



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Educação e Ciências Sociais
Escola Superior de Saúde



Curso de Segundo Ciclo de Estudos – Mestrado em Gerontologia
Área de Especialização de Gerontologia e Saúde

**Idosos que cuidam de idosos: A espiritualidade e a satisfação
com a vida aliada aos cuidados informais a idosos**

Orientador: Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro
João Paulo Caldeira Silva

Portalegre
Novembro 2018

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Educação e Ciências Sociais
Escola Superior de Saúde

Curso de Segundo Ciclo de Estudos – Mestrado em Gerontologia
Área de Especialização de Gerontologia e Saúde

**Idosos que cuidam de idosos: A espiritualidade e a satisfação
com a vida aliada aos cuidados informais a idosos**

Orientador: Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro
João Paulo Caldeira Silva

Portalegre
Novembro 2018

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer profundamente aos cuidadores que prontamente se disponibilizaram a participar neste estudo de investigação, sem eles, este projeto de investigação não teria avançado.

Quero também agradecer ao Professor Doutor Raúl Cordeiro, pela sua orientação, disponibilidade, inteligência e a paciência que teve ao longo do decorrer de todo o processo.

Agradeço aos meu pais do fundo do meu coração, todo o apoio e amor incondicional transmitidos ao longos destes 2 anos, estando sempre nos momentos bons e menos bons, aturando os meus altos e baixos, sempre com uma palavra de alento, muito obrigado, amo-vos.

Agradeço a minha tia Dulce Costa por me apoiar a 100% desde o inicio desta nova etapa da minha vida, e por ter cumprido a sua promessa até ao fim.

Agradeço à APARSIN e às suas colaboradoras, e à Santa casa da Misericórdia de Campo Maior e à sua colaboradora, toda a ajuda e disponibilidade que deram pois sem elas, este processo seeria muito mais moroso

RESUMO

Num país cada vez mais envelhecido, torna-se importante explorar novas abordagens, em especial, a realização de estudos na área da gerontologia, nomeadamente nos cuidados informais prestados por idosos a pessoas idosas dependentes.

As áreas escolhidas para a realização desta investigação, passam pela Espiritualidade e pela Satisfação com a Vida, nomeadamente sobre a sua importância nos cuidados informais.

Para a realização deste estudo foi concretizado um estudo exploratório e correlacional em que foram aplicados 18 inquéritos a 18 cuidadores idosos no concelho de Elvas e de Campo Maior.

Como objetivo principal deste estudo pretende-se compreender de que forma a Espiritualidade e a Satisfação com a vida influenciam nos cuidados informais prestados pelo cuidador idoso a idosos dependentes.

Foram igualmente elencados os seguintes objetivos específicos:

- Compreender a dimensão da espiritualidade nos cuidados informais;
- Identificar as necessidades de suporte formal ou informal dos cuidadores;
- Identificar a correlação entre a Espiritualidade e a Satisfação com a vida de cuidadores informais idosos de pessoas idosas;

Foi possível fazer o levantamento das necessidades de suporte formal, nos serviços de saúde e serviço social, e das necessidades de suporte informal.

No que concerne às correlações significativas, foram identificadas duas, uma correlação estatisticamente positiva entre a Espiritualidade/Crenças e Género e uma correlação positiva entre a Satisfação com a Vida e Estado Civil.

Palavras-chave: Envelhecimento, Espiritualidade, Satisfação pessoal, cuidadores informais, Idosos

Resumen

En un país cada vez más envejecido, se hace imprescindible explorar nuevos enfoques, en especial en la área de la gerontología, específicamente, en los cuidados informales prestados por personas mayores a ancianos dependientes. Num país cada vez mais envelhecido, torna-se importante explorar novas abordagens, em especial,

Las áreas elegidas para la realización de esta investigación, se refieren a la espiritualidad y a la satisfacción con la vida, concretamente sobre su importancia en los cuidados informales.

Con respecto al tipo de estudio de esta investigación, el mismo, es de carácter exploratorio y correlativo.

Para la realización de este estudio fueron aplicados 18 cuestionarios a 18 cuidadores de la tercera edad en el municipio de Elvas y de Campo Maior.

El objetivo principal de este estudio consiste en comprender de qué manera la espiritualidad y la satisfacción con la vida influyen los cuidados informales prestados por un cuidador de tercera edad a ancianos dependientes.

Fueron igualmente enumerados los siguientes objetivos específicos:

- Comprender la trascendencia de la espiritualidad en los cuidados informales;
- Identificar las necesidades de apoyo formal e informal de los cuidadores;
- En relación a las correlaciones fueron identificadas dos, una correlación estadísticamente positiva entre la espiritualidad/creencias y el género y una correlación positiva entre la satisfacción con la vida y el estado civil.

Palabras clave: Envejecimiento, Espiritualidad, Satisfacción personal, cuidadores informales, Ancianos.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	10
PARTE I	12
CAPÍTULO 1	13
1- Envelhecimento.....	13
1.1- Envelhecimento em Portugal	17
1.2- Envelhecimento no Alentejo.....	18
1.3- Envelhecimento em Elvas.....	19
2- Cuidados informais a idosos.....	21
2.1- Limitações do cuidador Informal Idoso.....	24
CAPITULO 2	25
1. Espiritualidade.....	25
2. A espiritualidade nos idosos.....	27
3. A espiritualidade e a satisfação com a vida em idosos.....	28
4. - Benefícios da Satisfação com a vida.....	29
PARTE II	30
CAPITULO 1	31
1- Metodologia.....	31
1.1- Objetivos.....	31
1.2- Tipo de estudo.....	31
1.3- População-alvo.....	32
1.4- Variáveis.....	33
1.5- Medidas.....	33
1.5.1- Escala de avaliação da Espiritualidade.....	34
1.5.2- Escala de satisfação com a Vida	35
1.6 - Dados demográficos.....	36
1 - Apresentação de resultados.....	37
2.1- Correlação entre variáveis.....	51
2 Discussão dos resultados.....	60
3 Conclusão.....	67
Referências Bibliográficas	69
Anexos.....	73

Índice de Tabelas

TABELA 1 – Representação da amostra quanto ao Género dos cuidadores.....	37
TABELA 2 – Representação da amostra segundo a Idade dos cuidadores.....	37
TABELA 3 – Representação da amostra segundo a média de Idade dos cuidadores.....	38
TABELA 4 - Representação da amostra quanto ao nível de Escolaridade.....	38
TABELA 5 – Representação da amostra quando ao “Parentesco com a pessoa cuidada”.....	39
TABELA 6 – Representação da amostra quanto à pergunta “ Vive com o idoso/a”.....	39
TABELA 7 – Representação da amostra em anos quanto à pergunta “Tempo de cuidador”.....	39
TABELA 8 – Representação da amostra quanto à pergunta “Nº de horas de cuidado diárias (em média)”.....	40
TABELA 9 – Representação da amostra quanto à pergunta “Tem alguma Religião?”.....	40
TABELA 10 – Representação da amostra quanto à pergunta “ É Praticante?”.....	40
TABELA 11 – Representação da amostra quanto à pergunta “Qual a religião que pratica?”.....	41
TABELA 12 – Representação da amostra quanto à pergunta “Qual a sua Situação Laboral?”.....	41
TABELA 13 - Representação da amostra quanto à pergunta “ Qual a sua Profissão anterior à reforma?”.....	42
TABELA 14 – Representação da amostra quanto ao Género da pessoa cuidada.....	42
TABELA 15 – Representação da amostra quanto à Idade do idoso dependente.....	43
TABELA 16 – Representação da amostra quanto à pergunta “Doenças principais atuais”.....	44
TABELA 17 – Representação da amostra quanto à pergunta “Dependência no Autocuidado?”.....	44
TABELA 18 – Representação da amostra quanto à pergunta “Grau de dependência segundo o Índice de Katz”.....	45
TABELA 19 – Representação da amostra quanto à pergunta “Se a resposta foi sim, qual a tarefa em que é mais dependente?”.....	46
TABELA 20 – Representação da amostra quanto à pergunta “Considera que necessita de apoios formais?”.....	47

TABELA 21 – Representação da amostra quanto à pergunta “Se a resposta foi sim, ao nível dos serviços sociais que apoios necessita?”	47
TABELA 22 – Representação da amostra quanto à pergunta “Nos serviços de saúde que apoios necessita?”	48
TABELA 23 – Representação da amostra quanto à pergunta “Considera que necessita de apoios Informais?”	48
TABELA 24 – Representação da amostra quanto à pergunta “Se a resposta à questão anterior foi sim, que apoios informais necessita?”	48
TABELA 25 – Representação da amostra quanto à pergunta “ Com que frequência necessita de Apoios Formais?”	49
TABELA 26 – Representação da amostra quanto à pergunta “Com que frequência necessita de Apoios Informais?”	49
TABELA 27 – Representação da amostra quanto à satisfação com a vida dos cuidadores.....	50
TABELA 28 – Representação da amostra quanto à Espiritualidade dos cuidadores.....	50

Índice de Quadros

QUADRO 1 - Correlação entre Espiritualidade-Crenças e Género.....	51
QUADRO 2 – Média e desvio padrão – Espiritualidade-Crenças / Género.....	52
QUADRO 3 – Correlação entre Idade e Espiritualidade.....	52
QUADRO 4 – Correlação entre Espiritualidade/Esperança e Otimismo e Estado Civil.....	53
QUADRO5 – Média e Desvio Padrão da Espiritualidade Dimensão Esperança/Otimismo em relação ao Estado Civil.....	54
QUADRO 6 – Correlação entre Espiritualidade e Escolaridade.....	55
QUADRO 7 – Correlação entre Espiritualidade e Praticante.....	56
QUADRO 8 – Correlação entre Espiritualidade e grau de dependência segundo o Índice de Katz.....	57
QUADRO 9 – Média e Desvio Padrão do Grau de Dependência segundo o Índice de Katz	58
QUADRO 10 – Média e Desvio Padrão quanto ao Género.....	59
QUADRO 11 – Média e Desvio Padrão de ser Praticante.....	59

Índice de Anexos

Anexo 1 – Parecer favorável da CEIPP.

Anexo 2 – Declaração de consentimento informado.

Anexo 3 – Questionário do estudo.

Anexo 4 – Autorização dos autores para utilização das Escalas no estudo de investigação.

INTRODUÇÃO

Numa sociedade cada vez mais envelhecida e com idosos a precisar de cuidados geriátricos torna-se importante realçar a importância dos cuidadores informais (familiares, amigos e/ou vizinhos) na vida da pessoa dependente.

Num período em que cada vez mais a espiritualidade tem ganho alguma importância tanto na área da saúde como noutras áreas, têm-se realizado estudos sobre esta temática ao redor do mundo. Países como os EUA, Espanha e Brasil têm feito estudos exaustivos.

No estudo de **Santos** e Sousa (2012), participaram 250 idosos, com o objetivo de compreender qual o efeito da espiritualidade no internamento e na alta médica, a investigação revelou que os idosos que vivem em casal são os que têm uma maior tendência a aumentar a espiritualidade durante o internamento.

No estudo de Guerrero et al.(2011), participaram 14 doentes oncológicos com o objetivo de compreender a relação entre a espiritualidade e o cancro na perspectiva de pacientes oncológicos, foi possível chegar à conclusão de que o paciente oncológico procura na espiritualidade uma maneira de minimizar o sofrimento e de obter uma maior esperança de cura no tratamento.

Lucchetti (2011) numa revisão de literatura concluiu que a espiritualidade está intimamente ligada com o envelhecimento, nos mais diversos aspetos.

De acordo com Fortunato e Simões (2010) quanto maior for a percepção da qualidade de vida, mais esperança e optimismo, maior será o domínio da capacidade física, mental e funcional.

Os breves estudos apresentados revelam a importância da espiritualidade e da satisfação com a vida, nos idosos sejam eles cuidadores ou não cuidadores, a esperança, é uma das estratégias de coping capazes de amenizar as dificuldades que surgem na vida do idoso.

Desde o início do Séc. XIX até ao atual Séc. XXI que a espiritualidade se pode definir de uma maneira multidimensional, ou seja, esta temática envolve um conjunto de pensamentos e filosofias que se interrelacionam maioria dos autores que estudam esta temática sempre tentaram dar uma definição única, no entanto,

De acordo com a OMS (*Organização Mundial de Saúde*),(1988),a espiritualidade foi adicionada como sendo um conceito multidimensional de saúde que vai para além das questões da satisfação com a vida e o seu significado, bem como, não se restringe apenas aos tipos de crenças e práticas religiosas.

Para Teixeira (2005) a espiritualidade pode definir-se como algo que não é tocável, algo que acontece além da esfera do plano físico que toca em profundidade a vida e experiência do ser humano, que busca incansavelmente captar a presença onnipresente.

De acordo com Vaillant, (2010), a espiritualidade é vista como um conjunto de emoções positivas que ligam o ser humano entre si e à experiência com o divino, baseada num suporte psicobiológico, ou seja, é uma realidade íntima com as emoções positivas que deve ser ainda mais estudada.

De acordo com Pereira, (2012), a satisfação com a vida permite avaliar a satisfação da pessoa idosa através das suas vivências e experiências ao longo do seu ciclo de vida.

A importância dos conceitos de Espiritualidade e de Satisfação com a vida para os cuidadores informais idosos, prende-se nas estratégias que são criadas pelos cuidadores informais para fazer face ao cansaço físico, emocional e espiritual.

Como objetivo principal deste estudo pretende-se compreender de que forma a Espiritualidade e a Satisfação com a vida influenciam nos cuidados informais prestados pelo cuidador idoso a idosos dependentes.

Foram também elencados os seguintes objetivos específicos:

- Compreender a dimensão da espiritualidade nos cuidados informais;
- Identificar as necessidades de suporte formal ou informal dos cuidadores;
- Identificar a correlação entre a Espiritualidade e a Satisfação com a vida de cuidadores informais idosos de pessoas idosas;

Na primeira parte, primeiro capítulo são apresentados os processos de envelhecimento, o envelhecimento em Portugal, envelhecimento no Alentejo, Envelhecimento em Elvas e os cuidados informais a idosos.

No segundo capítulo, são apresentados as definições de Espiritualidade, a espiritualidade nos idosos e a espiritualidade e a satisfação com a vida em idosos.

Na segunda parte, capítulo um, são apresentadas as metodologias, os objetivos, o tipo de estudo, a população-alvo, as medidas, as variáveis, as escalas e os dados demográficos, são apresentados os resultados do estudo, a discussão dos resultados e a conclusão.

PARTE I

CAPÍTULO 1

1. Processo de Envelhecimento

O envelhecimento é um dos temas mais debatidos no mundo no século XXI, sendo evidente que a constante melhoria das condições de vida e o aumento da esperança média de vida nas sociedades atuais têm contribuído para uma mudança na estrutura da faixa etária da população Portuguesa.

De acordo com a OMS, o envelhecimento, representa as alterações biológicas universais que ocorrem com a idade e que não são afetadas pela doença e pelas influências ambientais. (WHO, 2001).

Mendes et al. (2005) refere que envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada.

Para Ávila, Guerra e Meneses (2007, p.357) o

“envelhecimento é um fenômeno do processo da vida, assim como a infância, a adolescência e a maturidade, e é marcado por mudanças biopsicossociais específicas, associadas à passagem do tempo. No entanto, este fenômeno varia de indivíduo para indivíduo, podendo ser determinado geneticamente ou ser influenciado pelo estilo de vida, pelas características do meio ambiente e pela situação nutricional de cada um”.

A definição de envelhecimento, para estes autores, está ligada às mudanças físicas, psicológicas e sociais.

De salientar que cada indivíduo é um ser único. Logo, o processo de envelhecimento ocorre de diferentes maneiras.

No que respeita às mudanças físicas, estas ocorrem de uma maneira natural, através do envelhecimento biológico ou senescência. Existem inúmeras teorias que explicam este processo, tais como as teorias sistémicas, genéticas, estocásticas entre muitas outras.

Também podemos chamar a esta evolução como envelhecimento físico, quer isto dizer que, com o passar dos anos o corpo físico da pessoa idosa sofre alterações, as atividades diárias de vida começam por ficar cada vez mais pesadas e as capacidades motoras declinam.

Para Soares e Sacchelli (2008, p.98),

“Com o envelhecimento, o organismo passa por várias transformações fisiológicas, entre elas, está à diminuição da capacidade dos sistemas em receber informações necessárias, que ocorre devido algumas modificações, como o declínio na percepção tátil, diminuição da acuidade visual, contração muscular ineficaz e a demora no processamento e na condução nervosa, as quais resultam em respostas inadequadas do sistema nervoso central”.

A menopausa e a andropausa também são indicadores significativos do processo de envelhecimento, bem como a alteração geral do aspeto físico.

Estas alterações físicas estão associadas a transformações intelectuais que podem ser motivadas pelas experiências e histórias de vida e pelo contexto social em que cada um está inserido (isolamento, baixa escolaridade/formação).

O envelhecimento além de físico, também se dá a nível mental. A perda de familiares, amigos, as perdas de memória que vão surgindo com a idade, a alteração no estilo de vida, acabam por levar ao desgaste do idoso, levando assim a estadios depressivos que em casos mais graves pode levar ao suicídio.

Estes estadios depressivos estão relacionados muitas vezes com as expectativas do idoso relativamente à sua vida na fase da velhice. Outro dos motivos é precisamente a falta de adaptação à nova vida que se vai criando com o processo de envelhecimento.

Para os idosos, a falta de valorização, isto é, a desconsideração na tomada de decisão, é dolorosa pois sentem que para os filhos, netos, já não tem um papel tão ativo.

À medida que envelhecemos, deparamo-nos com o surgimento de doenças crônicas deteriorando a saúde, a viuvez, morte de amigos e parentes próximos e essas são perdas que marcam nossas vidas.

Para Gatto (2008, p.2)“A aposentadoria, trás o declínio do padrão de vida, assim o idoso passa por privações e sem qualquer preparo emocional, sendo acometido de diversas doenças e fortes depressões, consequências da não elaboração de um fechamento de ciclo importante”.

Em resumo o que a autora pretende transmitir é que sem uma preparação prévia para a chegada da reforma, o idoso passa por diversas alterações na sua vida quotidiana que levam ao aumento de doenças do foro psicológico, logo é necessário que da parte da entidade patronal exista uma colaboração ativa de modo a que a transição para a reforma seja suave e menos impactante.

No que respeita ao envelhecimento social, com a chegada da reforma na velhice na sociedade espera-se um conjunto de ações que visam a mudança de comportamentos e status quo que acabam muitas vezes por afetar a qualidade de vida do idoso, isto é, pode levar ao isolamento social e conseqüentemente à solidão.

Para Pacheco,(2005), a reforma é vista como um ritual iniciático para a próxima fase da vida enquanto idoso.

A velhice evidencia-se com a chegada à idade da reforma com ausência de ocupação/rotinas ou quando verificamos que há perda de capacidades (Ex: dificuldade na realização de atividades da vida diária e na mobilidade física).

O envelhecimento social segundo Fachine e Trompieri (2007), modifica o status do idoso e a sua forma de se relacionar com as pessoas. Essas modificações ocorrem em função a uma crise de identidade que reflete na perda da autoestima, ocasionada pela ausência de papel social, resultando em mudanças que necessitam de adequações referentes ao aumento do seu tempo de vida. Mudanças essas que ocorrem no trabalho, na família e na sociedade.

Em pleno séc XXI os desafios ao nível da idade da reforma têm sido uma constante preocupação para a Segurança Social e para o Estado devido ao maior número de pessoas a entrar na idade da reforma (através da pré-reforma) e menor número de contribuintes (pessoas no ativo). Como tal, é necessário unir esforços/estratégias para suportar a sustentabilidade do sistema de pensões.

É neste plano que a reforma e a velhice se tornamdivergentem e começam as descoincidências. Ora vejamos, ao ser admitida a pré-reforma cria-se mais dependência e mais situações de exclusão social, surge um novo conceito chamado Marginalização Social que se pode entender da seguinte maneira, num passado recente o trabalhador fazia o seu trabalho e os seus descontos(*um dos princípiosalienáveis dos direitos do trabalhador aliado à sobrevivência do Estado-Providência*) até á idade limite e adquirida experiência, o mesmo recebia a sua bonificação através da reforma.

Num passado recente, com a antecipação da idade da reforma e com um número elevado de desemprego verifica-se um crescente envelhecimento precoce na população em geral.

Por conseguinte a velhice destaca-se com um novo conceito associado às incapacidades físicas, psíquicas e materiais que surgem com idades mais avançadas, logo mais gastos e recursos humanos utilizados.

Perante os desafios que se colocam com a temática do envelhecimento e com o aumento da idade, surge um novo conceito, o conceito de envelhecimento ativo.

No que concerne à definição de envelhecimento ativo, organizações tais como a OCDE (*Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico*), OMS e a CE (*Comissão Europeia*), têm compreensões distintas, no entanto complementares, ora vejamos, para a OCDE o envelhecimento ativo diz respeito à “capacidade de as pessoas que avançam em idade levarem uma vida produtiva na sociedade e na economia” (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo, Marques, 2014p13.). Esta definição acaba por querer dizer que à medida que a pessoa estiver perto da finalização do seu período de trabalho ativo, deve procurar atividades não laborais que preencham o seu tempo não ativo, começando assim o seu período de desvinculação até chegar à idade da reforma.

Para a OMS envelhecimento ativo é uma “optimização das possibilidades de saúde, de participação e de segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida durante a velhice” (Cabral et al. 2014.13). Esta definição remete para a qualidade de vida do idoso, no entanto, além dos fatores de saúde estão subentendidos outros fatores determinantes, tais como, fatores ambientais e sociais que acabam por ter repercussão no processo de envelhecimento.

Por sua vez a Comissão Europeia entende o envelhecimento ativo como uma “estratégia coerente visando permitir um envelhecer saudável nas sociedades envelhecidas” (2002,p.6) num período em que cada vez mais pessoas pedem a reforma antecipada há que criar mecanismos de sustentabilidade social que permitam um envelhecer mais condigno.

Nesta medida apresentam-se duas perspetivas distintas, a primeira diz respeito a reforma e sustentabilidade social, e a segunda refere-se ao modelo que tem sido aplicado em diversos países da Europa, tornar os idosos mais ativos, através da sua participação na sociedade, na vida política, social e familiar.

Gil (2007, p.1) refere que

“O envelhecimento ativo tem sido abordado a partir de duas perspetivas bem distintas. Uma perspetiva que faz da participação económica das pessoas mais velhas a pedra angular para a própria sustentabilidade financeira do Sistema de Segurança Social e para o cumprimento da Estratégia Europeia para o Emprego (EEE) e uma outra perspetiva que faz da “atividade” no Envelhecimento o elemento estruturante para a rutura face ao envelhecimento-incapacidade.”

1.1- Envelhecimento em Portugal

Para Livi-bacci,(1917) nos princípios do séc. XIX em Portugal, a natalidade Portuguesa estava atrás da maioria dos países europeus com uma taxa de natalidade a rondar os 33 nados-vivos em cada mil habitantes.A mortalidade elevada também contribuiu para um crescimento natural positivo, mas lento.

Para Jacques Légaré, no séc. XXI será crescente o aumento do número de idosos, mas que, simultaneamente, se assiste a uma “democratização da velhice” (Bandeira, et al., 2014).

De 1950 a 2011 regista-se uma inversão da pirâmide etária, onde se nota um duplo envelhecimento populacional, indicando assim, um aumento da população idosa e uma redução da natalidade.

Por um lado, podemos dizer que a melhoria das condições de vida, das condições sanitárias e de saúde ajudam na promoção do bem-estar e conseqüentemente na diminuição da mortalidade, no entanto, o baixo nível de natalidade reflete um decréscimo da camada mais jovem.

Para (Barreira et al., 2014, p. 39) denota-te neste período uma diminuição progressiva de jovens (0-14 anos) em Portugal que passou de quase 30% para 15% e um aumento da população idosa com mais de 65 anos passando dos 7% para os 19%.

Conseqüentemente, a taxa do nível de dependência dos idosos aumentou dos 11% para os 29% em 2011, e nos jovens o nível de independência baixou dos 46 jovens em idade ativa para os 23 jovens.

Efetivamente nota-se um aumento considerável do índice de envelhecimento, passando de cerca de 24 idosos por cada 100 jovens para 128 idosos.

Em Portugal, este número não tem parado de aumentar, em 2015 o índice supramencionado encontrava-se nos 143,9 idosos.

Para Frejka (2010, p.169) “No que respeita à natalidade na população portuguesa importa salientar que o crescente declínio da mesma afeta não só o crescimento populacional, bem como toda a dinâmica da estrutura populacional.”

Para (Rydell, 2002, p.172) refere que “a vida adulta em Portugal ocorre mais tardiamente á semelhança dos países da Europa, o nascimento do primeiro filho acontece em idades mais avançadas, o número de casamentos diminuiu e a taxa de divórcio aumentou.”

Hoje em dia os jovens em Portugal constituem família cada vez mais tarde, prolongam a saída de casa dos pais e têm filhos mais tarde, isto ocorre devido a múltiplos fatores tais como:

- baixos rendimentos,
- precariedade laboral
- entrada da mulher no mercado de trabalho
- órgão reprodutor da mulher (Responsável pela fecundidade),
- alteração dos valores sociais e familiares,
- fracos incentivos de natalidade ao nível municipal / camarários.

O número de nascimentos em Portugal em 2012 foi o mais baixo desde que há registo, levando o ISF (Índice Social Fecundidade), para um valor de 1,28 filhos por mulher. O nosso país tornou-se um dos mais baixos índices de fecundidade da Europa e do Mundo.

1.2- Envelhecimento no Alentejo

O Alentejo, é uma das zonas do país que desde meados do séc. XX tem sofrido com a desertificação populacional, com a emigração que se fazia sentir fruto das novas conquistas coloniais, a procura por melhores condições de vida fez com que Portugal fosse ficando mais envelhecido, também com o êxodo rural em massa consequência de maior oferta de emprego, melhores condições de vida e mais condições de saúde ajudou a população a sair do interior e deslocar-se para o Litoral.

Anteriormente era uma das zonas do país onde a exploração agrícola era muito utilizada, tanto para fins de subsistência pessoal, como para fins económicos permitindo aos produtores agrícolas lucrar e desenvolver a atividade local e do país. Com a entrada na União Europeia, Portugal vê reduzido os incentivos à exploração agrícola, pagando aos agricultores para não cultivarem nada.

Em pleno séc. XXI, a população do interior está cada vez mais envelhecida, há menos habitantes e a classe reprodutora (jovens) são cada vez menos porque saem para outros locais como o norte do país, litoral, Trás-os-Montes, em busca de novas oportunidades de trabalho.

De acordo com os dados recolhidos pelos Censos, em 2011 (INE), a região do Alentejo tem uma densidade populacional de 24 habitantes por km², bastante abaixo da densidade média do país, quanto ao número de lugares com 2000 ou mais habitantes o valor diminuiu face a 2001 passando de 65 para 61, em 2017 a densidade populacional baixou para os 23 habitantes por km².

No que respeita ao índice de envelhecimento no Alentejo, em 2011 era de 178 idosos para cada 100 jovens, em 2017 o índice aumentou para 199 idosos para cada 100 jovens.

Quanto ao índice de longevidade no Alentejo, em 2011 (INE) este era de 51,9% , as mulheres têm um índice mais elevado que os homens, 53,8% e 49,5%, em 2017 o índice aumentou passando de 51,9% para 53,8% , quanto às mulheres e homens, o índice diminuiu, para 51,4% e 44,3% respetivamente.

Por conseguinte, o índice de dependência de idosos no Alentejo em 2011 era de 37,9%. Em 2017 este índice aumentou, passando de 37,9% para 40,6%.

1.3 - Envelhecimento no Concelho de Elvas

Elvas, cidade raiana composta por 21,421 habitantes em 2016 com um total de 7 freguesias (Caia, São Pedro e Alcáçova; Assunção, Ajuda, Salvador e Santo Ildefonso; União das Freguesias de Barbacena e Vila Fernando; União das Freguesias de Terrugem e Vila Boim; Santa Eulália; São Brás e São Lourenço; São Vicente e Ventosa).

No que respeita, acerca da evolução da população residente em Elvas, entre 2011 e 2015, tem decrescido de forma acentuada mostrando-se assim um dado preocupante, que revela uma paragem na renovação da camada mais jovem e um aumento da população idosa.

No que respeita à faixa etária da população elvense denota-se uma discrepância entre jovens e adultos/idosos, para que se possa ter uma visão da situação, existem 11345 indivíduos entre os 25-64 anos e 4915 pessoas com 65 e mais anos.

Apenas 2904 indivíduos estão entre os 0-14 anos, logo o índice de nascimentos na cidade é baixo.

Por conseguinte, estes dados indicam que a população residente em Elvas está numa situação de envelhecimento populacional.

Analisando o Saldo Migratório em Elvas nota-se claramente uma acentuada saída da cidade e poucas entradas de nova população, o período entre 2012 e 2014 regista mais saídas de emigrantes, os valores averbados encontram-se entre -194 e -201.

Por conseguinte, em 2015 este processo tendencioso reverte ligeiramente, o número negativo migratório desce para -150 indicando assim alguma entrada de imigrantes na cidade e menor saída de emigrantes.

No que respeita ao saldo natural, entre 2013 e 2015 nota-se um maior número de mortos e menos nascimentos, registando um valor histórico de -180, quer este valor dizer que o número de mortes supera em larga escala o número de nascimentos que acontecem na cidade.

Podemos observar claramente uma diminuição no número de nascimentos em Elvas por cada 1000 habitantes, em 2011 a taxa de natalidade era de 10,2%, em 2012, 2013 baixa para os 7,7% e 7,4, em 2014 6,6% e em 2015 há um ligeiro aumento para os 7,2%.

Estes dados indicam que não havendo uma política de incentivo a natalidade irá continuar a baixar.

No que diz respeito à taxa bruta de mortalidade em Elvas ao longos dos anos evidencia-se um aumento gradual de mortes. Entre 2011 e 2015 nota-se que dos 12,2% de mortes por cada 1000 habitantes, passaram para 15,5%.

É um dado preocupante visto que cada vez mais os idosos vão morrendo e a população não se vai renovando.

A população Elvense está cada vez mais envelhecida. O número de nascimentos na cidade tem diminuído de ano para ano, e a mortes intensificam-se com o chegar da idade avançada.

Muitos jovens vêm-se obrigados a sair de Elvas para encontrar trabalho fora da região. Efetivamente podemos observar também que sendo uma população mais velha, muitos doentes idosos querem ficar nas suas casas, mas não têm dinheiro suficiente para pagar os cuidados que necessitam.

Por conseguinte, recorrem aos familiares, vizinhos, amigos, ou seja, a comunidade local mais próxima para os ajudar nas tarefas de vida diária, sendo assim, pode-se verificar que na cidade os cuidadores informais são idosos.

2. Cuidados informais a Idosos

Para que se possa compreender o que são os cuidados informais a idosos é necessário falar sobre os cuidadores informais.

Os cuidadores informais por norma, são pessoas próximas do idoso dependente tais como: familiares (Cônjuges/Filhos, Irmãos), amigos, vizinhos que ajudam a realizar as suas atividades básicas de vida diárias, auxiliam o idoso no aspeto físico, mental, emocional e espiritual, respeitando a multidimensionalidade do ser humano.

Para Imaginário (2008), o cuidar está relacionado com o suprimento das necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais do recetor, compreendendo uma abordagem holística do idoso dependente.

Os cuidados informais a idosos dependentes acarretam uma responsabilidade acrescida, visto que, o cuidador não tem formação especializada e acaba por começar de uma forma completamente inesperada.

Os motivos que levam a cuidar de um idoso dependente variam de caso para caso, isto é, fruto de uma doença imprevista que incapacita o recetor de realizar a sua vida naturalmente, as doenças podem ser de origem: física, motora, neurológica (Alzheimer, Parkinson, AVC).

Para Skull et al.(1994), existem dois tipos de enfoque na sobrecarga, o primeiro é objetivo, ou seja, devido à premissa e impactos subjacentes ao cuidar, o cuidador sente a sua vida social, familiar, profissional e económica mais desgastada, o segundo ponto considerado como subjetivo e não menos importante, está relacionado com a maneira como o cuidador atua e cria handicaps emocionais para levar a cabo a sua tarefa de cuidar.

Por conseguinte, além de existirem repercussões negativas associadas ao segundo enfoque, Figueiredo (2007), refere que um dos fatores preditores do bem-estar do cuidador é a sobrecarga subjetiva.

No que concerne aos cuidadores informais, importa salientar que existem dois tipos, o principal e o secundário.

O cuidador informal principal por norma, tem uma relação familiar com o idoso dependente, tem aresponsabilidade total dos cuidados que são aplicados ao recetor, é quem orienta, supervisiona a área financeira, médica e pessoal do idoso(Medeiros et al., 1998).

No que respeita às características dos cuidadores informais principais, quanto ao género é predominante o sexo feminino, quanto ao grau de parentesco o cônjuge surge em primeiro lugar, a maioria é casada, exerce uma profissão para além de cuidar, a duração de cuidados é longa, logo, existe a necessidade de estar próximo da habitação do idoso.

No que concerne à saúde do cuidador principal, importa salientar que após alguns meses, o sistema imunitário torna-se mais debilitado e o risco de doenças crónicas aumenta.

Segundo Withlatch (1996) os cuidadores de idosos procuram mais medicação para a ansiedade, depressão, esgotamento nervoso do que o resto da população mundial

Por conseguinte, o cuidador secundário é quem realiza as tarefas menos pesadas e instrumentais, por norma transmite apoio emocional, realiza compras e transporta o idoso dependente para o hospital ou outro local, também executa as tarefas do cuidador principal quando este não consegue estar presente derivado a sobrecarga.

As características sociodemográficas que revelam estes cuidadores são: sexo feminino, geralmente mais novas que os cuidadores principais, o grau de parentesco indica que são: noras, netos, amigos ou vizinhos próximos, o fator de coabitação é um fator preditor.

Segundo Ricarte, (2009), os motivos que levam o cuidador a realizar esta tarefa são: Amor, gratidão, moralidade, solidariedade e vontade própria.

No que se refere ao primeiro motivo importa salientar que os laços de afetividade criados ao longo dos anos, não permitem ao cuidador abandonar o idoso numa fase menos boa da sua vida.

No que concerne ao segundo motivo, a gratidão, podemos dizer que é o sentimento mais nobre do ser humano, pois, permite que o cuidador tenha uma perspetiva diferente da vida e permite fruto das dificuldades inerentes ao cuidar, obter estratégias de *coping* que auxiliam o cuidador psicologicamente, diminuindo os níveis de ansiedade, sobrecarga física e emocional.

No que respeita ao terceiro motivo apresentado, a moralidade, importa referir que está intrinsecamente ligada à reciprocidade, isto é, demonstrar através de ações/atitude, o amor, o carinho, o afeto, a atenção e a dedicação manifestada no passado pelo idoso.

Podemos ainda salientar que a sociedade também está ligada ao terceiro motivo descrito, ou seja, através das normas e regras de conduta criadas desde um princípio.

Este tipo de comportamento (auxílio do próximo) é expectável e moralmente aceite pela comunidade, como um dever cívico a ser cumprido.

Por conseguinte, a solidariedade encontra-se intimamente ligada às raízes portuguesas, nomeadamente através da educação transmitida pela escola e pelos pais, isto é, desde uma fase inicial que o indivíduo é formatado para ser solidário com os outros.

Por fim a vontade própria ou voluntarismo é um sentimento que ocorre quando a pessoa começa a realizar tarefas derivado à ligação criada com o idoso, também a história de vida envolvente tem muita influência na tomada de decisão de se tornar cuidador informal.

Os cuidados informais, cada vez mais são uma realidade do séc. XXI, os fatores que conduzem a este aumento mais abrupto são os seguintes: Aumento da esperança média de vida, melhoria das condições de saúde, sistema de saúde que privilegia internamento ambulatorio, falta de espaço físico em meio hospitalar, fracos recursos económicos, baixa literacia, falta de informação respeitante aos serviços de saúde disponíveis.

2.1- Limitações do cuidador informal idoso

À medida que o ser humano vai envelhecendo, as capacidades fisiológicas vão diminuindo com o avançar da idade, no caso dos cuidadores idosos, podemos falar em sobrecarga física, psicológica, mental e espiritual.

A força vai descaindo a pouco e pouco, os recursos que outrora chegaram, agora derivado aos baixos rendimentos do cuidador idoso aumenta a dificuldade de subsistência para fazer face às despesas inerentes.

Algumas limitações decorrentes da idade do cuidador informal idoso variam de pessoa para pessoa, de acordo com a experiência de vida ao longo do seu ciclo vital e das atividades que tem desempenhado, tais como:

- Limitações Físicas: Dores articulares, lombalgias, perda de massa muscular, idade avançada.
- Limitações Psicológicas: Falta de paciência, esgotamento nervoso.
- Limitações Financeiras: falta de subsistência econômica, baixos rendimentos, elevados custos médicos e farmacológicos.
- Limitações Sociais: Isolamento Social.

Sabemos que o cuidador informal idoso tem uma vital importância na vida do idoso dependente, no entanto, convém olhar para o cuidador e perceber que derivado à idade avançada, muitos idosos cuidadores de idosos também necessitam de apoio médico, de fisioterapia, de alguém que lhe possa aliviar a sobrecarga física e psicológica.

A falta dos apoios formais nos cuidadores informais idosos tem consequências graves para a saúde do mesmo, tal como, a aparição da síndrome de burnout que em casos mais extremos leva à desestruturação mental do idoso e conseqüentemente à perda das faculdades cognitivas.

CAPÍTULO II

1. Espiritualidade

A espiritualidade tem sido ao longo dos tempos considerada como sinónimo de religiosidade, contudo, tradicionalmente a religião ou religiosidade encontra-se fortemente associada a um sentimento de adesão a crenças e a práticas de uma organização religiosa.

Por outro lado, a espiritualidade é atualmente considerada um conceito cada vez mais amplo onde ocorre uma abordagem holística (relação corpo «=» mente), o problema que ainda hoje se coloca é onde procurar/encontrar instrumentos que permitam estudar de forma científica a espiritualidade.

De acordo com o NCI (Nacional Cancer Institute), (2006), a espiritualidade é definida como sentimentos e crenças profundas, muitas vezes religiosas incluindo um estado de paz/conexão com os outros e crenças sobre o significado e o propósito de vida.

Podemos ainda dizer que a espiritualidade se constitui como uma dimensão complexa, multidimensional do ser humano, nomeadamente nos aspetos cognitivos, emocionais e comportamentais.

No que respeita aos aspetos cognitivos, incluem-se a procura e o significado /sentido na vida.

No que concerne aos aspetos emocionais incluem-se os sentimentos de esperança, conforto, afeto e apoio.

Por conseguinte os aspetos comportamentais dizem respeito á forma como a pessoa manifesta as suas crenças espirituais e a força do seu estado de espírito.

Por fim podemos dizer que o ser humano apresenta várias dimensões, a biológica, emocional, social e espiritual

Para alguns autores tais como Panzini et al., 2011; Saad et al., 2001; Rizzardi et al., 2010; Guimarães e Azevum, (2007); Finkelstein et al., 2007; Williams e Sternthal,(2007); Musick et al., 2000, a Espiritualidade é definida como

“a parte essencial da pessoa que controla a mente e o corpo”. Entende-se isso como sendo tudo aquilo que traz significado e propósito para a vida das pessoas.

Para muitas pessoas, crenças levam ao alívio e esperança. A espiritualidade manifesta a essência individual, ajuda na relação ambiental, intra e interpessoal, e é vital no processo da vida”.

Segundo Saad et al., 2001; Volcan (2003) a espiritualidade é definida como “Propensão humana a buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal”.

Powell refere que a espiritualidade “está afeita a questões sobre o significado e propósito de vida com a crença em aspetos espiritualistas para justificar sua existência e significados”.

Para Boff (2006) a Espiritualidade é definida como “Experiência de contato com algo que transcende as realidades normais da vida. Significa experimentar uma força interior que supera as próprias capacidades.

Na perspectiva destes autores a espiritualidade está relacionada com a busca pelo “Self”, com o bem-estar psicológico e mental, com o crescimento pessoal, bem como o preenchimento do vazio emocional.

A Espiritualidade está ligada ao que não é material, nos sentimentos e na busca a vivenciar o divino.

Ajuda a pessoa a encontrar-se consigo mesma, a mergulhar no seu interior, defendem que cada vez mais os clientes procuram saber quem são, preenche o sentido de “vazio existencial”, de “desamparo”, auxilia também na proteção e na mudança de vida do sujeito.

A espiritualidade traz benefícios positivos tais como:

- Ajuda no tratamento da dor física /psicológica.
- Auxilia na autodescoberta do sentido da vida.
- Favorece a Saúde Mental.
- Efeito protetor na reabilitação.
- Previne comportamentos de risco e aditivos

As respetivas definições acabam por criar uma simbiose para uma definição única, visto que nos dias de hoje a espiritualidade é vista de um ângulo muito vast

2. A Espiritualidade nos Idosos

A espiritualidade torna-se uma ferramenta útil para o idoso pois ajuda na construção da sua singularidade, para **Pinto e Pais-Ribeiro (2007)** a espiritualidade além de determinar a singularidade da pessoa, é uma dimensão importante para o homem a par da dimensão biológica, intelectual, emocional e social.

Segundo o mesmo autor, a espiritualidade designa-se como um estragema de coping, ou seja, as pessoas usam as suas crenças e fé como, uma forma de superar as variadas situações, das quais as menos boas.

Estas situações podem emergir de alterações que vão surgindo no decorrer do processo de envelhecimento, como os sentimentos proporcionados pela mudança para uma nova situação de vida ou ainda perante um estado de doença, entre outros.

A capacidade de esperança e otimismo perante a vida parece relacionar-se com a perceção de Qualidade de Vida, até porque a Espiritualidade apresenta-se como uma dimensão capaz de mobilizar energias e iniciativas extremamente positivas, com potencial cientificamente reconhecido para melhorar a Qualidade de Vida dos indivíduos (Saad, Masiero e Batistela, 2001)

Quando os cuidadores estão atentos às questões relacionadas à espiritualidade dos idosos, pode haver uma grande colaboração entre ambos (Couto, Koller e Novo, 2006), porque estão respeitando e dando oportunidade para que os idosos possam cultivar uma espiritualidade própria e praticar a religião escolhida, pois pode ser que, na visão da pessoa idosa, este aspeto seja essencial para sua vida.

Para alguns idosos, a decadência física e o desapego aos bens materiais podem abrir suas vidas para outros valores, como os espirituais, que ganham maior significado em suas vidas do que as coisas materiais (Macedo, 1994)

Para Rivera-Ledesma e Montero-López (2005) a espiritualidade vive-se como uma experiência única, pessoal e específica, caracterizando-se por um sentimento de união com o divino e por um sentimento de integração com a vida.

A espiritualidade pode ser contemplada na velhice como um dos recursos de enfrentamento para situações adversas, constituindo-se de aspetos emocionais e motivacionais na busca de um significado para a vida.

2.1 - A espiritualidade e a satisfação com a vida em idosos

Enúmeros estudos, têm sido realizados acerca da espiritualidade e a sua influência íntinseca com a saúde nomeadamente psicológica, Thoresen,(1998), numa revisão de literatura consegue identificar que quanto maior for o nível de espiritualidade, maior é o nível de bem-estar e de satisfação com a vida.

Lee (2001), num estudo realizado a cerca de 140 cuidadores com mais de 65 anos foi descoberto que os cuidadores que têm um elevado nível de empatia avaliam o processo de cuidar com menos stress e menos ameaçador, o que conduz a níveis de depressão mais baixos e demonstram níveis de satisfação com a vida mais elevados.

Para Silva (2006) a espiritualidade é um fator externo que auxilia o idoso a despertar as suas forças internas através da resiliência.

Para Tomomitsu, et al.(2014), os fatores que estão associados à satisfação com a vida entre idosos cuidadores: os idosos que não têm qualquer doença, ou têm uma ou duas doenças associadas, quando existe um grande suporte social, quando não há uma sobrecarga física e emocional.

Para Caldeira et al.(2016), a qualidade de vida influencia diretamente a satisfação com a vida do cuidador idoso, indica que a satisfação com a vida é um indicador cognitivo que tem valor subjetivo no bem-estar positivo ou negativo.

2.2- Benefícios da Satisfação com a vida

Tal como a espiritualidade tem os seus benefícios no que respeita ao bem-estar do ser humano, quando avaliamos a satisfação com a vida do idoso cuidador verificamos que esta é essencial para a sua qualidade de vida na velhice.

Um idoso que tenha tido uma boa qualidade de vida irá ter uma satisfação pessoal maior, pois ao percorrer todas as necessidades e eventos de vida que passou, e analisando o seu percurso até à idade avançada indicará a maneira como vê, sente, e se relaciona com os desafios diários ao cuidar do idoso dependente.

A espiritualidade e a satisfação com a vida estão interligadas e têm um papel fundamental de suporte mental, emocional e espiritual na vida do idoso, funcionando assim como uma barreira de proteção contra o desgaste físico, psicológico, mental e espiritual do cuidador idoso.

Alguns benefícios da satisfação com a vida:

- Resiliência
- Capacidade de solucionar problemas
- Saúde física e psicológica
- Menor risco de uso de fármacos
- Maior amplitude sobre as questões do Self
- Mais estratégias de Coping

PARTE II

CAPITULO 1

1- Metodologia

No presente capítulo será apresentado de uma maneira sucinta quais foram os processos que se desenvolveram para a investigação decorrer, serão revelados quais os objetivos principais e gerais, o tipo de estudo, a população-alvo, variáveis, as medidas de investigação, as escalas a serem utilizadas e por fim os dados demográficos.

1.1- Objetivos

Como objetivo principal deste estudo de investigação pretende-se compreender de que forma a Espiritualidade e a Satisfação com a vida influenciam nos cuidados informais prestados por cuidador idoso a idosos dependentes.

Foram também identificados os seguintes objetivos específicos:

- Compreender a dimensão da espiritualidade nos cuidados informais
- Identificar as necessidades de suporte formal ou informal dos cuidadores;
- Identificar a correlação entre a Espiritualidade e a Satisfação com a vida de cuidadores informais de pessoas idosas;

1.2- Tipo de Estudo

No que concerne ao tipo de estudo desta investigação, o mesmo é de carácter exploratório e correlacional.

Este estudo tem sido aplicado em muitos países, nomeadamente no Brasil e EUA. Em Portugal também já se realizaram investigações relacionadas com a Espiritualidade e a Satisfação com a Vida. No entanto, na zona do Alto Alentejo não há estudos que revelam a temática pretendida.

Nas ciências sociais, diz-se que um estudo é correlacional quando se pretende analisar se existe ou não uma relação entre duas variáveis quantificáveis (Carmo e Ferreira, 2008).

A correlação pode ser classificada como, positiva ou negativa dependendo do valor coeficiente alcançado (+1,00 ou -1,00) nas variáveis em estudo (Carmo e Ferreira, 2008).

1.3- População-Alvo

No que diz respeito á população-alvo a mesma é composta por 18 idosos cuidadores de idosos. Foram identificados 9 cuidadores no concelho de Elvas e 9 cuidadores no concelho de Campo Maior.

Para a recolha desta amostra, foi necessária uma seleção criteriosa onde apenas idosos + 65 anos que cuidassem de idosos com + de 65 anos podiam participar neste estudo de investigação.

A população foi previamente identificada através de duas instituições locais, a primeira sediada em Elvas integrando a lista de utentes da “APARSIN” (*Associação Portuguesa de Apoio e Reabilitação Sénior de Intervenção Neurológica*), e a segunda instituição sediada em Campo Maior integrando a lista de utentes da “Santa Casa da Misericórdia de Campo Maior”.

Todos os participantes deste estudo aceitaram participar na investigação, foi elaborado uma declaração de consentimento, onde é explicado aos cuidadores quais os objetivos do estudo e é assegurada a confidencialidade de todos os dados recolhidos.

1.4- Variáveis

Para qualquer estudo de investigação é necessário que as variáveis fiquem identificadas e através das mesmas, é permitido formular hipóteses e permite caracterizar a amostra.

Fortin (2006) considera que as variáveis fazem parte das etapas no processo de investigação e classifica as variáveis da seguinte forma:

- Variáveis dependentes,
- Variáveis Independentes,
- Variáveis atributos,
- Variáveis estranhas.

As variáveis inseridas neste estudo investigativo são independentes quanto à caracterização sociodemográfica que nos permite saber qual a idade, género, habilitações literárias, profissão atual, religião, entre outras variáveis incluídas na caracterização.

Estão também incluídas nesta variável qual a doença principal atual do idoso dependente, o que nos irá permitir entender quais os tipos de doença com que os cuidadores idosos têm de lidar.

Pretende-se perceber de que maneira é que a Espiritualidade e a Satisfação com a Vida influenciam os cuidados informais prestados ao idoso dependente.

Considerou-se que as variáveis principais seriam as supra indicadas que são analisadas e avaliadas na segunda parte do questionário através das escalas.

1.5 - Medidas

Um inquérito, em ciências sociais, é uma expressão usada de uma forma precisa para designar processos de recolha sistematizada, no terreno, de dados suscetíveis de serem comparados (Carmo e Ferreira, 2008).

Para a realização da recolha de dados e avanço da investigação proposta foi necessário ter em conta alguns instrumentos de avaliação, tais como, um questionário sociodemográfico e a utilização de duas escalas, mais precisamente, escala da Espiritualidade e Escala de Satisfação com a Vida.

O questionário sociodemográfico está dividido em duas partes, a primeira parte tem como objetivo obter informações relativas aos dados do cuidador tais como: Género, idade, estado civil, escolaridade, religião, situação laboral, parentesco com a pessoa cuidada, tempo de cuidador, nº de horas de cuidado diárias, vive com a pessoa de quem cuida.

No que diz respeito à pessoa cuidada pretende-se recolher dados relativos ao género, idade, doenças principais atuais, grau de dependência, entender quais as necessidades de suporte e a sua frequência.

A segunda parte do inquérito contém duas escalas, a primeira referente à Satisfação com a Vida e a segunda escala respeitante à Espiritualidade/Crenças Pessoais.

Pretende-se com a aplicação destas escalas compreender de que maneira os temas em epígrafe influenciam os cuidados informais ao idoso dependente e perceber se existe correlação entre a Espiritualidade e a Satisfação com a Vida.

Para a avaliação e tratamento dos dados sociodemográficos será utilizado o programa SPSS, no que concerne à avaliação das escalas supra indicadas irá ser determinada a consistência interna através do cálculo de Alpha de cronbach.

O inquérito em questão foi aplicado através da realização de uma entrevista.

1.5.1- Escala de avaliação da espiritualidade

A escala de avaliação da Espiritualidade foi desenvolvida por Pinto e Pais-Ribeiro (2007) com o objetivo de avaliar a dimensão da Espiritualidade na prática clínica.

Esta escala engloba cinco elementos que quantificam a concordância do indivíduo com questões relacionadas à dimensão espiritual, mais especificamente às dimensões crença e esperança/otimismo.

Realizada uma análise fatorial resultaram duas subescalas constituídas por dois itens, a primeira referente à dimensão vertical da espiritualidade denominada “crenças” e a segunda que contém três itens respeitante à dimensão horizontal denominada “Esperança/otimismo”.

No que concerne à cotação das subescalas realiza-se a média dos itens da mesma, por exemplo:

- Crenças= $(Esp1 + Esp2)/2$
- Esperança/Otimismo= $(Esp3 + Esp4 + Esp5)/3$

Quanto à escala de *Likert* é composta por quatro alternativas onde 1 significa “Não concordo” e 4 “Plenamente de acordo”, quanto maior o valor obtido em cada dimensão, maior o grau de concordância (Pinto e Pais Ribeiro, 2007).

No que respeita à consistência interna da EAE, os autores apresentam valores de Alpha de cronbach à escala global de 0,74 e para a dimensão crenças um valor de 0,92, para Esperança/Otimismo de 0,69, neste sentido os autores declaram que os valores são aceitáveis derivado ao número de escores e tendo em conta os valores de referência limite em psicometria.

1.5.2 – Escala de Satisfação com a Vida

A escala de Satisfação com a Vida é um instrumento de análise criado por Diener em 1985 com o objetivo de avaliar o juízo subjetivo que cada individuo tem acerca da sua qualidade de vida. Esta escala é um instrumento de fácil entendimento e preenchimento, pode se aplicado desde a faixa etária mais jovem à mais idosa.

Numa primeira versão esta escala era composta por 45 itens onde estavam implícitos três fatores importantes na análise desta escala, satisfação com a vida, afeto positivo e afeto negativo.

No que respeita ao fator Satisfação com a Vida foram descobertos 10 itens que continham uma saturação de 0.60 no coeficiente alfa de cronbach que posteriormente foi reduzido para 5 itens minimizando a eloquência em termos de enunciado e ao nível da consistência interna Pavot e Diener (1993). Este tipo de configuração modelar reduz o tempo médio de preenchimento do questionário e também os seus custos associados.

Na sua escala original, a SWLS é elaborada por 5 itens no sentido positivo com uma escala de resposta tipo Likert de 7 pontos onde 1 corresponde a “Discordo Totalmente” e 7 “Concordo Totalmente”, esta pontuação varia entre 5 e 35 pontos onde 20 diz respeito à pontuação média. No que concerne a esta análise fatorial esta escala manifesta alpha de cronbach de 0.77 que resulta em boas qualidades psicométricas.

Para Pavot e Diener (1993) a ESV apresenta uma forte consistência interna e uma estabilidade temporal moderada.

Em Portugal, a Escala de Satisfação com a Vida foi validada pela primeira vez por Neto (1990) que aplica a escala num estudo com 308 professores do ensino

básico e secundário, com idade média de 38,8 anos e 16 anos de serviço e apresenta uma consistência interna com alpha de cronbach de 0,78.

Posteriormente, Simões (1992) revalida a ESV tornando a tradução mais compreensível para todas as faixas etárias, e mais elegível a todos os níveis de escolaridade, também efetuou alterações às alternativas de resposta reduzindo para 5 a escala de resposta onde 1 significa “Discordo Muito” e 5 “concordo muito”, a pontuação varia entre 5 e 25 sendo que quanto maior a contagem mais elevada a satisfação com a vida.

1.7- Dados demográficos

Neste capítulo serão apresentados os dados demográficos elaborados através do inquérito por questionário aplicado aos cuidadores idosos de idosos.

Como dados demográficos para recolha de informação do cuidador utilizamos:

- Género
- Idade
- Estado civil
- Escolaridade
- Parentesco para com a pessoa cuidada
- Coabitação com o idoso
- Religião
- Situação Laboral.

2- Apresentação de resultados

Tabela 1 – Representação da amostra quanto ao Gênero dos cuidadores

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Masculino	4	22,2	22,2	22,2
	Feminino	14	77,8	77,8	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Pelo que podemos observar na Tabela 1, o gênero que mais se evidencia entre a amostra dos cuidadores é o Feminino com uma percentagem de 77,8% (n=14).

Tabela 2 – Representação da amostra segundo a Idade dos cuidadores

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	66	1	5,6	5,6	5,6
	67	2	11,1	11,1	16,7
	71	1	5,6	5,6	22,2
	73	1	5,6	5,6	27,8
	74	1	5,6	5,6	33,3
	75	4	22,2	22,2	55,6
	76	2	11,1	11,1	66,7
	78	1	5,6	5,6	72,2
	79	3	16,7	16,7	88,9
	82	1	5,6	5,6	94,4
	90	1	5,6	5,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Pelo que podemos observar na Tabela 2, a idade dos cuidadores que mais se evidencia com 22,2%(n=4) é de 75 anos.

Tabela 3- Representação da amostra segundo a média da Idade dos cuidadores

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	18	66	90	75,39	5,741
N válido (listwise)	18				

Como podemos observar na Tabela 3, a média de idades dos cuidadores informais é de 75 anos com um desvio padrão de 5,74.

Tabela 4- Representação da amostra quanto ao nível de Escolaridade

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não sabe ler nem escrever	3	16,7	16,7	16,7
	Sem escolaridade Obrigatória	2	11,1	11,1	27,8
	Com escolaridade 1º ciclo	11	61,1	61,1	88,9
	Nível 1 - 2º ciclo do ensino básico	1	5,6	5,6	94,4
	Qualificação de nível pós-secundário	1	5,6	5,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Como podemos observar na Tabela 4, o nível de escolaridade que está em evidência correspondente a 61,1% da amostra é, com escolaridade 1º ciclo com um N= 11, indicando que a maioria concluiu o primeiro ciclo de estudos obrigatório.

Tabela 5- Representação da amostra quanto ao “Parentesco com a pessoa cuidada”

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Cônjuge	13	72,2	72,2	72,2
	Filho/Filha	1	5,6	5,6	77,8
	Irmão/Irmã	2	11,1	11,1	88,9
	Mãe	2	11,1	11,1	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Como podemos observar na Tabela 5, o parentesco com a pessoa cuidada que mais se destaca com uma percentagem de 72,2% correspondente ao N= 13 é o cônjuge, esta amostra demonstra que a maioria detém fortes laços afetivos com o idoso dependente.

Tabela 6- Representação da amostra quanto à pergunta “Vive com o idoso/a?”

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	17	94,4	94,4	94,4
	Não	1	5,6	5,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Como podemos observar na Tabela 6, à pergunta “vive com o idoso/a” a maioria dos cuidadores respondeu sim, com uma percentagem de 94,4% correspondente ao N= 17 da amostra.

Tabela 7- Representação da amostra em anos quanto à pergunta “Tempo de cuidador”

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	1-2 anos	5	27,8	27,8	27,8
	3-5 anos	6	33,3	33,3	61,1
	6-9 anos	7	38,9	38,9	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Como podemos observar na Tabela 7, respeitante ao tempo em anos de cuidado a percentagem que mais de destaca é de 38,9% correspondente aos 6-9 anos com o N= 7 da amostra apresentada, este quadro indica-nos que os cuidadores têm uma longa experiência em cuidar.

Tabela 8 – Representação da amostra quanto à pergunta “Nº de horas de cuidado diárias (em média)”

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	6,0	1	5,6	5,6	5,6
	8,0	1	5,6	5,6	11,1
	12,0	7	38,9	38,9	50,0
	24,0	9	50,0	50,0	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Como podemos observar na Tabela 8, o nº de horas em média de cuidado diário corresponde a 24 horas, 50% da amostra com um N= 9.

Tabela 9- Representação da amostra quanto à pergunta “Tem alguma Religião?”

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	18	100,0	100,0	100,0

Como se pode observar na Tabela 9, 100% da amostra tem uma religião.

Tabela 10- Representação da amostra quanto à pergunta “É Praticante?”

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	14	77,8	77,8	77,8
	Não	4	22,2	22,2	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Como se pode observar na Tabela 10, 77,8% da amostra correspondente ao N= 14 é praticante.

Tabela 11- Representação da amostra quanto à pergunta “Qual a religião que pratica?”

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido Católica	18	100,0	100,0	100,0

Como se pode observar na Tabela 11, 100% da amostra, N=18 pratica a religião Católica.

Tabela 12 – Representação da amostra quanto à pergunta: “Qual a sua Situação Laboral?”

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido Ativo	1	5,6	5,6	5,6
Reformado por Idade	13	72,2	72,2	77,8
Reformado por invalidez	3	16,7	16,7	94,4
Nunca trabalhou	1	5,6	5,6	100,0
Total	18	100,0	100,0	

Como se pode observar pela Tabela 12, à pergunta qual a sua situação laboral, 72,2% da amostra, N=13 é reformado por Idade.

Tabela 13- Representação da amostra quanto à pergunta “ qual a sua Profissão anterior à Reforma?”

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Hotelaria	2	11,1	11,1	11,1
	Trabalho Rural	5	27,8	27,8	38,9
	Trabalho Fabril	2	11,1	11,1	50,0
	Educação de Infância	1	5,6	5,6	55,6
	Ação Educativa	1	5,6	5,6	61,1
	Doméstica	3	16,7	16,7	77,8
	Construção civil	1	5,6	5,6	83,3
	Costura	1	5,6	5,6	88,9
	Nunca trabalhou	1	5,6	5,6	94,4
	Atualmente ativo	1	5,6	5,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Como se pode observar pela Tabela 13, à pergunta qual a sua profissão anterior à reforma, 27,8% da amostra, N=5, respondeu Trabalho Rural.

Tabela 14 – Representação da amostra quanto ao Género da pessoa cuidada

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Masculino	10	55,6	55,6	55,6
	Feminino	8	44,4	44,4	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Como se pode observar pela Tabela 14, quanto ao género do idoso dependente, 55,6% da amostra, N= 10 corresponde ao género masculino.

Tabela 15- Representação da amostra quanto à Idade do idoso dependente

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	70,00	1	5,6	5,6	5,6
	74,00	1	5,6	5,6	11,1
	75,00	1	5,6	5,6	16,7
	76,00	2	11,1	11,1	27,8
	77,00	1	5,6	5,6	33,3
	78,00	2	11,1	11,1	44,4
	80,00	1	5,6	5,6	50,0
	82,00	3	16,7	16,7	66,7
	83,00	2	11,1	11,1	77,8
	85,00	1	5,6	5,6	83,3
	86,00	1	5,6	5,6	88,9
	90,00	2	11,1	11,1	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Como se pode observar pela Tabela 15, no que respeita à idade da pessoa cuidada, 16,7% da amostra, N=3 tem 82 anos.

Tabela 16 – Representação da amostra quanto à pergunta “Doenças principais atuais”

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Alzheimer	3	16,7	16,7	16,7
	Alzheimer/Parkinson	1	5,6	5,6	22,2
	Alzheimer/Diabetes	1	5,6	5,6	27,8
	AVC	2	11,1	11,1	38,9
	AVC/Diabetes	1	5,6	5,6	44,4
	AVC/Asma	1	5,6	5,6	50,0
	AVC/Diabetes/Parkinson	1	5,6	5,6	55,6
	Doença osteoarticular	1	5,6	5,6	61,1
	Doença osteoarticular/AVC	1	5,6	5,6	66,7
	Parkinson/Diabetes/Problema Cardíaco/Pulmunar	1	5,6	5,6	72,2
	Demência	1	5,6	5,6	77,8
	Demência/Problemas Cardíacos	1	5,6	5,6	83,3
	Demência Ligeira/Aneurisma	1	5,6	5,6	88,9
	Sistema Nervoso Central	1	5,6	5,6	94,4
	Psicose	1	5,6	5,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Como podemos observar pela Tabela 16, à pergunta quais as doenças principais atuais, 16,7% da amostra, N=3, tem Alzheimer.

Tabela 17- Representação da amostra quanto à pergunta “Dependência no Autocuidado?”

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	11	61,1	61,1	61,1
	Não	7	38,9	38,9	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Como se pode observar pela Tabela 17, 61,1% da amostra, N=11 respondeu sim à pergunta “ dependência no autocuidado.”

Tabela 18- Representação da amostra quanto à pergunta “Grau de dependência segundo o Índice de Katz”

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Total	2	11,1	11,1	11,1
	Grave	6	33,3	33,3	44,4
	Moderada	3	16,7	16,7	61,1
	Ligeira	3	16,7	16,7	77,8
	Independencia	4	22,2	22,2	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Como podemos observar pela Tabela 18, 33,3% da amostra, N=6 revela ter segundo o Índice de Katz um grau de dependência grave.

Tabela 19- Representação da amostra quanto à pergunta “Se a resposta foi sim, qual a tarefa em que é mais dependente?”

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Tomar banho	1	5,6	5,6	5,6
	Tomar banho/Mobilidade	1	5,6	5,6	11,1
	Vestir-se	3	16,7	16,7	27,8
	Vestir-se/Tomar banho	1	5,6	5,6	33,3
	Vestir-se/Ir a casa de banho	1	5,6	5,6	38,9
	Vestir-se/Tomar banho/Comer/Beber/Tomar medicação	1	5,6	5,6	44,4
	Vestir-se/Tomar banho/Ir a casa de banho/Tomar medicação/mobilidade	1	5,6	5,6	50,0
	Vestir-se/Comer/Beber/Higiene/Ir a casa de banho/Mobilidade	1	5,6	5,6	55,6
	Vestir-se/Tomar banho/Ir a casa de banho	1	5,6	5,6	61,1
	Vestir-se/Tomar banho/Comer/Beber/Tomar medicação/ Mobilidade	1	5,6	5,6	66,7
	Vestir-se/Tomar banho/Higiene/Ir a casa de banho/Tomar medicação	1	5,6	5,6	72,2
	Independente nas tarefas	5	27,8	27,8	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Como se pode observar pela Tabela 19, 16,7% da amostra, N= 3 é mais dependente na tarefa “Vestir-se”.

Tabela 20- Representação da amostra quanto à pergunta “Considera que necessita de apoios formais?”

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	10	55,6	55,6	55,6
	Não	8	44,4	44,4	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Como se pode observar pela Tabela 20, 55,6% da amostra, N=10 respondeu sim à pergunta “Considera que necessita de apoios formais?”

Tabela 21- Representação da amostra quanto à pergunta “Se a resposta foi sim, ao nível dos serviços sociais que apoios necessita?”

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Centro de Dia	4	22,2	22,2	22,2
	Lar	1	5,6	5,6	27,8
	Apoio domiciliario	4	22,2	22,2	50,0
	Cuidados Continuados	1	5,6	5,6	55,6
	Não precisa	8	44,4	44,4	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Como se pode observar pela Tabela 21, 22,2% da amostra, N=4 refere precisar de Centro de dia, e 22,2% da amostra , N=4 refere necessitar de Apoio domiciliário, no conjunto são 44,4% no total da amostra, N=8.

Tabela 22- Representação da amostra quanto à pergunta “Nos serviços de saúde que apoios necessita?”

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Médico	5	27,8	27,8	27,8
	Enfermagem	3	16,7	16,7	44,4
	Medico e enfermeiro	1	5,6	5,6	50,0
	Não precisa	9	50,0	50,0	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Pelo que se pode observar pela Tabela 22, 27,8% da amostra, N=5 refere que necessita de médico nos serviços de saúde.

Tabela 23- Representação da amostra quanto à pergunta “Considera que necessita de Apoios Informais?”

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	9	50,0	50,0	50,0
	Não	9	50,0	50,0	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

No que se observar pela Tabela 23, 50% da amostra., N=9 respondeu sim à pergunta “Considera que necessita de apoios informais?”.

Tabela 24 –Representação da amostra quanto à pergunta “Se a resposta à questão anterior foi sim, que apoios informais necessita?”

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Familiares	5	27,8	27,8	27,8
	Vizinhos	2	11,1	11,1	38,9
	Familiares e vizinhos	2	11,1	11,1	50,0
	Não precisa	9	50,0	50,0	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

No que podemos observar pela Tabela 24, 27,8% da amostra, N=5 respondeu familiares à pergunta “que apoios informais necessita?”.

Tabela 25 – Representação da amostra quanto à pergunta “Com que frequência necessita de Apoios Formais?”

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Diariamente	6	33,3	33,3	33,3
	Semanalmente	3	16,7	16,7	50,0
	Mensalmente	1	5,6	5,6	55,6
	Semestralmente	1	5,6	5,6	61,1
	Não Aplicável	7	38,9	38,9	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Como podemos observar pela Tabela 25, 33,3% da amostra, N= 6 respondeu diariamente à pergunta “com que frequência necessita de apoios formais?”.

Tabela 26- Representação da amostra quanto à pergunta “Com que frequência necessita de Apoios Informais?”

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Diariamente	1	5,6	5,6	5,6
	Semanalmente	5	27,8	27,8	33,3
	de vez em quando	1	5,6	5,6	38,9
	mensalmente	2	11,1	11,1	50,0
	Não Aplicável	9	50,0	50,0	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Como podemos observar pela Tabela 26, 27,8% da amostra, N=5 respondeu “Semanalmente” à pergunta “Com que frequência necessita de apoios informais?”.

Tabela 27- Representação da amostra quanto à satisfação com a vida dos cuidadores

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Satisfação com a vida	18	6,00	25,00	17,5556	6,48276
N válido (listwise)	18				

Como podemos observar pela Tabela 27, a média do conjunto de questões apresentadas sobre a Satisfação com a Vida é de 17,55 com um desvio padrão de 6,48 o que indica que uma boa parte dos cuidadores está satisfeito com a vida.

Tabela 28 – Representação da amostra quanto à Espiritualidade dos cuidadores

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Espiritualidade-Crenças	18	1,00	4,00	3,5000	,93934
Espiritualidade- Esperança/Otimismo	18	2,00	4,00	2,7407	,64225
N válido (listwise)	18				

Como podemos observar pela Tabela 28, ao conjunto de respostas apresentadas sobre a Espiritualidade podemos referir que na subcategoria Crenças a média é de 3,50 com um desvio padrão de 0,939, e na subcategoria Esperança/Otimismo a média é de 2,74 com um DP de 0,642, compreende-se com a observação do quadro que os cuidadores são mais crentes na sua espiritualidade e menos otimistas.

2.1 – Correlação entre variáveis

Quadro 1 - Correlação entre Espiritualidade-Crenças e Género

		Género	Espiritualidade	Espiritualidade	Espiritualidade- Esperança/ Otimismo	Satisfação com a vida
Género	Correlação de Pearson	1	,401	,512 [*]	,206	,302
	Sig. (bilateral)		,099	,030	,412	,224
	N	18	18	18	18	18
Espiritualidade	Correlação de Pearson	,401	1	,887 ^{**}	,893 ^{**}	,356
	Sig. (bilateral)	,099		,000	,000	,148
	N	18	18	18	18	18
Espiritualidade- Crenças	Correlação de Pearson	,512 [*]	,887 ^{**}	1	,585 [*]	,415
	Sig. (bilateral)	,030	,000		,011	,086
	N	18	18	18	18	18
Espiritualidade- Esperança/Otimismo	Correlação de Pearson	,206	,893 ^{**}	,585 [*]	1	,220
	Sig. (bilateral)	,412	,000	,011		,380
	N	18	18	18	18	18
Satisfação com a vida	Correlação de Pearson	,302	,356	,415	,220	1
	Sig. (bilateral)	,224	,148	,086	,380	
	N	18	18	18	18	18

Como se pode observar pela Quadro 1, existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre **género e espiritualidade/crenças**

Quadro 2 - Média e desvio padrão - Espiritualidade-crenças / Género

Género	Média	N	Desvio Padrão
Masculino	2,6250	4	1,60078
Feminino	3,7500	14	,50952
Total	3,5000	18	,93934

O valor médio mais elevado para a subescala Espiritualidade – Crenças foi encontrada no género feminino (M=3,75, DP=0,51) (Quadro 2)

Quadro 3- Correlação entre Idade e espiritualidade

		Espiritualidade	Espiritualidade- de-Crenças	Espiritualidade- de- Esperança/ Otimismo	Satisfação com a vida	Idade
Espiritualidade	Correlação de Pearson	1	,887**	,893**	,356	-,307
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,148	,215
	N	18	18	18	18	18
Espiritualidade- Crenças	Correlação de Pearson	,887**	1	,585*	,415	-,229
	Sig. (bilateral)	,000		,011	,086	,361
	N	18	18	18	18	18
Espiritualidade- Esperança/Otimismo	Correlação de Pearson	,893**	,585*	1	,220	-,317
	Sig. (bilateral)	,000	,011		,380	,200
	N	18	18	18	18	18
Satisfação com a vida	Correlação de Pearson	,356	,415	,220	1	-,254
	Sig. (bilateral)	,148	,086	,380		,309
	N	18	18	18	18	18
Idade	Correlação de Pearson	-,307	-,229	-,317	-,254	1
	Sig. (bilateral)	,215	,361	,200	,309	
	N	18	18	18	18	18

Como podemos observar pelo Quadro 3, existe uma correlação negativa entre a espiritualidade e a idade, e também entre a Satisfação com a vida e a idade, embora não sejam estatisticamente significativas.

Quadro 4 - Correlação entre Espiritualidade/Esperança e Otimismo e Estado Civil

		Espiritualidade	Espiritualidade- Crenças	Espiritualidade- Esperança/ Otimismo	Satisfação com a vida	Estado Civil
Espiritualidade	Correlação de Pearson	1	,887**	,893**	,356	,315
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,148	,203
	N	18	18	18	18	18
Espiritualidade- Crenças	Correlação de Pearson	,887**	1	,585 ⁺	,415	,058
	Sig. (bilateral)	,000		,011	,086	,819
	N	18	18	18	18	18
Espiritualidade- Esperança/Otimismo	Correlação de Pearson	,893**	,585 ⁺	1	,220	,497 ⁺
	Sig. (bilateral)	,000	,011		,380	,036
	N	18	18	18	18	18
Satisfação com a vida	Correlação de Pearson	,356	,415	,220	1	,226
	Sig. (bilateral)	,148	,086	,380		,367
	N	18	18	18	18	18
Estado Civil	Correlação de Pearson	,315	,058	,497 ⁺	,226	1
	Sig. (bilateral)	,203	,819	,036	,367	
	N	18	18	18	18	18

Como podemos observar pelo Quadro 4, não existe correlação estatisticamente significativa entre a espiritualidade e o estado civil, no entanto, há uma correlação positiva entre estado civil e a Satisfação com a Vida, embora não estatisticamente significativa.

**Quadro 5 - Média e Desvio Padrão da Espiritualidade- Dimensão
Esperança/Otimismo em relação ao Estado Civil**

Estado Civil	Média	N	Desvio Padrão
Solteiro	2,3333	1	.
Casado/União de facto	2,6875	16	,58965
Divorciado	4,0000	1	.
Total	2,7407	18	,64225

Verifica-se que o valor médio mais elevado para a subescala Espiritualidade – Esperança/optimismo foi encontrada no estado civil divorciado (M=4.00) (Quadro 5)

Quadro 6- Correlação entre Espiritualidade e Escolaridade

		Espiritualidade	Espiritualidade- Crenças	Espiritualidade- Esperança/ Otimismo	Satisfação com a vida	Escolaridade
Espiritualidade	Correlação de Pearson	1	,887**	,893**	,356	,028
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,148	,913
	N	18	18	18	18	18
Espiritualidade- Crenças	Correlação de Pearson	,887**	1	,585*	,415	-,143
	Sig. (bilateral)	,000		,011	,086	,571
	N	18	18	18	18	18
Espiritualidade- Esperança/Otimismo	Correlação de Pearson	,893**	,585*	1	,220	,188
	Sig. (bilateral)	,000	,011		,380	,454
	N	18	18	18	18	18
Satisfação com a vida	Correlação de Pearson	,356	,415	,220	1	-,053
	Sig. (bilateral)	,148	,086	,380		,835
	N	18	18	18	18	18
Escolaridade	Correlação de Pearson	,028	-,143	,188	-,053	1
	Sig. (bilateral)	,913	,571	,454	,835	
	N	18	18	18	18	18

Como podemos observar pelo Quadro 6, a escolaridade não tem correlação estatisticamente significativa com a espiritualidade nem com a Satisfação com a vida obtendo valores negativos.

Quadro 7- Correlação entre Espiritualidade e Praticante de Religião

		Espiritualidade	Espiritualidade-Crenças	Espiritualidade-Esperança/Otimismo	Satisfação com a vida	Praticante
Espiritualidade	Correlação de Pearson	1	,887**	,893**	,356	,329
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,148	,182
	N	18	18	18	18	18
Espiritualidade-Crenças	Correlação de Pearson	,887**	1	,585*	,415	,293
	Sig. (bilateral)	,000		,011	,086	,238
	N	18	18	18	18	18
Espiritualidade-Esperança/Otimismo	Correlação de Pearson	,893**	,585*	1	,220	,293
	Sig. (bilateral)	,000	,011		,380	,237
	N	18	18	18	18	18
Satisfação com a vida	Correlação de Pearson	,356	,415	,220	1	,377
	Sig. (bilateral)	,148	,086	,380		,123
	N	18	18	18	18	18
Praticante	Correlação de Pearson	,329	,293	,293	,377	1
	Sig. (bilateral)	,182	,238	,237	,123	
	N	18	18	18	18	18

Como podemos observar pelo Quadro 7, não existe correlação estatisticamente significativa entre a espiritualidade e a prática religiosa.

Quadro 8- Correlação entre Espiritualidade e grau de dependência segundo o índice de katz

		Espiritualidade	Espiritualidade-Crenças	Espiritualidade-Esperança/Otimismo	Satisfação com a vida	Grau de dependência segundo o Índice de Katz
Espiritualidade	Correlação de Pearson	1	,887**	,893**	,356	,085
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,148	,739
	N	18	18	18	18	18
Espiritualidade-Crenças	Correlação de Pearson	,887**	1	,585*	,415	,292
	Sig. (bilateral)	,000		,011	,086	,239
	N	18	18	18	18	18
Espiritualidade-Esperança/Otimismo	Correlação de Pearson	,893**	,585*	1	,220	-,136
	Sig. (bilateral)	,000	,011		,380	,589
	N	18	18	18	18	18
Satisfação com a vida	Correlação de Pearson	,356	,415	,220	1	,264
	Sig. (bilateral)	,148	,086	,380		,291
	N	18	18	18	18	18
Grau de dependência segundo o Índice de Katz	Correlação de Pearson	,085	,292	-,136	,264	1
	Sig. (bilateral)	,739	,239	,589	,291	
	N	18	18	18	18	18

Como se pode observar pelo Quadro 8 não encontramos correlação estatisticamente significativa entre espiritualidade e grau de dependência.

Quadro 9- média e desvio Padrão do Grau de Dependência segundo o índice de Katz

Grau de dependência segundo o Índice de Katz		Satisfação com a vida	Espiritualidade e-Crenças	Espiritualidade e-Esperança/Otimismo	Espiritualidade e
Total	Média	14,5000	4,0000	3,5000	3,7000
	N	2	2	2	2
	Desvio Padrão	12,02082	,00000	,70711	,42426
Grave	Média	16,6667	2,6667	2,3889	2,5000
	N	6	6	6	6
	Desvio Padrão	7,36659	1,25167	,44305	,74565
Moderada	Média	18,6667	4,0000	3,0000	3,4000
	N	3	3	3	3
	Desvio Padrão	3,21455	,00000	,88192	,52915
Ligeira	Média	15,3333	4,0000	3,0000	3,4000
	N	3	3	3	3
	Desvio Padrão	6,50641	,00000	,66667	,40000
Independência	Média	21,2500	3,7500	2,5000	3,0000
	N	4	4	4	4
	Desvio Padrão	5,67891	,50000	,43033	,43205
Total	Média	17,5556	3,5000	2,7407	3,0444
	N	18	18	18	18
	Desvio Padrão	6,48276	,93934	,64225	,67756

Como podemos observar pelo Quadro 9, quanto ao grau de dependência os cuidadores estão mais satisfeitos com a vida quando existe independência (M=21,25; DP=5.68) ou uma dependência moderada (M=18,67; DP=3,21)

Quadro 10- Média e Desvio Padrão quanto ao género

Género		Satisfação com a vida	Espiritualidade- Crenças	Espiritualidade- Esperança/Otimismo	Espiritualidade
Masculino	Média	14,0000	2,6250	2,5000	2,5500
	N	4	4	4	4
	Desvio Padrão	6,97615	1,60078	,57735	,98489
Feminino	Média	18,5714	3,7500	2,8095	3,1857
	N	14	14	14	14
	Desvio Padrão	6,22296	,50952	,66299	,52894
Total	Média	17,5556	3,5000	2,7407	3,0444
	N	18	18	18	18
	Desvio Padrão	6,48276	,93934	,64225	,67756

Como podemos observar pelo Quadro 10, o Género feminino é quem obtém um resultado maior quanto à média da satisfação com a vida com 18,57.

Quadro 11- Média e Desvio Padrão de ser Praticante

Praticante		Satisfação com a vida	Espiritualidade- Crenças	Espiritualidade- Esperança/Otimismo	Espiritualidade
Sim	Média	16,2857	3,3571	2,6429	2,9286
	N	14	14	14	14
	Desvio Padrão	6,47395	1,02711	,67259	,72157
Não	Média	22,0000	4,0000	3,0833	3,4500
	N	4	4	4	4
	Desvio Padrão	4,76095	,00000	,41944	,25166
Total	Média	17,5556	3,5000	2,7407	3,0444
	N	18	18	18	18
	Desvio Padrão	6,48276	,93934	,64225	,67756

Como podemos observar pelo quadro 11 quem não pratica alguma religião tem uma média superior a quem pratica no que respeita à Satisfação com a vida.

3- Discussão de resultados

A presente etapa deste trabalho consiste em discutir os resultados obtidos através das diversas variáveis envolvidas no questionário aplicado através da realização de entrevista.

Pretende-se com esta análise reflexiva e comparativa, elaborar uma síntese que permita compreender os objetivos que foram propostos para o estudo.

A população alvo tem em média 75 anos, 77,8% é do género feminino, quanto à escolaridade, os cuidadores idosos na maioria têm o 1º ciclo de estudos obrigatório o que indica que alguma literacia escolar e quanto ao parentesco os cuidadores idosos são maioritariamente conjuges, demonstrando fortes laços afetivos.

No estudo de Moreira (2011) a população alvo é maioritariamente feminina, com uma média de idades de 78 anos, no que respeita à escolaridade tem o 1º ciclo de estudos obrigatórios e são maioritariamente viúvos.

No estudo de Botelho (2007) a população alvo é maioritariamente masculina com uma média de idades que ronda os 76,4 anos , no que respeita à escolaridade auferem o 1º ciclo de estudos.

De acordo com estes dados podemos dizer que a maioria destes cuidadores idosos têm uma relação de proximidade para com o idoso dependente e a média de idades ronda os 75 anos , quanto á escolaridade podemos dizer que os cuidadores têm o 1º ciclo de estudos obrigatório feito.

A maioria da amostra respondeu positivamente quanto à coabitação com o idoso dependente, no que respeita aos anos de cuidado, os cuidadores idosos cuidam do seu parente à 6-9 anos , o que nos indica que há uma vasta experiência em cuidar, quanto ao número de horas em média que cuida é de 24 horas, ou seja, cuida integralmente do idoso dependente todo o dia.

No estudo de Anjos, Boery e Pereira (2014), o cuidador cuida em média mais de 18h por dia equivalendo a 82,9% da população estudada, no que respeita ao número de anos a amostra cuida do idoso de 2 a 5 anos, quanto á coabitação com o idoso dependente a resposta é afirmativa.

No estudo de Araújo (2015) o cuidador em média cuida do idoso dependente à 8 anos, em média cuida por dia 12 horas da amostra. Quanto á coabitação não é referido no estudo esse dado.

Como se pode observar através dos dados recolhidos podemos dizer que os estudos realizados corroboram com o nossa investigação no que respeita ao número de anos e a média de horas que o idoso dependente é cuidado. Podemos também dizer que estes estudos nos demonstram que a população de cuidadores tem uma grande carga horária diária, o que leva à conclusão de que é necessário o apoio dos familiares e também de apoios formais, que levem ao descanso do cuidador.

A totalidade da amostra do estudo revela pertencer a uma religião, nomeadamente a religião católica e 77,8% é praticante.

Apresentamos alguns diálogos dos Entrevistados que nos dão a entender a razão de praticarem a religião e de que maneira isso afecta / melhora a sua vida espiritual e mental.

De acordo com o E13, *“Dão, a minha fé sempre.... por vezes digo oh meus deus estás me a castigar mas porquê? Mas depois logo a seguir acontece uma coisa boa digo assim pronto já estou compensada, pronto, afinal era para ver se eu reagia, eu reagi e fiquei muito contente ... depois tenho uma recompensa muito grande.”*

Segundo o E8 *“sim, sou uma pessoa que confia muito no senhor (Jesus) e tenho sempre muita esperança...”*

Já para o E1 , *“ dão, ai sim, sim, ai se não fosse o senhor (Jesus) eu não estaria aqui, sim, sim, eu tenho ali o meu altar aceso”*

Para o E10 *“... quer dizer por exemplo à missa vou, de uma pessoa que morre, e essas coisas assim, mas para frequentar não... dão sentido, tem de haver alguma coisa lá em cima que nos guie...”*

No estudo de Moreira (2011), a amostra em estudo no que respeita à prática da religião ronda os 80% , 90% da população alvo pertence à religião católica e os restantes 10% têm outra religião.

De acordo com **Pinto e Pais Ribeiro (2007)** a espiritualidade é uma dimensão importante e essencial na vida do ser humano.

De acordo com os diálogos apresentados e os estudos indicados podemos concluir que uma grande parte da população portuguesa é Católica. Na região do Alto Alentejo, como geral em Portugal, este valor justifica-se pela educação moral e religiosa praticada durante o Estado-Novo.

No que respeita à situação laboral da população-alvo, 2/3 é reformada por idade e quanto à profissão anterior à reforma, 27,8% respondeu Trabalho Rural.

No estudo de Moreira (2011), a atividade laboral que mais se evidencia é a de “Operários, artífices e trabalhadores similares”, no entanto afirma que os resultados obtidos derivam da região onde se encontram.

Com os dados recolhidos e analisados, podemos dizer que o tipo de trabalho realizado pelos cuidadores informais é diferente tendo em conta a localização geográfica.

Quanto ao género do idoso dependente, 55,6% é do género masculino. Relativamente à idade da pessoa cuidada 1/3 da população tem 82 anos. As doenças principais atuais com mais evidência encontradas é a Doença de Alzheimer. Quanto à pergunta se é dependente no autocuidado a maioria respondeu “Sim”. Relativamente ao grau de dependência segundo o Índice de Katz, 33,3% da amostra refere ter um grau de dependência grave, sendo a tarefa onde são mais dependentes é a tarefa “Vestir-se”.

No estudo de Ferreira (2014), 19,35% dos idosos dependentes têm maior dependência na incontinência.

No estudo de Smanioto et al. (2011) dos idosos analisados em contexto formal, 56,4% tem dificuldades em Vestir-se sendo predominante no sexo feminino e nos acamados.

A amostra deste estudo revela que 55,7% considera que necessita de apoios formais, quanto aos serviços de apoio formal que os cuidadores indicaram necessitam de Centro de dia e de apoio domiciliário para auxiliar o cuidador, no descanso das suas tarefas quotidianas, com estes serviços de apoio os cuidadores sentem-se amparados, pois, o cansaço psicológico é muito elevado, no que respeita aos serviços de saúde um terço da população alvo considera que necessita de médico.

No estudo de Moreira (2011), quanto aos serviços sociais, 94% da população estudada referiu não ter esse tipo de apoio formal.

No que respeita aos serviços de saúde, 76% dos idosos mencionou que necessitava de Médico/Enfermeiro correspondendo a uma boa parte da população alvo.

No estudo de Botelho (2007) os cuidadores idosos beneficiam de apoio nos serviços de saúde, nomeadamente de enfermeiras e médicos e quanto ao apoio social que recebem está relacionado com o apoio domiciliário nomeadamente no apoio da higiene diária da idosa dependente, no transporte da idosa através dos bombeiros.

A frequência apontada pelo cuidadores de apoios informais centra-se na resposta “Diariamente”.

Quanto aos apoios informais 50% da amostra refere que necessita de apoios informais, nomeadamente do apoio de familiares, no que diz respeito à frequência dos apoios informais 28% revela necessitar de apoio semanalmente.

Durante as entrevistas a maioria dos cuidadores idosos referiu que diariamente necessitava de apoio nomeadamente dos familiares mais próximos tais como, filhos/as sobrinhas, netos/as. Também referiram que os vizinhos também costumam dar uma ajuda quando faz mais falta, no transporte do idoso dependente ao hospital, cuidar dos idosos dependentes enquanto o cuidador tem de realizar alguma atividade fora do contexto familiar.

No estudo de Moreira (2011), quanto à frequência dos apoios informais, 44% da população necessita de apoio diário e 34% de apoio semanal.

Quanto ao estudo de Botelho (2007), no que respeita aos cuidados informais, estes têm o apoio não só de familiares mas também de vizinhos que apoiam nas mais diversas tarefas como a higiene pessoal do idoso dependente, lavagem da roupa do casal, ou apoio nas mais diversas situações inesperadas.

Analisando os factos acima descritos podemos concluir que a maioria dos cuidadores informais idosos necessitam de serviços formais e informais, tanto na área da saúde, como na área social.

Pela facto de se perceber que existe uma sobrecarga física e psicológica do cuidador, a ajuda que é transmitida através dos serviços formais auxíla no descanso do idoso e permite que o mesmo realize algumas atividades pessoais que estaria impedido de efetuar se não houvesse alguma ajuda por parte dos profissionais das mais diversas áreas da saúde e do social.

No decorrer das entrevistas à nossa população alvo foi notório que a maioria dos cuidadores estava esgotado tanto fisicamente como psicologicamente e que a mínima ajuda possível contribue para um alívio momentâneo.

Ao conjunto de questões apresentadas relativamente à satisfação com a vida na segunda parte do inquérito podemos dizer que uma boa parte dos cuidadores está satisfeito com a vida com base nos seguintes valores: $M=17,55$ com um $DP= 6,48$.

Para que possamos ter uma ideia do porquê de uma boa parte dos cuidadores estar satisfeito com a vida apresentamos aqui alguns relatos dos entrevistados acerca da sua satisfação com a vida.

De acordo com com E13 quanto à satisfação com a vida responde *“Isso posso dizer que estou, porque aquilo que tenho feito não me tenho arrependido de nada.”*

Já para E14 – “*Sim, olhe, foi a que Deus me deu e acho que lá está a minha fé foi o que ele me pôs nas mãos nesta passagem pela terra.... Então estou, estou a cuidar da pessoa que eu amei tanto, não, já não é paixão, claro que não é, mas está aquele amor que ficou... e então sinto-me bem, concordo porque é a vida que Deus me destinou, e estou a cuidar da pessoa que eu amei muito, muito.*”

Para E15 – “*estou, não estou satisfeita com a situação que se me apresenta, mas no geral de estar em minha casa, de ter os meus filhos, mesmo que tenha de cuidar dela, eu sinto-me e sou feliz porque há quem esteja doente e não possa fazer nada disto e eu posso... o principal é termos saúde... se e tenho saúde e posso ajuda-la eu tenho de estar feliz...*”

Apresentamos aqui três exemplos de cuidadores satisfeitos com a vida apesar dos desafios, dificuldades e cansaço que têm na sua vida diária.

De acordo com Lee (2001), os cuidadores com um elevado nível de empatia avaliam o processo de cuidar com menos stress e menos ameaçador, o que conduz a níveis de depressão mais baixos e demonstram níveis de satisfação com a vida mais elevados.

Quanto ao conjunto de questões acerca da categoria Espiritualidade mais precisamente na subcategoria Crenças os resultados obtidos mostram uma média de $M=3,50$ com um $DP=0,939$.

Para que possamos depreender o porquê de existir uma média grande na espiritualidade subcategoria crenças, apresentaremos alguns exemplos que o demonstram.

De acordo com E2 no que se refere às crenças “*Dão... dão porque eu tenho uma esperança que há alguém a acompanhar-me, e então tenho...*”

Para E5 “*Sim, sim, sim que eu já andei com umas ideias na cabeça mas parece que houve uma pessoa que me puxou... foi aqui ao cimo das escadas.... Tem dias que não aguento.... Senti mesmo uma pessoa a puxar-me para cima... Não vimos Deus, mas Deus está connosco...*”

Já para E7 “*dão, dão me força porque nós lutamos com aquela garra*”

Para E15 “*Dão, nós pedimos que Deus nos ajude é porque nós acreditamos*”

Como pudemos observar pelos relatos acima indicados as crenças têm influência na maneira de pensar e de levar a vida em frente.

Já na subcategoria Esperança/Otimismo a média é de $M=2,74$ com um DP de $0,642$, logo podemos observar que os cuidadores são mais crentes na sua espiritualidade e menos optimistas.

Abordaremos de seguida alguns relatos dos entrevistados que permitem ter uma noção do porquê da média representada.

Para E3 no que respeita à esperança/optimismo *“Isso eu ando sempre a ver dela (Esperança) mas ela me abala... a esperança eu estou sempre a pedi-la mas elas às vezes abala-me... mas vou indo... eu quando vou ao campo, lá à casa santa também peço aos santos para me darem sorte e saúde mas eles às vezes enganam-se no caminho da porta.”*

Para E7 *“ o meu futuro agora já está perdido, agora já não tenho futuro porque a minha vida está no fim Gostava era de ver o futuro dos meus netos isso sim...”*

De acordo com E12 *“Vejo o futuro péssimo, sem esperança, sem.... Vou fazendo o dia a dia porque tnho de fazer para poder respirar..”*

Por conseguinte para E14 *“vejo o futuro?, que futuro?, vamos vivendo, isso não sei explicar melhor, vamos vivendo o que Deus me tem para dar, sim estou de acordo, é a minha vida e tenho de a viver assim...”*.

Como se pode observar pelos factos acima referidos, podemos ver que os cuidadores idosos têm menos esperança e optimismo no futuro e agarram-se mais à espiritualidade na subcategoria Crenças.

Como se pode observar pela Quadro 1, existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre género e espiritualidade/crenças, verificando-se que o valor médio mais elevado para a subescala Espiritualidade – Crenças foi encontrada no género feminino (M=3,75, DP=0,51) (Quadro 2).

Como podemos observar pelo Quadro 3, existe uma correlação negativa entre a espiritualidade e a idade, e também entre a satisfação com a vida e a idade, embora não sejam estatisticamente significativas.

Como podemos observar pelo Quadro 4, não existe correlação estatisticamente significativa entre a espiritualidade e o estado civil, no entanto, há uma correlação positiva entre estado civil e a satisfação com a vida, embora não estatisticamente significativa. Verifica-se que o valor médio mais elevado para a subescala Espiritualidade – Esperança/optimismo foi encontrada no estado civil “divorciado” (M=4.00) (Quadro 2)

Como podemos observar pelo Quadro 6, a escolaridade não tem correlação estatisticamente significativa com a espiritualidade nem com a Satisfação com a vida obtendo valores negativos.

Como podemos observar pelo Quadro 7, não existe correlação estatisticamente significativa entre a espiritualidade e a prática religiosa.

Como se pode observar pelo Quadro 8 não encontramos correlação estatisticamente significativa entre espiritualidade e grau de dependência.

Como podemos observar pelo Quadro 9, quanto ao grau de dependência os cuidadores estão mais satisfeitos com a vida quando existe independência (M=21,25; DP=5,68) ou uma dependência moderada (M=18,67; DP=3,21).

Como podemos observar pelo Quadro 10, o Género feminino é quem obtem um resultado maior quanto à média da satisfação com a vida com M=18,57.

Como podemos observar pelo Quadro 11 quem não pratica alguma religião tem uma média superior a quem pratica no que respeita à Satisfação com a vida.

Pelos quadros anteriores analisados, podemos dizer que a Espiritualidade e a Satisfação com a vida não têm uma correlação estatisticamente significativa.

Estes resultados não coincidem com os de Caldeira et al. (2016), que refere que a qualidade de vida influencia diretamente a satisfação com a vida do cuidador idoso, indicando que a satisfação com a vida é um indicador cognitivo que tem valor subjetivo no bem-estar positivo ou negativo.

Conclusão

De acordo com a investigação levada a cabo pelo investigador, podem retirar-se algumas conclusões principais que derivam dos objetivos propostos inicialmente para o desenrolar do estudo.

Como objetivo principal, pretendia-se compreender de que forma a Espiritualidade e a Satisfação com a vida influenciavam nos cuidados informais prestados pelo cuidador idoso ao idoso dependente, pretendeu-se também:

- compreender a dimensão da espiritualidade nos cuidados informais;
- identificar as necessidades de suporte formal e informal dos cuidadores idosos;
- identificar a correlação entre a espiritualidade e a satisfação com a vida de cuidadores informais das pessoas idosas.

Após a análise das entrevistas foi possível concluir que, a espiritualidade e a satisfação com a vida são essenciais na forma como, o cuidador idoso informal lida com os múltiplos desafios diários, ao cuidar da pessoa idosa dependente, ou seja, têm uma influência direta na maneira de agir e pensar.

A dimensão da espiritualidade é notória na população-alvo.

Foi permitido compreender que a subcategoria “crenças” tem um elevado fator positivo nos cuidadores. Isto é, as crenças permitem que o cuidador mantenha a esperança e a garra necessária para continuar o caminho que foi traçado ao começar a cuidar da pessoa idosa dependente.

Para alguns cuidadores, as crenças estão relacionadas diretamente com a fé depositada em algo transcendente. Para outros, as crenças relacionam-se como uma estratégia de *coping* para seguir em frente.

Quanto à satisfação com a vida dos cuidadores, uma grande parte considera-se satisfeito com a vida, pois, apesar de tudo sentem-se realizados com as conquistas e os objetivos que foram cumpridos.

Sendo os cuidadores maioritariamente casados com o idoso dependente, consideram o ato de cuidar do parceiro uma missão de vida.

Na identificação das necessidades de suporte formal, 44,2% dos cuidadores idosos referiu necessitar de Centro de Dia e de Apoio Domiciliário.

Já nas necessidades de suporte informal, 27,8% dos cuidadores referiu necessitar do apoio de familiares.

No que concerne às correlações significativas, foi encontrada uma correlação estatisticamente positiva entre a Espiritualidade/Crenças e Género, e uma correlação estatisticamente positiva entre a Satisfação com a Vida e Estado Civil.

Por fim, de acordo com os resultados obtidos, podemos dizer que os objetivos propostos para esta investigação foram cumpridos.

Breve nota sugestiva:

Concluído que está este projeto de investigação, considera-se importante que se realizem mais estudos em Portugal, nomeadamente na área da espiritualidade e da satisfação com a vida em idosos cuidadores de idosos.

Constata-se que há escassez de pesquisas nesta temática e seria bom realizar-se um estudo, a nível nacional, com vista à criação de uma plataforma logística que interligue todos os municípios e instituições locais, por forma a sinalizar toda a população idosa cuidadora a partir dos 65 anos, inclusive; elaborar as necessidades de suporte formal e informal; compreender a importância da espiritualidade e da satisfação com a vida nos idosos.

De acordo com os resultados obtidos, criar-se-ia uma estratégia nacional e convenções bi-semestrais com gerontólogos e respetivas equipas com a finalidade de permitir satisfazer todas as necessidades inquiridas aos cuidadores informais.

Referências Bibliográficas

Ávila, A., Guerra,M;Meneses,R.,Piedad,M. “Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da auto-imagem na velhice” , *Pensamiento Psicológico*, vol. 3, núm. 8, enero-junio, 2007, pp. 7-18 Pontificia Universidad Javeriana,Cali, Colombia. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80130802> [Consultado em: 01/10/2018]

Anjos,K. Boery,R. Pereira,R. (2014). Quality of life of relative caregivers of elderly dependents at home. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(3), 600-608. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002230013> [Consultado em: 10.10.2018]

Botelho.M (2011). Idoso que cuida de Idosa. Porto- Instituto de ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7237> [Consultado em: 29.11.2017]

Bandeira,M.Azevedo,A.Gomes,C.Tomé,L.Mendes,M.Baptista,M.Moreira,M. (2014). Dinâmicas demográficas e envelhecimento da População Portuguesa,Fundação Francisco Manuel dos Santos, Guide- Artes gráficas,Lda.

Cf. World Health Organization. Men, Ageing and Health. Acheiving health across the span.(Geneva, 2001)

Cardoso.M & Ferreira.M. (2009). Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. *Psicologia:Ciência e Profissão*, 29(2), 380-393. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000200013>[Consultado em: 05.07.2018]

Carmo,H. &Ferreira,M. (2008). Metodologia da Investigação, Pentaedro,publicidade e artes gráficas,Lda.Apelido,Lisboa

Cabral,M.Ferreira,P.Silva,P.Jerónimo,P.Marques,T. (2013). Processos de Envelhecimento em Portugal, Fundação Francisco Manuel dos Santos, Guide- Artes gráficas,Lda.

Diário da República, 1.^a série — N.º 19 — 28 de janeiro de 2013,552- (44) Disponível em: <https://dre.pt/application/dir/pdf1s/2013/01/01901/0000200147.pdf?fbclid=IwAR1zejMI7>

[LFhkidcEohgY18LbksfiYW3ik6Aen_hrMS4wupJEAiHSGGRrys](#) [Consultado em: 05.03.2017].

Domingos,J&Faria,M. (2018). *Vivências de espiritualidade,Esperança e Satisfação com a vida em gerontes*. Actas do 12º congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Lisboa: ISPA – Instituto Universitário. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/6209> [consultado em: 25.05.2018]

de Barros Caldeira, R., & Liberalesso Neri, A., & Sathler Tavares Batistoni, S., & Cachioni, M. (2017). Variáveis associadas à satisfação com a vida em cuidadores idosos de parentes também idosos cronicamente doentes e dependentes. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20 (4), 503-517. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403852563006> [consultado em: 18.11.2018]

Ferreira.P (2012), Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em Idosos no programa clinica da familia, jacarepaguá, RJ: Estudo de caso. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/275256952_Avaliacao_do_Grau_de_Dependencia_nas_Atividades_de_Vida_Diaria_em_Idosos_no_Programa_Clinica_da_Familia_Jacarepagua_RJ_Estudo_de_Caso [Consultado em:11.11.2018]

Figueiredo, D. (2007). Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi Editores.

Gatto,I. (s.d). Resumo: Aspectos psicológicos do envelhecimento;Envelhecimento: Perdas, crise e superação. Guerrero.G, Zago.M,Sawada.N, & Pinto, M. (2011). Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 53-59. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100008>[Consultado em: 02.11.2018]Disponível em: <http://static.recantodasletras.com.br/arquivos/2047059.pdf> [Consultado em: 27.06.2017].

Jacinto.B,(2010). Qualidade de vida e espiritualidade do idoso institucionalizado. Universidade de Aveiro,Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Dissertação de mestrado. Disponível em:<https://ria.ua.pt/handle/10773/3308> [Consultado em: 22.05.2018]

Lucchetti,G. Lucchetti,A.Bassi,R.Nasri,F.Nacif,S (2011). O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Revista*

Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 14(1),159-167. <https://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000100016>[consultado em 12.09.2018]

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. Dissertação de Mestrado. Disponível : <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9214> [18/04/2018]

M. M. Amatuzzi , Psicologia e espiritualidade . São Paulo: Paulus.

Oliveira,M. & Junges,J. (2012). Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. Estudos de Psicologia (Natal), 17(3), 469-476. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300016> [Consultado em: 29.10.2018]

Oliveira,R.& Alves,V. (2014). A qualidade de vida dos idosos a partir da influência da religiosidade e da espiritualidade: cuidados prestados aos idosos institucionalizados em Caetité (BA). *Revista Kairós : Gerontologia, [S.l.]*, v. 17, n. 3, p. 305-327, set. 2014. ISSN 2176-901X. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/23208/16770> [Consultado em: 15.07.2017]

Pinto & Pais Ribeiro. (2007). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28, 49-56.Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1523> [Consultado em: 13.02.2018].

Silva, A. (2006). Envelhecimento: Resiliência e espiritualidade. História de vida de idosos: sobreviver às adversidades sem perder o senso de integridade. Universidade católica de Brasília. Dissertação de mestrado. Disponível em: <https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/handle/123456789/1229> [Consultado em 19.10.2018]

Smanioto, F.N. & Haddad, M. C.F.L.(2011).ÍNDICE DE KATZ APLICADO A MOSOS INSTITUCIONALIZADOS, in: *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, vol. 12, núm. 1, pp. 18-23 Universidade Federal do Ceará,Fortaleza, Brasil Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4094> [11/11/2018]

Santos,& Sousa. (2012). A espiritualidade nas pessoas idosas: influência da hospitalização. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(4), 755-765.Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000400014> [Consultado em: 03.11.2018]

Soares, M. & Sacchelli, T. (2008). Efeitos da cinesoterapia no equilíbrio de idosos. Revista Neurociências vo 16/2 Disponível em: http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2008/neuro_vol_16_n2.pdf [Consultado em: 10.11.2017].

Teixeira, F. (2005). O potencial libertador da espiritualidade e da experiência religiosa.

Teixeira, I. N. A. O. & Guariento, M. E.. (2010). Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2845-2857. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600022> [consultado em 20.07.2018]

Tomomitsu, M. Perracini, M. Neri, A. (2014). Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. *Associação Brasileira de pós-Graduação em Saúde Coletiva*. Disponível em: <http://taurus.unicamp.br/handle/REPOSIP/86167> [Consultado em: 23.10.2018]

Vaillant, G. (2010). Fé: Evidências Científicas, Manole.

Anexos

Anexo 1 - Parecer favorável da CEIPP

COMISSÃO DE ÉTICA

Comissão de Ética do Instituto Politécnico

A Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre, vem deste modo informar que através dos seus membros, Isabel Cristina dos Santos Duarte da Conceição Mourato e Ana Paula Calado Baptista Enes de Oliveira, emite *Parecer Positivo* à realização do Estudo "Idosos que cuidam de idosos – A Espiritualidade e a Satisfação com a Vida aliada aos Cuidados Informais a Idosos", sob a responsabilidade dos investigadores João Paulo Caldeira Silva e Raul Alberto Cordeiro.

Portalegre, 24 de janeiro de 2018

Pe'l Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre



Ana Paula Calado Baptista Enes de Oliveira

Anexo 2 - Declaração de consentimento informado

AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento.

Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

No âmbito de uma dissertação de mestrado o(s) investigador João Paulo Caldeira Silva pretende realizar um Estudo/projecto de investigação com o tema “**Idosos que cuidam de idosos- A espiritualidade e a satisfação com a vida aliada aos cuidados informais a idosos**”. e cujo objectivo principal é compreender de que maneira é que a Espiritualidade e a satisfação com a vida influenciam o cuidado informal ao idoso dependente, entender se da parte do cuidador informal existem necessidades de suporte, perceber se há correlação entre a Espiritualidade e a Satisfação com a vida.

Enumeros trabalhos têm sido realizados acerca da Espiritualidade, dentro e fora de Portugal, no entanto, na região do Alto Alentejo não há registo de investigação, no que diz respeito à Satisfação com a Vida e a Espiritualidade vivida pelo cuidador informal.

A evolução dos conhecimentos científicos, nos mais diversos domínios, tem sido possível graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da sua participação.

Asseguramos que neste estudo/projeto será mantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, pois o investigador consagra como obrigação e dever o sigilo.

Declaração de participante:

- *Declaro ter compreendido os objectivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;*
- *Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*
- *Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada.*
- *Declaro ter-me sido garantido que posso desistir de participar a qualquer momento;*

Assim, depois de devidamente informado (a) e esclarecido(a) **autorizo a minha participação** neste estudo/projeto:

(localidade e data)

Nome:

Assinatura do Participante

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**, ficando o **participante informado e esclarecido**:

Nome do investigador

Assinatura

Anexo 3 - Questionário do estudo

**IDOSOS QUE CUIDAM DE IDOSOS – A ESPITUALIDADE E A SATISFAÇÃO COM
A VIDA ALIADA AOS CUIDADOS INFORMAIS A IDOSOS**

Resp. João Paulo Silva: Mestrando – Mestrado em Gerontologia

**Orientador: Professor Doutor Raul Alberto Cordeiro
Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre**

Questionário nº: _____

I PARTE

DADOS DO CUIDADOR

1.Género: Masculino Feminino

2.Idade: _____

3.Estado Civil:

Solteiro (a)

Casado /União de Facto

Viúvo (a)

Divorciado

4.Escolaridade:

- Não sabe ler nem escrever
- Sem escolaridade obrigatória (sabe ler e escrever)
- Com escolaridade 1º ciclo
- Nível 1 – 2.º ciclo do ensino básico
- Nível 2 – 3.º ciclo do ensino básico, obtido no ensino regular ou por percursos de dupla certificação
- Nível 3 – Ensino secundário vocacionado para o prosseguimento de estudos a nível superior
- Nível 4 – Ensino secundário obtido por percursos de dupla certificação ou ensino secundário vocacionado para o prosseguimento de estudos a nível superior acrescido de estágio profissional – mínimo de seis meses
- Nível 5 – Qualificação de nível pós-secundário não superior com créditos para o prosseguimento de estudos a nível superior
- Nível 6 – Licenciatura
- Nível 7 – Mestrado
- Nível 8 – Doutoramento

5.Parentesco com a pessoa cuidada:

- Sem Parentesco
- Cônjuge
- Filho/Filha
- Irmão/Irmã
- Outro: _____

6.Vive com a pessoa de quem cuida?:

- Sim
- Não

7. Há quanto tempo é cuidador?

- Menos de 1 ano
- 1-2 anos
- 3-5 anos
- 6- 9 anos

8.Nº de horas de cuidado diárias (em média): _____

9. Religião:

Sim

Não

Qual? _____

Praticante

Não Praticante

11. Situação Laboral

Activo

Ocupação atual: _____

Reformado (a) por idade

Reformado por Invalidez

Profissão anterior à reforma: _____

DADOS DA PESSOA CUIDADA

12. Género: Masculino Feminino

13. Idade: _____

14. Doenças principais atuais: _____

15. Dependência no Autocuidado?

Sim

Não

Grau de dependência segundo o Índice de Katz

Total

Grave

Moderada

Ligeira

Independência

Se a resposta foi sim, qual a tarefa em que é mais dependente?

Vestir-se

Tomar banho

Comer/Beber

Higiene

Ir à casa de banho

Tomar medicação

Mobilidade

16. Necessidades de Suporte

17. Considera que necessita de apoios formais?

Sim

Não

Se a resposta foi sim, ao nível dos serviços sociais que apoios necessita?

Centro de dia

Lar

Apoio Domiciliário

Acolhimento Familiar

Outro: _____

Nos serviços de saúde que apoios necessita?

Médico

Enfermagem

Médico e enfermeiro

Outro: _____

18. Considera que necessita de Apoios Informais?

Sim

Não

Se a resposta à questão anterior foi sim, que apoios informais necessita?

Familiares

Amigos

Vizinhos

Outros: _____

19. Com que frequência necessita de Apoios Formais?

Diariamente

Semanalmente

Mensalmente

Não Aplicável

20. Com que frequência necessita de Apoios Informais?

Diariamente

Semanalmente

Mensalmente

Não Aplicável

II parte

As seguintes questões, dizem respeito à sua percepção acerca da **Satisfação com a Vida**.
Numa escala onde 1 significa **Discordo muito** e 5 significa **Concordo muito**, assinale com um círculo na resposta com que se identifica mais.

	Discordo Muito	Discordo um pouco	Não concordo nem Discordo	Concordo um pouco	Concordo muito
21.A minha vida parece-se em quase tudo com que eu desejaria que ela fosse	1	2	3	4	5
22.As minhas condições de vida são muito boas	1	2	3	4	5
23.Estou satisfeito com a minha vida	1	2	3	4	5
24.Até agora tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu desejaria	1	2	3	4	5
25.Se pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada	1	2	3	4	5

As seguintes afirmações fazem referência à **Espiritualidade/Crenças pessoais** e de que maneira afeta ou melhora a sua qualidade de vida.
Numa escala onde 1 significa **Não concordo** e 4 **Plenamente de acordo**, selecione a opção com que mais se identifica.

	Não concordo	Concordo um Pouco	Concordo Bastante	Plenamente de acordo
26.As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida	1	2	3	4
27.A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis	1	2	3	4
28.Vejo o futuro com esperança	1	2	3	4
29.Sinto que a minha vida mudou para melhor	1	2	3	4
30.Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida	1	2	3	4

Índice de Katz

1-BANHO

- 1 Independente** (necessita de ajuda apenas para lavar uma parte do corpo, p.ex. costas ou extremidades)
- 0 Dependente** (necessita de ajuda para lavar mais que uma parte do corpo; necessita de ajuda para entrar e sair da banheira; não se lava sozinho)

2- VESTIR

- 1 Independente** (escolhe a roupa adequada, veste-a e aperta-a; exclui atar os sapatos)
- 0 Dependente** (precisa de ajuda para se vestir; não é capaz de se vestir)

3- UTILIZAÇÃO DA SANITA

- 1 Independente** (não necessita de ajuda para entrar e sair do wc; usa a sanita, limpa-se e veste-se adequadamente; pode usar urinol pela noite)
- 0 Dependente** (usa urinol ou arrastadeira ou necessita de ajuda para aceder e utilizar a sanita)

4- TRANSFERÊNCIA (cama / cadeirão)

- 1 Independente** (não necessita de ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama; pode usar ajudas técnicas, p.ex. bengala)
- 0 Dependente** (necessita de alguma ajuda para se deitar ou levantar da cama/ cadeira; está acamado)

5- CONTINÊNCIA (vesical / fecal)

- 1 Independente** (controlo completo da micção e defecação)
- 0 Dependente** (incontinência total ou parcial vesical e/ou fecal; utilização de enemas, algália, urinol ou arrastadeira)

6- ALIMENTAÇÃO

- 1 Independente** (leva a comida do prato à boca sem ajuda; exclui cortar a carne)
- 0 Dependente** (necessita de ajuda para comer; não come em absoluto ou necessita de nutrição entérica / parentérica)

	Pontos
Dependência total	0
Dependência grave	1-2
Dependência moderada	3-4
Dependência ligeira	5
Independência	6

**Anexo 4 - Autorização dos autores para utilização das Escalas
no estudo de investigação.**

De: José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

Enviado: quarta-feira, 8 de novembro de 2017 14:37

Para: JP S

Assunto: RE: Pedido de autorização de utilização de escalas de avaliação

Caro colega

A escala de espiritualidade deverá contactar a Doutora Cândida Pinto para a autorização. Sobre o mini mental não tenho nenhuma relação com ele. Já utilizei mas não produzi estudos de validação

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

De: JP S [joaopaulo351@hotmail.com]

Enviado: quarta-feira, 8 de Novembro de 2017 13:21

Para: José Luis Pais Ribeiro

Assunto: Pedido de autorização de utilização de escalas de avaliação

Exmo. Sr. Professor Doutor José Luis Pais Ribeiro

Eu, João Paulo Caldeira Silva, aluno da escola superior de Educação e Ciências Sociais de Portalegre, no segundo ano do curso de Gerontologia, ramo Saúde no ano lectivo 2017/2018, venho por este meio solicitar autorização para aplicar as escalas, na minha investigação:

- Escala de Avaliação da Espiritualidade em contextos de Saúde (desenvolvida pela Professora Doutora Cândida Pinto)

- Questionário do Estado de Saúde: versão reduzida de 12 itens "Mini Mental State Examination"

O estudo de investigação intitulado "Idosos que cuidam de idosos - A Espiritualidade e a satisfação com a vida, aliada aos cuidados informais a idosos", cujo orientador é o professor Doutor Raul Cordeiro, docente na Escola Superior de Saúde de Portalegre.

Para qualquer eventualidade ou dúvida pode sempre contactar para o seguinte

email: raulcordeiro@essp.pt

Aguardo resposta

Com os melhores cumprimentos

João Paulo Caldeira Silva

De: Cândida Pinto <candidapinto@esenf.pt>
Enviado: quarta-feira, 8 de novembro de 2017 15:23
Para: 'JP S'
Assunto: RE: Pedido de autorização de escala de avaliação

Boa Tarde João Silva

Serve o presente e-mail, para a utilização da referida escala no trabalho académico abaixo referido. Caso necessite uma autorização mais formal, poderei enviar-lha posteriormente.

Votos de sucesso.

Com os melhores cumprimentos,

Prof.ª Cândida Pinto

(RN,MSc,PhD)

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

Email esep@esenf.pt

Telef +351 22 507 35 00

Fax +351 22 509 63 37

<http://portal.esenf.pt>

De: JP S [mailto:joaopaulo351@hotmail.com]
Enviada: 8 de novembro de 2017 13:32
Para: candidapinto@esenf.pt
Assunto: Pedido de autorização de escala de avaliação

Eu, João Paulo Caldeira Silva, aluno da escola superior de Educação e Ciências Sociais de Portalegre, no segundo ano do curso de Gerontologia, ramo Saúde no ano lectivo 2017/2018, venho por este meio solicitar autorização para aplicar as escalas:
- Escala de Avaliação da Espiritualidade em contextos de Saúde

O estudo de investigação intitulado "Idosos que cuidam de idosos - A Espiritualidade e a satisfação com a vida, aliada aos cuidados informais a idosos", cujo orientador é o professor Doutor Raul Cordeiro, docente na Escola Superior de Saúde de Portalegre. Para qualquer eventualidade ou dúvida pode sempre contactar para o seguinte email: raulcordeiro@essp.pt

Aguardo Resposta

Com os melhores cumprimentos

João Paulo Silva

De: Margarida Lima <mplima@fpce.uc.pt>

Enviado: quarta-feira, 8 de novembro de 2017 14:24

Para: JP S

Assunto: Re: Pedido de autorização para utilização da Escala de Satisfação com a Vida

Caro João

Já são escalas do domínio público por isso não é necessário autorização. De qualquer modo bom trabalho.

Cumprimentos Margarida

Em 2017-11-08 13:38, JP S escreveu:

Exma. Sra. Professora Doutora Margarida Lima

Eu, João Paulo Caldeira Silva, aluno da escola superior de Educação e Ciências Sociais de Portalegre, no segundo ano do curso de Gerontologia, ramo Saúde no ano lectivo 2017/2018, venho por este meio solicitar autorização para aplicar a escala na investigação sobre a Espiritualidade e a Satisfação com a Vida:

- Escala de Satisfação com a Vida

O estudo de investigação intitulado "Idosos que cuidam de idosos - A Espiritualidade e a satisfação com a vida, aliada aos cuidados informais a idosos", cujo orientador é o professor Doutor Raul Cordeiro, docente na Escola Superior de Saúde de Portalegre. Para qualquer eventualidade ou dúvida pode sempre contactar para o seguinte email: raulcordeiro@essp.pt

Aguardo Resposta

Com os melhores cumprimentos

João Paulo Silva