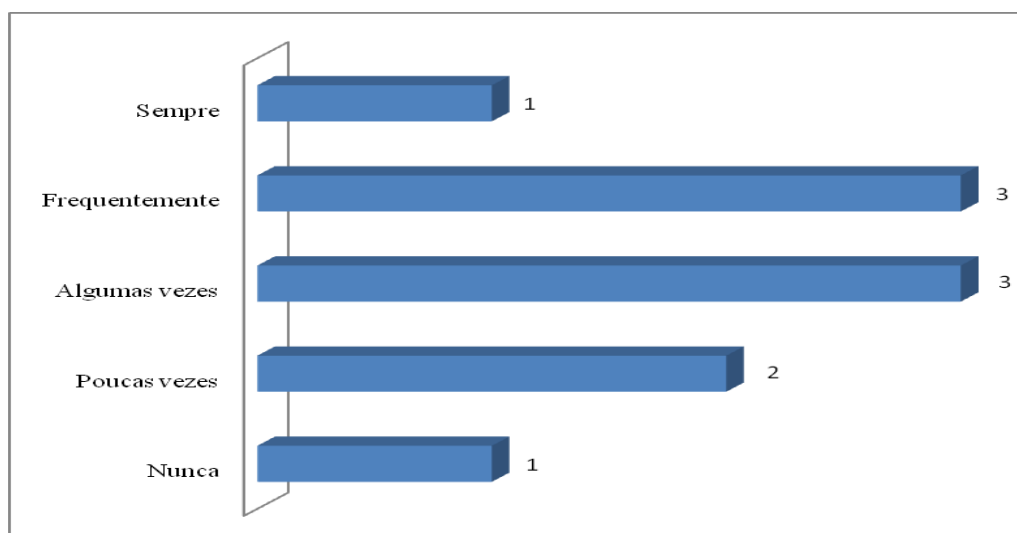
A análise do gráfico nº 15, dá-nos que os cuidadores informais encontram-se, maioritariamente (entre 60 a 80%), “satisfeitos” com os aspectos da sua vida nas últimas semanas, nomeadamente no que diz respeito aos transportes utilizados; aos serviços de saúde; às condições de habitação; ao apoio externo; às relações pessoais; consigo

próprio; com a sua capacidade de trabalho e com a capacidade para desempenhar actividades.

No entanto, relativamente à vida sexual, 40% dos inquiridos encontra-se satisfeito, seguido de 30% que refere nem satisfeito nem insatisfeito; 20% insatisfeito e 10% muito satisfeito.

No que se refere ao sono, 40% da amostra respondeu estar satisfeito e, em igual percentagem, (30%), respondeu nem satisfeito nem insatisfeito e insatisfeito.

Gráfico nº16 - Sentimentos negativos



Verifica-se, pela análise do gráfico nº16, que em igual percentagem(30%) dos inquiridos tiveram sentimentos negativos, algumas vezes e frequentemente, 20% referiram ter poucas vezes, 10% sempre e 10% nunca.

IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Finalizando a análise dos dados recolhidos é necessário discutir os resultados da informação obtida à luz da fundamentação teórica realizada anteriormente, bem como comparar com os resultados de estudos anteriores nesta área.

Esta fase é fundamental para a compreensão de todo o trabalho, sendo que demonstra a síntese dos resultados adquiridos, realçando os aspectos mais pertinentes, que melhor caracterizam e identificam a situação em análise, de forma a dar resposta às questões de investigação e aos objectivos propostos inicialmente.

Em relação à caracterização da amostra em estudo verifica-se que a idade dos cuidadores informais encontra-se em maioria entre os quarenta e os cinquenta anos. Relativamente à distribuição face ao género dos 10 (dez) cuidadores informais inquiridos, a maioria pertence ao sexo feminino (90%). No estudo realizado por Amendola (2008), 83,3% dos cuidadores eram mulheres, o que está consonante com o nosso estudo.

Ao nível da escolaridade verifica-se que a maioria dos cuidadores informais apresentava uma baixa literacia, sendo que 20% sabiam ler e escrever mas não frequentaram a escola; 30% frequentaram a escola entre o 1º- 4º ano, 20 % frequentaram o 5º e 6º ano, e 10% tinham curso superior. Estes dados vêm ao encontro de Mendonça, F. et al. (2000), que refere que a maioria dos cuidadores informais frequentaram 4 anos de escolaridade, apresentando uma baixa literacia, o que pode interferir directa ou indirectamente, no cuidado efectivo e adequado ao idoso dependente, pois necessitam de maior apoio e informação por parte da rede formal.

Relativamente à situação actual de emprego, prevalecem os cuidadores domésticos (40%) e reformados com 30%.

Em relação ao estado civil dos cuidadores informais a grande maioria (80%) são casados

Constatou-se que 60% dos cuidadores informais prestavam cuidados aos próprios pais, Segundo Brito (2002), o cuidado é precisamente prestado, normalmente, por uma filha. Verificou-se ainda que 100% da amostra prestava cuidados há mais de 2 anos. Segundo Korenz (1998) de acordo com um estudo sobre o impacto nos cuidadores dos cuidados prestados ao idoso, o tempo médio exercido nesta actividade foi de 3 anos e 6 meses, o que vem de encontro ao nosso estudo.

Segundo Richer e Ezer (2000), as experiências passadas e o tempo que dura um evento (situação de crise), no ciclo de vida de um indivíduo ou família, são factores determinantes do significado atribuído ao evento e da capacidade para gerir a situação. Destes cuidadores informais, grande parte (80%) vive na mesma habitação que o idoso dependente, motivada pela situação do grau de parentesco. De acordo com Lesemann e Martin, (1993), normalmente os cuidadores habitam na mesma casa que o cuidador, reafirmando que são os filhos que assumem esse papel e raramente os amigos ou vizinhos.

Mendonça et al (2000), realizou um estudo tendo como objectivo identificar os cidadãos que prestam cuidados a idosos dependentes, no concelho de Faro, e refere que 83,1% dos prestadores coabitam com o idoso dependente, o que está consoante com o nosso estudo.

Verifica-se que a maioria da amostra recebe o apoio necessário das outras pessoas, sendo que 30% bastante e 40%, moderadamente.

A grande parte dos cuidadores informais (60%) avalia a sua qualidade de vida com sendo nem boa nem má. Por isso pouco mais de metade (60%) da amostra considera estar satisfeito com a sua saúde. De acordo com Amendola (2008), o facto de os cuidadores serem predominantemente mulheres faz com que estas estejam ainda no papel principal social, o que faz com que desempenhem várias funções ao mesmo tempo, aliando a isto o facto de pouco mais de metade estar satisfeita com a sua saúde. No que diz respeito à avaliação dos sentimentos dos cuidadores nas duas últimas semanas face à sua qualidade de vida pessoal, foram colocadas diversas questões. Quando questionados sobre em **que medida é saudável o seu ambiente físico**, a maioria dos cuidadores informais, (50%) refere “nem muito nem pouco”, 40% refere

“muito” e 10% refere “pouco”. **Quanto à segurança no seu dia-a-dia**, 40% dos inquiridos refere “nem muito nem pouco”, e 30% menciona “muito” e “pouco”. No que se refere à **concentração**, a maior parte (50%) diz conseguir concentrar-se “muito”, comparativamente a 40% e 10% que dizem concentrar-se “nem muito nem pouco” e “pouco”, respectivamente.

Relativamente ao **sentimento de que a sua vida tem sentido**, 40% responde “muito”, 20% “muitíssimo” e 30% “nem muito nem pouco”, e 10% “pouco”. Ainda quanto à **sua vida pessoal**, 40% refere gostar “muito” enquanto 20% gosta igualmente, “muitíssimo”, “nem muito nem pouco” e “pouco”. Quanto à **necessidade de cuidados médicos por parte dos cuidadores para realizar as actividades da sua vida diária eficazmente**, a maioria (50%) diz não precisar “nada”, em igual percentagem (20%) “pouco” e “nem muito nem pouco”, e 10% que refere “muito”. No entanto, quando questionados sobre se as **dores os impedem de realizar as tarefas que necessitam realizar**, 40% responde “pouco”, 30% “nem muito nem pouco”, 20% “muito” e 10% diz não impedir “nada”. Estes resultados vão de encontro à opinião de Karsch (2003), quando realizou um estudo onde demonstrou que as dores corporais seriam um factor limitante na desenvoltura dos cuidados.

Seguidamente foram colocadas aos cuidadores informais questões relacionadas com experiências realizadas nas duas últimas semanas.

Como tal, foram questionados acerca da existência de **oportunidades para realizar actividades de lazer**, questão à qual 30% responderam “pouco” e “nada”, respectivamente, enquanto 20% da amostra refere ter “bastante” e, em igual percentagem, “moderadamente”.

No que diz respeito à **facilidade de acesso a informação necessária para organizar a sua vida diária**, 60% dos cuidadores informais responderam “moderadamente”, 30% “bastante” e 10% “completamente”.

Relativamente à **capacidade monetária suficiente para satisfazer necessidades**, 70% dos inquiridos referiu “moderadamente”, 20% “pouco” e 10% “nada”.

No que se refere à **auto-estima dos cuidadores informais**, a maior parte (50%) responde ser “bastante” capaz de **aceitar a sua aparência física**; 30% respondeu “completamente” e 20% “moderadamente”.

Os cuidadores foram ainda questionados sobre se **possuem energia suficiente para a sua vida diária**, questão à qual 40% respondeu “bastante”, 30% “moderadamente”, 20% “completamente” e 10% “pouco”.

Relativamente à forma como os inquiridos avaliam **a sua mobilidade**, 60% referem ser “boa”, 30% “muito boa” e 10%, “nem boa nem má”.

Os cuidadores informais foram ainda questionados acerca da sua satisfação relativa aos aspectos da vida pessoal nas duas últimas semanas.

Relativamente à satisfação com a **facilidade de acesso aos serviços de saúde, condições do local onde vivem e as suas relações pessoais**, em igual percentagem dos inquiridos, (80%) afirma-se estar “satisfeito”,

Quanto ao apoio **que recebe de amigos**, a maior percentagem, (60%) encontra-se “satisfeito; Em igual percentagem, encontram-se satisfeitos com os **transportes que utilizam**.

Quanto à **vida sexual** dos cuidadores informais, 10% estão “muito satisfeitos”, 40% “satisfeitos”, 30% “nem satisfeitos nem insatisfeitos” e 20% estão “insatisfeitos”. 70% da amostra afirma estar “satisfeito” **consigo próprio** e, de igual percentagem, com a sua **capacidade de trabalho**. Também com a **capacidade para desempenhar as actividades do dia-a-dia**, os cuidadores encontram-se maioritariamente (70%) “satisfeitos”.

Constatou-se ainda que 40% da amostra está “satisfeito” com o seu **sono**, em igual percentagem (30%) “nem satisfeito nem insatisfeito” e “insatisfeito”.

Segundo Silva et al (cit. In Silva 1999), o sono encontra-se associado à restauração e rejuvenescimento do corpo.

Por último, os cuidadores informais foram questionados sobre a **frequência de sentimentos negativos** (tristeza, desespero, ansiedade ou depressão), e verificou-se que 30% sente “algumas vezes” e, igualmente 30%, “frequentemente”. No entanto 20% afirma “poucas vezes” e 10% “sempre”, assim como 10% afirma “nunca” os sentir.

V- CONCLUSÃO

Terminado o projecto de graduação é importante fazer um apanhado de todas as conclusões verificadas ao longo do estudo.

O presente trabalho de investigação pretendeu, através da Unidade de Saúde Familiar Alto da Maia, conhecer a qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes no contexto domiciliário. Assim, propomo-nos reflectir sobre as questões de investigação, os resultados obtidos e os objectivos definidos desde o início, para, a partir daqui, conseguir retirar algumas conclusões.

Tendo em vista os dados obtidos no presente estudo podemos concluir que:

Relativamente à distribuição face ao género dos 10 cuidadores informais inquiridos, a grande maioria pertencem ao género feminino. Apuramos que o grau de parentesco que une o idoso dependente e o cuidador informal predomina os filhos, o que está de acordo com a responsabilidade de cuidar, recaindo habitualmente sobre os familiares mais próximos, onde os laços afectivos entre familiares são mais estreitos.

Quanto ao período de tempo de dependência do idoso, verificou-se que os cuidadores informais prestam cuidados ao idoso dependente há mais de 2 anos. O que pode estar relacionado com o aumento da expectativa de vida da população, resultando num aumento do número de idosos que, muitas vezes, depende da ajuda de outros para realizar as actividades básicas da sua vida diária.

No que respeita aos apoios recebidos para cuidar do idoso dependente, verificou-se que o cuidador informal recebia colaboração por parte dos irmãos / irmãs e da rede de apoio social, o que lhe permite ter melhor qualidade de vida.

Daqui podemos concluir que os cuidadores informais que fizeram parte deste estudo, apresentam uma boa qualidade de vida, apesar da sobrecarga nas suas tarefas diárias e até talvez algum possível desvio relativamente ao que teriam planeado e sonhado para as suas vidas. O que se verifica é que o ser humano se adapta às circunstâncias com as quais é confrontado, principalmente quando sente que não está só, mas tem com quem

partilhar aquela situação, que se tornou inevitável e que até pode contribuir para uma vida mais rica, em termos humanos.

Os profissionais de saúde de cuidados de saúde primários, têm um papel muito importante na manutenção e melhoria da qualidade de vida destes cuidadores de idosos dependentes, ao assumirem um papel activo na educação para a saúde, no sentido de promover comportamentos saudáveis, e detectar precocemente situações de desgaste extremo do cuidador. Têm ainda um papel fundamental na educação para a saúde, na comunidade, tendo como objectivo, retardar o aparecimento de situações de dependência.

É necessário que o profissional de saúde avalie a eficácia das suas intervenções tendo em conta a qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes. Os profissionais de saúde têm uma responsabilidade acrescida sobre a saúde das populações, nomeadamente no apoio às famílias - cuidadoras de idosos dependentes. Ensinar e ajudar as pessoas a viver com as suas dificuldades e limitações, nomeadamente no que se refere à atenção prestada à qualidade de vida, é nossa responsabilidade. Influenciar os processos de mudança inerentes ao maior conhecimento do Ser Humano, é uma das nossas importantes funções.

Necessitámos valorizar a família cuidadora, que muitas vezes trabalha de forma incansável, sendo eles os agentes fundamentais no cuidar do idoso dependente, beneficiando não só o cuidador, mas também o idoso dependente e ao mesmo tempo a sociedade. Assim o conceito de qualidade de vida assumirá um maior destaque na sociedade actual.

Estamos conscientes que atingimos os objectivos inicialmente propostos, tendo em conta os resultados obtidos. Consideramos que os resultados são um importante contributo para o conhecimento da qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário

O presente estudo têm algumas limitações, pois trata-se de um primeiro trabalho de investigação, tendo o investigador noção que a amostra é pouco representativa, não

deixando de ser importante, tendo em conta todo o trajecto realizado, suportado no rigor científico da metodologia de investigação. Sabendo que a nossa amostra não é representativa de uma população, nem os resultados e conclusões podem ser generalizados, este é um primeiro trabalho de suporte de aprendizagem para trabalhos subsequentes na investigação em enfermagem e visa fomentar a vontade pelos processos de investigação.

VI- BIBLIOGRAFIA

- Amaral, M. F. & Vicente, M. O. (2000) – Grau de dependência de idosos Inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco. Revista Portuguesa de Saúde Publica;
- Amendola, F. et al (2008) – Dissertação, Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família; Texto Contexto Enferm, Florianópolis.
- Augusto, B. M. (2002) – Cuidados Continuados: Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidar: Coimbra, Formasau.
- Berger, L. e Poinier, D. (1995). Pessoas idosas – Uma abordagem global. Lisboa, Lusodidacta.
- Brito, L. (2002). A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos. Coimbra: Quarteto.
- Carvalho, J. (2002) – Metodologia do trabalho científico. Lisboa, Escola editora.
- Costa, A. C. & Silva, M. E. D. (2000) – Estudo exploratório sobre o bem-estar psicológico de familiares cuidadores e idosos com doenças crónicas. Geriatria.
- Eliopoulos, C. (2005) – Enfermagem gerontológica. 5ª Edição. Brasil, Editora Artmed.
- Ferreira, P. L. (1994) – Um novo paradigma para a Saúde. In: Livro de Obstetrícia.
- Fortin, M. F. (2009) – Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Lusididatica.
- Fortin, M. F. (2003) – O Processo de Investigação: da concepção à realização. 3ª Edição, Loures, Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fortin, M. (1999) – O processo de Investigação: Da concepção à realização, Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fontaine, R. (2000) – Psicologia do Envelhecimento. 1ª Edição, Lisboa, Climepsi.

- Hulley, S. B. et all. (2008) – Delineando a Pesquisa Alegre. Artmed Editora.
- Imaginário, C. (2004) – O idoso dependente: Em contexto familiar. Coimbra, Formasau.
- José, S. J. & Wall, K. (2002). – Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções. Comunicação apresentada no V Congresso Português de Sociologia, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Karsch, U.M. (2003) – Opinião, Idosos Dependentes: Famílias e cuidadores; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- Korenz, A.K (1998) – Analisando o impacto nos cuidadores dos cuidados prestados ao paciente idoso. <http://www.ee.usp.br/graduação/monografis/1998/471517.html>.
- Lage, M. I. (2005). Cuidados Familiares a Idosos, In C. Paúl e A. M. Fonseca (coord.), Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados (pp. 203-229). Lisboa: Climepsi.
- Lesemann, F.; Martin, C. (1993). Les personnes âgées. Dépendance, soins et solidarités familiales: comparaisons internationales. Paris: La Documentation Française.
- Martin, I. (2005) – O Cuidador Informar no Âmbito Social. In C. Paul & A. M. Fonseca (Eds) Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marques, S.C.L. (2007) – Os cuidadores informais de doentes com AVC. Coimbra: Forsmasau.
- Mendonça, F. et al. (2000). Avaliação das necessidades dos prestadores informais de cuidados de saúde. *Revista Geriatria*, 13 (127), 33 – 49.
- Moniz, N. M. J. (2003) – A enfermagem e a pessoa idosa: A prática de cuidados com a experiência formativa. Mafra, Editora Lusociência.
- Pais-Ribeiro, JL., & Gru.Po QDV. (1997). A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas. In JL Pais-Ribeiro & SPPS (Edts). Actas do 2º Congresso nacional de Psicologia da saúde. (pp.253-282). Lisboa: ISPA

- Polit, D. et al (2004) – Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem – Métodos, Avaliação, Utilização. Brasil, Artmed Editora.
- Paúl, M. C. (1997) – Lá para o fim da vida: Idosos, Família e Meio Ambiente. Coimbra, Livraria Almeida.
- Quivy, R. Campenhoudt, L. V. (1998) – Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa, Editora Gradiva.
- Quivy, R. Campenhoudt, L. V. (2008) – Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa, Editora Gradiva.
- Ribeiro, José. L. (2007) – Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. Porto. Livpsic.
- Richer, M-C.; Ezer, H. (2000). Understanding beliefs and meanings in the experience of cancer: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1108-1115.
- Rodrigues, R. A. P, (2000) – Como cuidar dos idosos. 2ª Edição, Brasil, Editora Papyrus.
- Sequeira, C. (2009) – Cuidar de Idosos Dependentes: Diagnosticos de Intervenções, Primeira Edição, Quarteto Editora.
- Silva, I (1999) – Trabalhos por turnos: efeitos nos estados de humor, ritmicidade biológica e sócia. Braga: Universidade do Minho.
- Sousa, L., Figueiredo, D. e Cerqueira. (2004). Envelhecer em Família: Os cuidados familiares na velhice. Porto, Ambar.
- Teixeira, R. (2004) – A qualidade de vida do idoso e as influências que têm sobre ela a domiciliação e as construções do idoso sobre os problemas com a família. Porto: Universidade Fernando Pessoa (Dissertação de Mestrado).
- Watson, J. (2002) – Enfermagem: Ciências Humanas e Cuidar. Uma Teoria de enfermagem, Loures: Lusociencia.
- Withlatch, C. J. & Noelken, L. (1996) – Caregiving an Care. In J. Birrem (Ed), *Encyclopedia of Gerontology, age, aging and the aged*. San Diego: Academia Press.

- World Health Organization. Quality of life assessment: an annotated bibliography. Geneva: World Health Organization; 1994.
- Zimmerman, G.I. (2000) – Velhice: Aspectos biopsicossociais. Porto Alegre, Artued.

VII- ANEXO

ANEXO I – Cronograma;

ANEXO II – Autorização para colheita de dados na USF Alto da Maia;

ANEXO III – Autorização para utilização da escala da qualidade de vida;

ANEXO IV – Consentimento informado do cuidador informal;

ANEXO V – Questionário.