



UNIVERSIDADE DOS AÇORES

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE ANGRA DO HEROÍSMO

TESE DE MESTRADO EM GERONTOLOGIA SOCIAL

Satisfação do cuidador/Educação para a Saúde

Mestranda:

Carla Susana Paim Rodrigues Faria

Orientadora:

Professora Doutora Manuela Martins

ANGRA DO HEROÍSMO

OUTUBRO DE 2011



UNIVERSIDADE DOS AÇORES
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE ANGRA DO HEROÍSMO
TESE DE MESTRADO EM GERONTOLOGIA SOCIAL



Satisfação do cuidador/Educação para a Saúde

Mestranda:

Carla Susana Paim Rodrigues Faria

Orientadora:

Professora Doutora Manuela Martins

ANGRA DO HEROÍSMO

OUTUBRO DE 2011

Resumo:

Numa população cada vez mais envelhecida, em que há um aumento da necessidade de apoio às pessoas idosas surge a interrogação se o apoio prestado pelos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários está a promover a Educação para a Saúde dos cuidadores informais. Pretendeu-se com este trabalho avaliar o grau de satisfação dos cuidadores informais quando sujeitos a Educação para a Saúde em contexto domiciliário, bem como verificar a existência de relação entre esta e as características sócio demográficas dos mesmos e dos idosos, descrever os focos mais abordados nas sessões de Educação para a Saúde, e analisar a relação destes com a satisfação.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que estão em melhores condições para desempenhar o papel de educadores para a saúde porque conhecem bem a problemática dos cuidadores de pessoas idosas dependentes pois lidam diariamente com eles e são muitas vezes vistos como o primeiro recurso para estes cuidadores em situações de necessidade de cuidados de saúde. Este tipo de relação é, por sua vez, um veículo da afectividade gerada entre o enfermeiro e a díade pessoa idosa dependente/cuidador informal, imprescindível numa relação pedagógica (já que a construção do conhecimento de cada indivíduo se faz com base na afectividade/emoções que estabelece com os outros).

Este estudo situa-se no paradigma quantitativo, sendo de natureza descritiva exploratório. Para a recolha de dados foi utilizada uma amostra não probabilística constituída por 113 cuidadores informais de idosos dependentes. Utilizou-se como instrumento de colheita de dados, o formulário. Das conclusões emergiu que a maioria dos cuidadores está satisfeito ou muito satisfeito com os cuidados de enfermagem, apresentando valores muito elevados de satisfação, no entanto, não existe relação com a Educação para a Saúde pois esta por si só não é motivo de visita domiciliária, ou seja, nenhum caso ocorre efectivamente com o objectivo de ensino. O ensino surge em alguns casos como complemento de um cuidado técnico realizado pelos enfermeiros. Relativamente à satisfação com os cuidados de enfermagem, podemos constatar que a qualidade na assistência, envolvimento do utente e promoção do elo de ligação são os itens em que os cuidadores estão mais satisfeitos. Havendo uma grande lacuna na informação dos recursos e formalização da informação.

Palavras-chave: Cuidador Informal, Idoso Dependente, Educação para a Saúde e Satisfação.

**Abstract:**

In a population each aged time more, where it has an increase of the necessity of support to the aged people appears the interrogation if the support given for the nurses of Primary Cares of Health is to promote the Education for the Health of the informal caregivers. The Education for the Health in home context was intended with this work to evaluate the degree of satisfaction of the informal caregivers when citizens, as well as verifying the demographic existence of relation between this and characteristics partner of the same ones and the aged ones, describing the focus most boarded in the sessions of Education for the Health, and to analyze the relation of these with the satisfaction. The nurses are the health professionals who are in better conditions to play the role of educators for the health because they know the problematic one of the informal caregivers of dependent aged people well therefore deal daily with them and are many seen times as the first resource for these informal caregivers in situations of necessity of cares of health.

This type of relation is, in turn, a vehicle of the affectivity between the nurse and dyad elderly dependent informal, essential informal caregivers in a pedagogical relation (since the construction of the knowledge of each individual if makes the affectivity on the basis of/emotions that establish with the others). This study it is placed in the quantitative paradigm, being of exploratory descriptive nature. For the retraction of data a not probabilistic sample consisting by 113 informal caregivers of aged dependents was used. It was used as instrument of harvest of data, the form. Of the conclusions it very emerged that the majority of the informal caregivers is satisfied or very satisfied with the cares of nursing, presenting raised values of satisfaction, however, does not exist relation with the Education for the Health therefore this by itself is not reason of home nursing that is, none in case that it occurs effectively with the objective of education. Education appears in some cases as complement of a care technician carried through for the nurses. Relatively to the satisfaction with the cares of nursing, we can evidence that the quality in the assistance, involvement of the usury and promotion of the connector link are the item where the informal caregivers are more satisfied. Having a great gap in the information of the resources and formalization of the information.



Résumé:

Dans une population de plus en plus vieillie, où a une augmentation de la nécessité d'aide aux personnes âgées apparaît l'interrogation si l'aide prêtée par les infirmiers de Soins de Santé Primaires est en train de promouvoir l'Éducation pour la Santé des personnes âgées et les aidants naturels. Il s'est prétendu avec ce travail évaluer le degré de satisfaction de aidants naturels quand sujets l'Éducation pour la Santé dans contexte domiciliaire, ainsi que vérifier l'existence de relation entre celle-ci et les caractéristiques partenaire démographiques des memes et des personnes âgées, décrire les foyers le plus abordé dans les sessions d'Éducation pour la Santé, et analyser la relation de ceux-ci avec la satisfaction. Les infirmiers sont les professionnels de santé qui sont dans de meilleures conditions pour jouer le rôle d'éducateurs pour la santé ils parce que connaissent bien la problématique de aidant naturels de personnes âgées dependents ils donc traitent quotidiennement avec elles et sont beaucoup de fois vues comme première ressource pour ceux-ci les aidants naturels dans des situations de nécessité de soins de santé. Ce type de relation est, à son tour, un véhicule de l'affectivité produite entre l'infirmier et dyade personne âgée dépendante les aidants naturels, indispensable dans une relation pédagogique (depuis la construction de la connaissance de chaque personne se fait sur base de l'affectivité/émotions qui établissent avec les autres). Cette étude il se place dans le paradigme quantitatif, en étant de nature descriptive exploratoires. Pour la collecte de données est utilisé un échantillon non probabiliste constitué par 113 les aidants naturels de personnes âgées dépendantes. Il s'est utilisé mange instrument de récolte de données, le formulaire. Des conclusions il a émergé que à la majorité de aidants naturels il est satisfait ou très satisfait avec les soins de métier d'infirmier, en présentant des valeurs très élevées de satisfaction, néanmoins, n'existe relation avec l'Éducation pour la Santé donc celle-ci n'est de lui-même raison de visite domiciliaire, c'est-à-dire, personne cas se produit effectivement avec l'objectif d'enseignement. L'enseignement apparaît dans quelques cas comme complément des soins techniques réalisés par les infirmiers. À l'égard de la satisfaction avec les soins de métier d'infirmier, nous pouvons constater que la qualité dans l'assistance, l'engagement de l'usager et la promotion du lien de liaison sont les items où les aidants naturels sont plus satisfait. En y ayant une grande lacune dans les informations des ressources et une formalisation des informations.



Abreviaturas, siglas e sinais convencionais

SREA – Serviço Regional de Estatística dos Açores

RAA – Região Autónoma dos Açores

REPE – Regulamento Exercício Profissional de Enfermagem

INE – Instituto Nacional de Estatística

IRE – Instituto Regional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização Nações Unidas

AVD – Actividades de Vida Diária

DGS – Direcção Geral de Saúde

ABVD – Actividades Básicas de Vida Diária

AAVD – Actividades Avançadas de Vida Diária

AIVD – Actividades Instrumentais de Vida Diária

OE – Ordem dos Enfermeiros

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences



Agradecimentos

À minha avó pela sua força de viver.

À minha mãe Maria de Lurdes, pela sua paciência e apoio.

Aos meus irmãos Ruben e Lúcia embora ausentes, mas sempre presentes nos momentos mais difíceis.

Aos meus filhos, Rodrigo e Simão, pelos momentos em que os privei da minha companhia, e de “aturarem” as más disposições, fruto da falta de tempo.

Ao Jorge, meu marido e amigo, pela força e incentivo, e por nunca duvidar do meu sucesso na concretização deste percurso académico. Por todo o amor, carinho e respeito.

Aos meus amigos Ângelo, Carina, Telma e Fernando por estarem sempre disponíveis para ouvir os meus desabafos, mas acima de tudo pelas palavras reconfortantes e de estímulo.

À Professora Doutora Maria Manuela Martins pela orientação, disponibilidade, boa disposição e afectividade.

Aos meus colegas de turma do I Mestrado em Gerontologia Social da Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo pelos momentos compartilhados neste crescimento pessoal e profissional, especialmente à minha amiga e colega Ana Cristina Morais.

À minha colega de trabalho e amiga Adília Parreira por fazer parte das minhas angústias e conquistas no processo de concretização deste trabalho.

Ao Conselho de Administração do Centro de Saúde que autorizou a realização do estudo e aos meus colegas enfermeiros que colaboraram no levantamento de dados (fornecendo o nome e morada dos idosos que tinham apoio domiciliário).

Não poderia deixar de agradecer aos idosos e cuidadores que fizeram parte desta pesquisa pela colaboração dada.

A todos, muito Obrigado.

**ÍNDICE**

INTRODUÇÃO.....	12
I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1 - ENVELHECIMENTO	17
1.1 - Panorâmica Mundial e Europeia	17
1.2 - Envelhecimento nos Açores	19
2 – ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA	24
3 - CUIDADORES INFORMAIS	31
4 – ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA	36
5 – A SATISFAÇÃO UM RESULTADO DE QUALIDADE	43
6 - EDUCAÇÃO COMO UM MEIO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	48
II PARTE – ESTUDO DE CAMPO	54
1 - DA PROBLEMÁTICA ÀS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	55
2.1 – Objectivos do estudo	59
2.2 - População e amostra.....	59
2.3 – Variáveis em estudo.....	60
2.4 - Hipóteses	65
2.5 - Colheita de dados	66
2.6 - Procedimentos éticos e legais.....	69
III PARTE – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	70
1 – ANÁLISE DESCRITIVA	71
2 – ANÁLISE DAS DIFERENTES COMPONENTES DA SATISFAÇÃO COM AS DIFERENTES VARIÁVEIS	81
3 – DISCUSSÃO.....	93
4 – CONCLUSÕES.....	98
BIBLIOGRAFIA.....	101



ANEXOS	111
ANEXO I – Formulário.....	112
ANEXO II – Pedido para utilização da escala com algumas alterações	118
ANEXO III – Pedido ao Centro de Saúde.....	120
ANEXO IV – Consentimento informado.....	122

Índice de Quadros

Quadro n.º 1 - População residente na R. A. A. (2004/2008)	20
Quadro n.º 2 - Projecções de População Residente (2000/2050)	22
Quadro n.º 3 - Descrição das variáveis sócio demográficas.....	61
Quadro n.º 4- Descrição da variável Educação para a Saúde.....	62
Quadro n.º 5 - Descrição das variáveis dependentes – Satisfação	63
Quadro n.º 6 - Comparação do alpha da escala sucecs com a utilizada no estudo	67

Índice de Figuras

Figura n.º. 1 - Percentagem da População com 65 anos ou mais, no mundo (2005-2050)	18
Figura n.º. 2 - Pirâmides Etárias Portugal, 1960, 2004, 2050	18
Figura n.º. 3 - População residente nos Açores em 2008	20
Figura n.º. 4 - Modelo de análise das variáveis em interacção	65

Índice de tabelas

Tabela nº 1 - Distribuição segundo a idade dos idosos	71
Tabela nº 2 - Distribuição segundo o género dos idosos.....	72
Tabela nº 3 - Distribuição dos idosos segundo o seu estado civil.....	72
Tabela nº 4 - Distribuição segundo a idade dos cuidadores	72



Tabela nº 5 - Distribuição segundo o género dos cuidadores.....	73
Tabela nº 6 – Distribuição segundo o estado civil dos cuidadores	73
Tabela nº 7 - Distribuição dos cuidadores segundo as habilitações literárias	74
Tabela nº 8 - Distribuição dos cuidadores informais segundo o grau de parentesco.....	74
Tabela nº 9 - Diferença entre idades do idoso e do cuidador	74
Tabela nº 10 - Distribuição dos cuidadores informais segundo o tempo que cuidam.....	75
Tabela nº 11 - Distribuição do motivo da visita domiciliária.....	75
Tabela nº 12 - Distribuição dos temas de Educação para a Saúde abordados pelo enfermeiro no domicílio.....	76
Tabela nº 13 - Satisfação percebida pelos cuidadores informais.....	76
Tabela nº 14 - Relação entre a satisfação e a idade do idoso	76
Tabela nº 15 - Relação entre a satisfação e o género do idoso.....	77
Tabela nº 16 - Relação entre a satisfação e o estado civil do idoso	77
Tabela nº 17 - Relação entre a satisfação e a idade do cuidador.....	78
Tabela nº 18 - Relação entre a satisfação e o género do cuidador	78
Tabela nº 19 - Relação entre a satisfação e o estado civil do cuidador	78
Tabela nº 20 - Relação entre a satisfação e as habilitações académicas do cuidador.....	79
Tabela nº 21 - Relação entre a satisfação e grau de parentesco entre idoso e cuidador.....	79
Tabela nº 22 - Relação entre a satisfação e o tempo que cuidam.....	79
Tabela nº 23 - Relação entre a satisfação e os temas abordados de Educação para a Saúde	80
Tabela nº 24 – Avaliação dos itens da escala da satisfação com os cuidados de enfermagem.....	80
Tabela 25 - Análise das diferenças entre as componentes da satisfação e a idade dos idosos	81



Tabela 26 - Análise das diferenças entre as componentes da satisfação e o género dos idosos.....	82
Tabela 27 - Análise das diferenças entre as componentes da satisfação e o estado civil dos idosos.....	83
Tabela 28 - Análise das diferenças entre as componentes da satisfação e o género dos cuidadores.....	85
Tabela 29 - Análise das diferenças entre as componentes da satisfação e o estado civil dos cuidadores.....	86
Tabela 30 - Análise das diferenças entre as componentes da satisfação e a escolaridade dos cuidadores informais.....	87
Tabela 31 - Análise das diferenças entre as componentes da satisfação e a relação de parentesco entre o idoso dependente e o cuidador informal.....	88
Tabela 32 - Análise das diferenças entre as componentes da satisfação e o tempo que cuidam	90
Tabela 33 - Análise das diferenças entre as componentes da satisfação e os ensinos realizados.....	91



INTRODUÇÃO

A esperança de vida da população idosa Portuguesa tem vindo a aumentar, em relação a outras faixas etárias, como resultado do progresso tecnológico, declínio da fecundidade e diminuição da taxa de mortalidade infantil.

O envelhecimento e o novo padrão demográfico, é uma questão que há muito tempo apresenta-se como uma preocupação mundial, já que a população de idosos cresce vertiginosamente, não pode ser mais ignorado pelas políticas e programas de saúde, bem como pelos profissionais de saúde.

O envelhecimento interfere com toda a estrutura política, social e financeira de uma sociedade, surgindo assim a necessidade de cuidadores informais. Trata-se de cônjuges, filhos e filhas, noras e genros, sobrinhos e netos, amigos, vizinhos, todos estes sem uma formação profissional de saúde.

Muitos idosos actualmente encontram-se limitados ao domicílio e até mesmo acamados e dependentes de cuidados dos seus familiares ou outras pessoas, perante esta situação existe a necessidade de cuidadores capazes e devidamente formados, para garantir uma assistência de qualidade aos de mais idade.

Ao longo do nosso percurso profissional sempre nos preocupou o idoso como um ser bio-psico-social, esta preocupação advém fundamentalmente da convicção que só a harmonização do grau de satisfação sentido pelo cuidador em relação à Educação para a Saúde realizada no domicílio permite influenciar a sua qualidade de vida uma vez que este fica mais preparado para cuidar e ao mesmo tempo prevenir situações de burnout.

As transformações demográficas, sociais e familiares que se tem operado na sociedade Portuguesa determinam novas necessidades para os idosos dependentes, por isso, os cuidados domiciliários realizam-se através das visitas domiciliárias e, em muitas situações, tornam-se uma alternativa ao internamento. São uma realidade nos nossos dias, que envolve vários protagonistas numa complexa rede de relações. Importa ter em consideração não só o utente é alvo dos cuidados, mas também a família e o meio envolvente, pelo que, em nosso entender, só assim será possível saber como planificar e programar os cuidados a desenvolver, com a finalidade de melhorar os cuidados de saúde. Isto, não esquecendo que cada pessoa tem as suas características biológicas, psicológicas, socioeconómicas, culturais e espirituais e está integrada num sistema



maior, que é a família, tendo em conta as interacções de cada indivíduo com a sua família e comunidade, para adequar a sua prática às necessidades dos utentes.

Consideramos que os enfermeiros têm um papel fundamental, ao ajudar os cuidadores informais a mobilizar as suas potencialidades de forma a poder cuidar do idoso dependente de acordo com o seu estado de saúde/doença. Para Collière (1999:285) *“acção de enfermagem situa-se, por um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir, a limitar a doença, por outro, em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente”*.

A prestação de cuidados no domicílio, nomeadamente através da visitação domiciliária, poderá obter ganhos para os indivíduos, família e comunidades, verificando-se uma diminuição do número de internamentos (diminuição dos custos) pois o idoso mantém-se em casa, permitindo partilhar o espaço com a própria família.

Foi criado o regulamento de funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade (Despacho nº 10143/2009 de 16/4/2009) dos agrupamentos dos Centros de Saúde em que tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população, prestando cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias, em situação de maior risco ou dependência física e funcional que requeiram acompanhamento próximo, e actua na Educação para a Saúde, na integração em redes de apoio à família.

Neste contexto somos levados a reflectir sobre a acção dos enfermeiros, assim como na forma como apoiam o cuidador informal e idoso, numa perspectiva de cuidados e de educação para a saúde. Só assim será possível avaliar com precisão os cuidados de enfermagem prestados no domicílio.

Não há no momento publicados resultados de satisfação dos idosos e cuidadores informais na Ilha Terceira que nos orientem para uma melhor prática, assim somos levados a pensar que será útil socialmente desenvolver este estudo.

Gostaríamos de poder contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem e pensamos que se torna indispensável para este desiderato o conhecimento de opinião e expectativa dos cuidadores.

Perante a complexidade que representa estudar a satisfação, encaminhamo-nos para avaliar o grau de satisfação dos cuidadores informais de idosos dependentes quando sujeitos a Educação para a Saúde em contexto domiciliário, sendo o objectivo



deste relatório fazer uma reflexão sobre o suporte teórico à temática e apresentar os resultados que vão emergir do estudo.

Para uma melhor compreensão do estudo organizamos a dissertação em três partes: na primeira apresentamos o enquadramento teórico facilitador da compreensão do fenómeno em estudo, e que é constituído por diferentes subcapítulos, a saber: envelhecimento, envelhecimento e dependência, cuidadores informais, assistência de enfermagem à pessoa idosa, satisfação um resultado de qualidade, Educação como um meio de Promoção da Saúde. Uma segunda parte onde se pretende dar a conhecer o trabalho de campo que é composto pela problemática, objectivos do estudo, o instrumento de colheita de dados, e os participantes; numa 3ª parte apresentamos, analisamos e discutimos os dados. Por fim, apresentamos as conclusões, implicações do estudo onde sintetizamos aspectos mais significativos e reflectimos acerca das possíveis implicações do estudo.

Acreditamos que este relatório apenas apresenta os resultados objectivos do estudo, dele ficam o enriquecimento pessoal que foi, realizar este trabalho bem como a riqueza da vivência que ocorreu no trabalho de campo.



I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO



Num trabalho de investigação, a apresentação de um enquadramento teórico segundo Polit e Hungler (1995:15), *é uma etapa fundamental uma vez que possibilita o estabelecimento de uma ligação entre a nova investigação e o conhecimento já existente sobre o assunto em estudo.*

O enquadramento teórico indica a perspectiva sob o qual o estudo foi realizado. Os conceitos são explicados na perspectiva do estudo (Fortin, 2003).

Assim, depois de encontrar a temática que nos preocupou, partimos para a compreensão da mesma afim de com clareza delimitar o problema de pesquisa e assim dar início a uma revisão bibliográfica que suportou a construção do enquadramento teórico. O nosso objectivo nesta parte é deixar registado autores que contribuíram para a delimitação do problema, bem como o estado da arte de algumas das temáticas.

Organizamos esta parte mergulhando no tema do envelhecimento, depois situamo-nos na dependência, nos cuidadores e cuidados e por último procuramos compreender o que é afinal a Educação para a Saúde.

1 - ENVELHECIMENTO

Segundo o INE (2002), o envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspectivas: Individualmente, o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, o aumento da esperança média de vida. O envelhecimento demográfico, por seu lado, define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Note-se que o aumento é conseguido em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade activa.

É importante conhecer a extensão e expressividade do envelhecimento, no contexto social actual, com o intuito implícito de conhecer a população que serviu de base a este estudo e articular a representatividade desta investigação com o cenário social em que teve lugar.

Para isso, apresenta-se uma panorâmica mundial e europeia, seguida da contextualização demográfica do envelhecimento português, culminando com os dados relativos aos Açores mais precisamente na Ilha Terceira.

1.1 - Panorâmica Mundial e Europeia

Segundo a OMS (2002), o envelhecimento da população, embora fosse um dos maiores triunfos da humanidade, hoje, é também um dos seus maiores desafios. E se antes se distinguiu uma clara prevalência da situação apenas nos países mais desenvolvidos, hoje este acontecimento é notado em expressão mundial. De facto, como refere Moniz (2003:41), *o envelhecimento demográfico está longe de ser um assunto pacífico pelas implicações sociais, económicas e financeiras que envolve.*

Segundo informação do Instituto Nacional de Estatística, a população mundial, na última metade do século XX, assistiu a um decréscimo simultâneo das taxas de mortalidade e de natalidade, processo que parece vir sustentando o fenómeno de um envelhecimento populacional mundial, mas, e segundo a mesma fonte apesar de inicialmente este processo se ter verificado inicialmente nos países mais desenvolvidos, no entanto, assiste-se à generalização, mas com ritmos diferentes.

Da leitura da pirâmide apresentada, podemos antever o horizonte futuro de alargamento do seu topo, que se faz acompanhar de um estreitamento da base, o que se traduz num decréscimo da percentagem da população jovem relativamente à população idosa.

No período de 2001 a 2009, a esperança de vida conhece ganhos significativos, sobretudo entre os homens, diminuindo a diferença da vida média entre homens e mulheres. A longevidade aumenta e os respectivos efeitos na composição etária da população com o correspondente acréscimo de pessoas idosas.

As grandes mudanças na fecundidade e na mortalidade durante a segunda metade do século passado contribuíram para as alterações na estrutura etária, tendo o número de pessoas idosas ultrapassado o número de jovens. A proporção de pessoas idosas no total da população agravou-se, sendo mais significativa entre as mulheres e a importância relativa dos jovens reduziu-se, começando a delinear-se a perda de posição da população em idade activa. O processo de envelhecimento demográfico continuou, tanto pelo topo como pela base da pirâmide de idades (Carrilho & Patrício, 2009).

Dados do INE (2008), divulgam que, no território nacional, a zona de maior envelhecimento corresponde à região Interior. Verificou-se, no ano de 2007, uma desaceleração do crescimento natural e migratório na região Norte e uma taxa de crescimento natural negativa na região Centro e Alentejo. A maior taxa de crescimento efectivo registou-se na região do Algarve, sendo que nas regiões de Lisboa, Madeira e Açores houve manutenção de uma taxa de crescimento positiva, suportada por um crescimento migratório e natural positivo.

1.2 - Envelhecimento nos Açores

Em 31 de Dezembro de 2008 a população residente na Região Autónoma dos Açores, estimava-se em 244.780 indivíduos. Os Açores são das regiões mais jovens do país, em Dezembro de 2006 havia 64,4 idosos para cada 100 jovens. Este índice tem crescido de uma forma lenta em 1992 era de 49,2 idosos por cada 100 jovens (SREA, 2009).

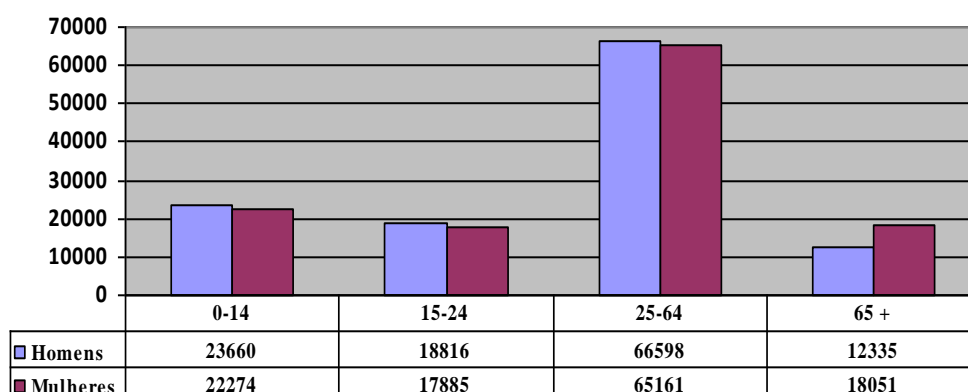
Mas, as estatísticas regionais de 2004 a 2008 (Quadro n.º 1) mostram que o número de residentes entre os 0 e os 24 anos está a diminuir, aumentando nas faixas etárias acima (SREA, 2009).

Quadro n.º 1 - População residente na R. A. A. (2004/2008)

Ano	2004	2005	2006	2007	2008	
0-14	48.225	47.581	46.904	46.437	45.934	18,7%
15-24	39.152	38.621	38.007	37.408	36.701	15,0%
25-64	123.740	125.897	127.909	129.933	131.759	54,0%
65 +	30.089	30.142	30.198	30.228	30.386	12,4%
Total	241.206	242.241	243.018	244.006	244.780	

Fonte: Estatísticas Demográficas, 2004-2008, SREA

De salientar ainda, o número elevado de mulheres com idades superiores a 65 anos, (figura n.º. 3).

Figura n.º. 3 - População residente nos Açores em 2008


Fonte: Estatísticas Demográficas, 2008, SREA

Lendo as estatísticas regionais dos últimos cinco anos contabilizados (2004-2008), percebe-se que, de facto, a população açoriana com mais de 65 anos é inferior à população dos restantes escalões etários considerados nessas análises: em 2008, os indivíduos com mais de 65 anos representavam 12,4 % da população residente no arquipélago; os indivíduos entre os 25 e os 64 anos representavam 54 %; os entre os 15 e os 24 anos, 15 %; e abaixo dessa idade representavam 18,7 % dos residentes nos Açores, de facto a faixa etária dos mais velhos é superior à dos mais novos.

Nesta variação começa-se a perceber uma ligeira inversão no escalonamento populacional insular. Ou seja, entre 2004 e 2008, o número de residentes entre os 0 e os 24 anos tem vindo a descer, enquanto nas outras faixas etárias tem vindo a aumentar.

Por exemplo, entre 2004 e 2008, na faixa etária entre os 25 e os 64 anos, houve um aumento de 8.019 residentes. No mesmo período mas na faixa etária entre os 0 e os 24 anos, registou-se um decréscimo de 4.742, e na faixa etária acima dos 65 anos um ligeiro aumento de 297 residentes.

É do conhecimento geral que o envelhecimento da população, tem tendência a acentuar-se, não só no topo, com o aumento dos mais velhos, mas também na base com a redução dos mais novos (Fernandes, 2008).

O quadro 1 apresenta-nos, para o período referido 2004-2008, uma tendência para o aumento dos mais velhos e diminuição da população jovem. Estes dados podem indicar o início do envelhecimento populacional. No entanto, devemos ter em atenção que o período em análise é pequeno, só numa análise mais prolongada será possível confirmar ou refutar quaisquer tendências demográficas no arquipélago.

Na análise das Projeções da População Residente, 2000-2050 (Quadro nº. 2) observamos que o índice de envelhecimento tem tendência a subir de forma extraordinária nos próximos 40 anos, quer em Portugal quer na Região Autónoma dos Açores. Ou seja, enquanto em 2000, por cada 100 jovens, existiam na Região Autónoma dos Açores 60 idosos, em 2050 em igual número de jovens passam a existir 328 idosos. O que significa que no período de 2000-2050 o índice de envelhecimento mais que quintuplica, no entanto, os Açores são das regiões mais jovens quando comparado com o Continente.

Verificamos por um lado que o envelhecimento da população modifica as características da procura de cuidados, pela presença de patologias múltiplas sobretudo expressão crónica (Honoré, 2002), por outro lado, o envelhecimento favorece a desenvolvimento de limitações funcionais físicas e/ou sensoriais, factores que dificultam as actividades da vida quotidiana, conduzindo à dependência.

Quanto ao índice de dependência total (o quociente entre a população idosa 65 e mais anos e a população em idade activa dos 15 aos 64 anos), no mesmo período sobe de 52,4 para 70,0. O índice de dependência de idosos sobe de 19,7 para 53,7.

Quadro n.º 2 - Projeções de População Residente (2000/2050)

Projeções de População Residente, segundo o sexo e grandes grupos etários,
Portugal e NUTS III
(NUTS 2001), 2000-2050, CENÁRIO BAIXO

CENÁRIO BAIXO			2000	2010	2020	2030	2040	2050
			HM	HM	HM	HM	HM	HM
PORTUGAL	Grandes grupos etários	TOTAL	10256684	10148363	9735286	9137402	8403588	7487591
		0-14	1640669	1506291	1191306	940162	820038	688800
		15-24	1465362	1101485	1045255	847671	647056	565486
		25-64	5473352	5682133	5403844	4952696	4264761	3495202
		65+	1677301	1858454	2094881	2396873	2671733	2738103
	ÍNDICES	ENVELHECIMENTO	102,2	123,4	175,8	254,9	325,8	397,5
		DEPENDÊNCIA TOTAL	47,8	49,6	51,0	57,5	71,1	84,4
		DEPENDÊNCIA JOVENS	23,6	22,2	18,5	16,2	16,7	17,0
		DEPENDÊNCIA IDOSOS	24,2	27,4	32,5	41,3	54,4	67,4
REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES	Grandes grupos etários	TOTAL	237032	242741	245219	241570	232050	215901
		0-14	50755	43952	36997	29565	24410	20746
		15-24	40285	34376	29782	25507	20310	16551
		25-64	115285	133669	141964	138549	129484	110459
		65+	30707	30744	36476	47949	57846	68145
	ÍNDICES	ENVELHECIMENTO	60,5	69,9	98,6	162,2	237,0	328,5
		DEPENDÊNCIA TOTAL	52,4	44,4	42,8	47,2	54,9	70,0
		DEPENDÊNCIA JOVENS	32,6	26,2	21,5	18,0	16,3	16,3
		DEPENDÊNCIA IDOSOS	19,7	18,3	21,2	29,2	38,6	53,7



Este processo de envelhecimento demográfico é actualmente comum a todo o continente europeu. À medida que caminhamos no tempo, verificamos que o número de idosos, tende a aproximar-se progressivamente do número de jovens, e a ser superior como se verifica a partir de 2020.

De acordo com Moniz (2003) este fenómeno de envelhecimento, só é considerado inquietante porque se desenrola num contexto adverso devido à diminuição da taxa de natalidade, à instabilidade familiar, à falta de apoio por parte da família do próprio idoso, à exclusão social e despersonalização das relações sociais, que agravam as condições de vida dos idosos levando-os a uma posição desvantajosa na sociedade.

Segundo Moniz (2003:39), *compreender o envelhecimento, como um processo dinâmico, conduz, necessariamente, a uma mudança de atitudes em relação às pessoas idosas e permite aos enfermeiros elaborarem acções específicas direccionadas a estas pessoas.*

Foi criado pela Direcção Geral de Saúde, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, em que tem como objectivos fundamentais promover a saúde, autonomia e independência dos idosos, através da prevenção de comportamentos de risco e da promoção de boas práticas, melhorando as práticas profissionais de saúde no campo do envelhecimento.

Verifica-se então, um enorme interesse das sociedades ocidentais por esta problemática, tanto pelo forte impacto social, como pelas dimensões que assumiu e pelas consequências demográficas, sociológicas, económicas e políticas que daí advêm. O envelhecimento da população tornou-se então, uma preocupação emergente à escala mundial.

2 – ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA

Como acabamos de verificar anteriormente, as pessoas vivem cada vez mais tempo e, embora a maioria das pessoas idosas não seja nem doente, nem dependente, a verdade é que as transformações bio-psico-sociais pelas quais todas elas passam, alteram o seu equilíbrio homeostático e exigem um novo equilíbrio, ao qual cada indivíduo se adapta com maior ou menor facilidade (Palma, 1999). Aparecem algumas deficiências, aumenta a predisposição à doença, diminui a actividade física e mental, surgindo dificuldades de adaptação e diminuição da capacidade de resposta às solicitações criadas ao nível bio-psico-social (Palma, 1999).

O envelhecimento como fenómeno biológico tem sido interpretado em ligação com teorias que explicam as causas do envelhecimento celular e do aparecimento de perturbações de saúde. Neste sentido, tais teorias defendem que todo o organismo multicelular dispõe de um tempo limite de vida, em que as probabilidades de sobreviver vão sendo cada vez menores à medida que se avança na idade. A causa do envelhecimento advém das alterações moleculares e celulares que acaba por resultar em perdas funcionais progressivas dos órgãos e do organismo (Farinatti, 2002). Neste sentido, à medida que se envelhece surge a impossibilidade de realizar de forma independente as actividades básicas de vida diária, pode-se verificar o aparecimento das doenças crónicas ou a perda geral das funções fisiológicas levando à necessidade de ajuda de terceiros.

Segundo a OMS (2001) idoso é qualquer indivíduo com 65 anos de idade, independentemente do género e estado de saúde.

Actualmente, estima-se que 80% das pessoas com 65 ou mais anos de idade sofrem, pelo menos de uma doença crónica e, para muitos, a presença de duas ou mais condições complicam o plano de cuidados (INE, 2002).

Também Pavarini e Neri (2000), referem que nesta fase da vida, ocorre uma tendência para acumulação dos efeitos das pressões exercidas pelas perdas em vários domínios como, por exemplo, perdas de amigos, às quais se junta a reforma compulsiva, o afastamento dos filhos, as doenças e a sensação de aumento da vulnerabilidade. Este conjunto de alterações pode levar à perda de autonomia, tanto a nível biológico como psico-social fazendo com que alguns idosos necessitem da assistência de terceiros para satisfazer as necessidades humanas básicas.



O conceito de dependência consiste em a pessoa por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual tem necessidade de uma ajuda para realizar as actividades básicas de vida diária (Amaral, M.F. & Vicente, M.O., 2000) (Direcção Geral de Saúde, 2004)

A dependência é definida como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de um semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptar-se (Pavarini e Neri, 2000). Em sentido estrito, a dependência traduz-se pela necessidade de assistência nas actividades quotidianas, que o indivíduo já não realiza porque não pode ou porque não quer (exemplo: quando o idoso adopta um comportamento dependente por conveniência para chamar a atenção à sua volta) (Pavarini, S. & Neri, A., 2000), trata-se, portanto, de apoio aos papéis de sobrevivência (lavar-se, vestir-se, alimentar-se, etc.).

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

Os factores físicos incorporam a fragilidade física, os problemas de mobilidade e as doenças. Por sua vez a factores psicológicos associam-se os transtornos cognitivos e as alterações de personalidade. Relativamente ao contexto social, este está relacionado com o ambiente físico, com as atitudes e comportamentos das pessoas que rodeiam o idoso, podendo promover a autonomia ou contrariamente a dependência.

Corroborando Pavarini & Neri (2000), afirmamos que dependência, independência e autonomia não são condições que se excluem umas às outras, porque o funcionamento do ser humano é multidimensional. Um idoso pode ser dependente em determinados aspectos e independente em outros, por exemplo, pode possuir uma dependência física, incapacidade e ser autónomo financeiramente, ou ser dependente afectivamente, usar a condição de idosos para despertar compaixão e atenção) e independente a nível cognitivo, ser capaz de planear acções, o que lhe confere basicamente a autonomia na decisão.



Nesta linha de pensamento, abordar a situação de dependência implica analisar o contexto situacional no qual ela ocorre, ou seja, compreender os vários factores que para ela concorrem.

Dentro do conjunto desses factores destacamos as doenças e, em particular, as doenças crónicas, que têm um efeito directo na capacidade dos indivíduos para satisfazer as actividades de vida diária (AVD) e manter condições de vida independente. As doenças associadas ao envelhecimento afectam, quer a duração da vida, quer a sua qualidade. O sofrimento e a incapacidade causados por estas doenças obrigam-nos a redefinir a doença em termos operacionais: avaliação das limitações funcionais e incapacidade temporária e permanente da pessoa idosa.

A incidência e a prevalência das doenças crónicas aumenta com a idade, a comorbilidade, coexistência de diversos problemas crónicos no mesmo indivíduo é frequente em pessoas de idade avançada (Rafart, 2001), aumentando o risco de incapacidade. É este o motivo apontado para que as pessoas idosas, em número e intensidade sejam proporcionalmente mais dependentes do que as jovens.

A realidade é que com o passar dos anos há um aumento significativo da dependência. Os grupos etários mais velhos são proporcionalmente mais dependentes que os mais jovens (Paschoal, 2007).

Também Amaral & Vicente (2000) constataram nos estudos que realizaram a pessoas idosas dependentes, que não só o grau de dependência aumentava com o aumento do grupo etário, como também era mais predominante no sexo feminino. Demonstraram assim, que havia uma diferença face ao género, sendo o sexo feminino mais dependente que o masculino (*ibid.*).

A dependência é uma *situação em que se encontra uma pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar todas ou algumas actividades de vida diária.* (Decreto-Lei nº 101/2006) Como pudemos verificar o desempenho das actividades básicas de vida diária é um parâmetro amplamente aceite e reconhecido, permitindo uma visão mais precisa quanto à dependência.

Para nós, profissionais de saúde (ICN, 2006), o termo dependência, define-se como um estado em que as pessoas se encontram, por razões ligadas à falta ou perda de



autonomia (física, psíquica, social) necessitando de uma ajuda a fim de realizar as actividades básicas de vida diária e as actividades instrumentais da vida diária.

A Teoria de Enfermagem que se debruça sobre o auto cuidado é a Teoria de Dorothea Orem porque relaciona-se com a necessidade do indivíduo e família em manter uma condição de bem-estar. O autocuidado abrange as actividades básicas que ajudam à promoção da saúde, ao bem-estar e à manutenção da saúde.

A teoria de Orem perspectiva os cuidados de saúde como uma tarefa conjunta entre enfermeiro e utente. O enfermeiro presta formação e dá apoio, ajudando o utente a adquirir o conhecimento necessário para efectuar o autocuidado. Esta teoria é fundamental para os cuidados domiciliários, uma vez que começa a reconhecer verdadeiramente o papel do utente na gestão da sua saúde, actividade que é designada como auto cuidado.

As actividades básicas de vida diária reflectem-se apenas na capacidade ou não para o auto – cuidado básico. Já as actividades instrumentais de vida diária reflectem o nível da capacidade de utilização dos recursos disponíveis no meio ambiental habitual para a execução de tarefas diárias.

Outra dimensão, centra-se em saber o quanto é dependente o idoso. Conhecer o grau de incapacidade funcional dos idosos dependentes é fundamental, pois ajuda a determinar os cuidados necessários. Em termos metodológicos, o grau de dependência tem sido avaliado por escalas de capacidade funcional.

As escalas de capacidade funcional existentes não só procuram obter o grau de dependência, como proporcionam um conjunto limitado de categorias, obtidas de um índice elaborado, que ajudam a clarificar os idosos dependentes.

Na tentativa de concretizar a avaliação funcional utilizam-se determinados instrumentos, sendo os mais utilizados segundo Sequeira (2010), o Índice de Katz (avalia a capacidade para executar as actividades básicas da vida diária, consideradas tarefas de autocuidado e centra-se em seis actividades), o Índice de Barthel (avalia dez actividades, instrumentais de vida diária, mede a capacidade que o indivíduo tem para ter uma vida independente na comunidade) e o Índice de Lawton (permite mensurar, por um lado, as actividades básicas da vida diária e, por outro, as actividades instrumentais de vida diária, e focaliza-se em oito actividades).

De um modo geral, a dependência tem sido classificada em três níveis: baixa ou ligeira, média ou moderada ou elevada ou severa. O idoso com baixa dependência



necessita apenas de supervisão, já que possui alguma autonomia e consegue realizar determinadas actividades básicas de vida diária. O idoso com dependência média necessita não só de supervisão como também de apoio de terceiros para o desempenho de algumas actividades específicas. Finalmente o idoso com dependência elevada necessita de ajuda permanente no seu dia-a-dia, quer isto dizer que não tem capacidade para executar um determinado conjunto de tarefas elementares (José & Wall, 2002).

Considerando que a dependência não é um fenómeno inelutável nem universal no envelhecimento, dado que o declínio das capacidades físicas e mentais não afecta da mesma forma as pessoas idosas, a perda de autonomia só pode ser considerada universal, na medida em que independentemente do grau de dependência da pessoa idosa, essa perda vai afectar quer o seu equilíbrio, quer o equilíbrio dos que lhe prestam ajuda.

Também Fernandes (2000), refere que a perda de autonomia é um dos principais fenómenos que influencia a qualidade de vida da pessoa idosa, sobretudo quando esta perda se dá a nível psicológico e se relaciona com transtornos cognitivos e alterações da personalidade.

É de salientar que, Paschoal (2007), defende que uma forma de se quantificar a saúde de uma pessoa idosa é através do grau de autonomia que ela possui e do grau de independência com que desempenha as funções do dia-a-dia. Pode-se medir a independência através do seu oposto: a dependência no desempenho das actividades diárias, tendo em conta o desempenho físico, psíquico e social.

Esta avaliação abrangente, tendo em conta as três dimensões: física, psíquica e social poderá responder com eficácia às necessidades complexas das pessoas idosas na sociedade contemporânea. Esta abordagem surge como resposta à elevada prevalência das necessidades das pessoas idosas, das disfunções e dependências reversíveis e não desvendadas, que escapam à tradicional avaliação biomédica. Trata-se de uma abordagem bio-psico-social, pois as necessidades da pessoa idosa não se manifestam somente no domínio biológico mas em outros, nomeadamente no psicológico, no sociológico, no cultural e no espiritual. Também a OMS (2002) adverte que a saúde da pessoa idosa é melhor avaliada em termos de função, levando-se em conta, sempre, as dimensões física, psíquica e social.

A obtenção de dados da esfera funcional, física e social é extremamente preciosa, uma vez que fornece subsídios para o nível de assistência a proporcionar à

pessoa idosa. A este respeito, a DGS (2004) e Rafart (2001) dizem-nos que o conhecimento da prevalência das limitações funcionais é indispensável para determinar recursos e serviços a aplicar, promovendo ambientes facilitadores de autonomia e independência.

Partilhamos a opinião de (Lage, 2005 b:9) quando diz que “A função converteu-se nos últimos anos no melhor detector de doença, no principal factor predictor de morte, de institucionalização, de situação funcional, de probabilidade de recuperação funcional em programas de reabilitação, e no principal objectivo terapêutico para todos os profissionais que se dedicam à prevenção e aos cuidados aos idosos”. Neste sentido, admite-se que a capacidade funcional é melhor indicador de saúde do que o estudo da prevalência de doenças. A perda de função nas pessoas idosas é a principal manifestação de doença, correspondendo habitualmente a cada tipo de doença, um tipo de perda funcional específico, afectando um grupo específico de actividades de vida diária (Lage, 2005a).

Especificamente, a autonomia funcional compreende a autonomia para as actividades avançadas de vida diária (AAVD), a autonomia para a realização das actividades instrumentais de vida diária (AIVD) e a autonomia para as actividades básicas de vida diária (ABVD) (Lage, 2005a e Paschoal, 2007).

As actividades básicas de vida diária (ABVD) são necessárias para o autocuidado pessoal e permitem a uma pessoa valer-se por si própria. O autocuidado consiste na prática de actividades que os indivíduos realizam em favor de si mesmos para manter a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 1991 citada por Cavanagh, 1993), como por exemplo: tomar banho, vestir-se, ir ao wc, movimentar-se e alimentar-se. Problemas neste domínio representam um risco severo à independência e causam sobrecarga nos cuidadores, podendo levar à institucionalização da pessoa idosa.

A avaliação da capacidade funcional através de escalas, não invalida a avaliação das dimensões social, psico-afectiva e mental da pessoa idosa (Ennuyer, 2001 citado por Lage 2005a).

Esta avaliação da capacidade funcional deverá ser realizada sempre que possível na fase precoce da incapacidade funcional quando esta ainda é potencialmente reversível e no domicílio da pessoa idosa dependente. De acordo com Leme (2000), este é o melhor local para se diagnosticar atempadamente as necessidades da pessoa idosa,



dado que se confronta a pessoa com a sua realidade quotidiana, permitindo reabilitar o indivíduo com maior grau de adequação à realidade.

A dependência é um problema grave de saúde, interferindo na qualidade de vida do idoso e do cuidador informal pelo que requer a tomada de medidas individuais, sociais, governamentais, devendo-se promover sempre a máxima autonomia, confiança e auto-valorização.

É nesta abordagem que a nossa preocupação, enquanto profissionais de saúde, se deve orientar no sentido do apoio aos cuidadores informais de idosos dependentes, a encontrarem um equilíbrio que lhes permita superar as mudanças e consecutivamente favorecer um processo de adaptação mais rápido e consistente ao aparecimento da dependência do idoso.

No senso comum, prevalece a ideia de que o aumento de esperança de vida não tem sido acompanhado de um aumento da qualidade de vida, para que haja um aumento desta qualidade, é fundamental que se promova um equilíbrio entre as quatro áreas das necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais.

A nível governamental, tenta-se co-responsabilizar as famílias/cuidadores, na prestação dos cuidados. Sendo prioritário capacitá-las para a prestação de cuidados informais, pois lidar com uma situação de dependência, torna-se dispendioso tanto a nível físico, emocional e social, que nem sempre é reconhecido e valorizado.

Situamo-nos no envelhecimento e de facto constatamos que a dependência ocorre nos idosos com mais incidência, por outro lado, ficou evidente a importância que há em monitorizar esta dependência, pois a situação de dependência, é determinante para planear a assistência destes e dos seus cuidadores e proporcionar a Educação para a Saúde ajustada às situações.

3 - CUIDADORES INFORMAIS

Apesar da maioria das pessoas idosas manter a capacidade para cuidar de si próprias, o aumento da esperança de vida implica um aumento da necessidade de apoio e assistência. De facto, quando o idoso necessita de apoio, os estudos demonstram que o pilar de suporte é a família, assumindo o papel de prestador de cuidados informais (Leme & Silva, 2000)

Os cuidados aos membros da família, ainda hoje fazem parte dos papéis que se espera que ocorram no seio familiar. A prestação de cuidados é uma actividade, extremamente complexa, que comporta em si uma dimensão psicológica, ética, social e demográfica, abrangendo também, um grande número de clínicos e técnicos. (Figueiredo, 2007)

O fenómeno da dependência não se encontra presente em todas as pessoas idosas, mas muitas necessitam de ajuda de outros para a realização das actividades de vida diárias. Esta dependência para Imaginário (2004) revela-se pela incapacidade do indivíduo adoptar comportamentos ou realizar acções que lhe permitam obter um nível aceitável de satisfação das suas necessidades, podendo estas ser do domínio físico, psicológico, social ou económico. O grupo multidisciplinar do Conselho da Europa citado por (Amaral & Vicente, 2000) define dependência como uma perda de autonomia física, psíquica ou intelectual em que existe a necessidade de uma ajuda a fim de realizar necessidades específicas resultantes da realização das actividades de vida diária.

Verifica-se ainda que, existe um enfoque na manutenção dos idosos que necessitam de cuidados no domicílio como estratégia para a promoção da autonomia e dignidade (Imaginário, 2004). No contexto da prestação de cuidados domiciliários, estes podem assumir duas formas distintas: uma no âmbito do cuidado formal e a outra no âmbito do cuidado informal (Sequeira, 2010).

O cuidado formal é a prestação de cuidados executados por profissionais qualificados, os quais são designados cuidadores formais, existindo uma preparação para o desempenho desse papel estando estes integrados numa actividade profissional e remunerada. Por sua vez, o cuidado informal pode ser entendido como a interacção entre dois familiares (ou amigos, ou vizinhos) em que um deles ajuda o outro de uma forma regular ou permanente, não remunerada, para efectuar actividades básicas necessárias a uma vida com dignidade (Figueiredo, 2007).



De acordo com Caldas (2004), a prestação de cuidados vai para além de responder às necessidades básicas do ser humano no momento em que se encontra debilitado. Esta actividade deve ser entendida como um compromisso de cuidar de outro, interfere também com a cidadania daquele que cuida, bem como, com a sua auto-estima e auto valorização. A autora defende que quem cuida usufrui de uma oportunidade de desenvolvimento pessoal, ajudando o cuidador a compreender melhor o mundo que o rodeia. Esta relação entre cuidador e pessoa idosa, vai desta forma, transcender a mera ocupação, permitindo uma melhor e mais profunda compreensão da singularidade do ser humano.

O conceito de cuidado informal, do inglês “caregiving”, é utilizado para definir as redes de relacionamento entre membros da família, amigos e vizinhos, que prestam cuidados a uma pessoa dependente de modo regular e não remunerado, no sentido de alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades. Estes cuidados podem ser a nível instrumental, pessoal, efectivo, cognitivo, económico ou outros e podem variar de intensidade e duração de acordo com as necessidades (Coalition, 2001). O cuidador informal é então “a pessoa, familiar ou não que proporciona cuidados e apoio diário à pessoa que “sofre” de uma doença ou requer ajuda para o desenvolvimento das actividades de vida diária sem receber remuneração económica por isso” (Rodriguez, E.& Álvarez E. & Cortés, P., 2001).

Apesar do papel de cuidador ser atribuído à mulher, normalmente um outro elemento poderá colaborar no cuidado. Martin (2005) distingue assim dois tipos de cuidadores informais: o cuidador informal principal e o cuidador informal secundário.

O cuidador informal principal é a pessoa que proporciona a maior parte dos cuidados, que não é remunerada e que realiza a maior parte dos cuidados ao idoso dependente (Sousa, L.; Figueiredo, D.; Cerqueira, M., 2006). A organização dos cuidados à pessoa pode determinar um cuidador principal e outros que servem de suporte ou apoio constituindo-se como cuidadores informais secundários, podendo identificar-se vários cuidadores informais secundários para a mesma pessoa. O cuidador informal principal tem a função de supervisionar, orientar e acompanhar directamente o idoso (Sequeira, 2007)

O cuidador informal secundário é alguém que ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular, no entanto, não tem a responsabilidade de cuidar, ou seja, são habitualmente familiares, amigos ou vizinhos próximos que auxiliam o cuidador

principal em algumas tarefas ou, pontualmente, quando solicitados (Martin, 2005; Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006). Esta ajuda pode ser ao nível da prestação directa de cuidados ou indirecta através de apoio económico, apoio em actividades sociais ou de lazer. Este cuidador pode substituir o cuidador principal nas suas ausências ou em situações de emergência (Martin, 2005). Estes cuidadores além do apoio directo que prestam à pessoa idosa dependente aliviam o cuidador principal de algumas tarefas que lhe permitem gerir melhor o seu tempo e esforço físico, e consequentemente atingem um maior equilíbrio emocional. (Salgueiro, 2008)

Ocorre ainda outro tipo de cuidador informal, o terciário que pode ser um amigo, vizinho que esporadicamente ajuda quando é solicitado, mas não tem qualquer responsabilidade. (Sequeira, 2010)

Desta forma, podemos constatar que a definição de cuidador informal encontra-se intimamente ligada à família e ao papel que a mesma assume enquanto prestadora de cuidados à pessoa idosa. Este conceito assume uma interligação quase inseparável do conceito de família, uma vez que esta assume uma posição simbiótica em que ambos parecem associados, de forma permanente, para proveito comum.

O processo de iniciação raramente é voluntário, decorre de uma situação inesperada sobre a qual o cuidador informal não tem influência ou opção de escolha. Esta situação é condicionada, principalmente, pelo facto de existir pouca oferta institucional e pela forma como o cuidador é “eleito” pela própria família. (Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M., 2006)

A ausência de instituições de qualidade em Portugal, aliada à conotação de que o recurso a este tipo de serviço é visto como um acto de abandono à pessoa idosa, é, sem dúvida, um dos factores que condicionam a família à situação de cuidador informal. (Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M., 2006)

Os estudos revelam que embora a designação do cuidador seja informal e decorrente de uma dinâmica, o processo parece obedecer a certos padrões reflectidos em quatro factores: parentesco, género, proximidade física e proximidade afectiva. (Costa, 2000; Lage, 2005a; Sousa, L.; Figueiredo, D.; Cerqueira, M., 2006; Sequeira, 2010)

Ao traçarmos uma retrospectiva do papel da pessoa idosa nas redes de solidariedade familiar, podemos constatar que esta sempre manteve um papel, mais ou menos, activo na prestação de cuidados aos seus progenitores e/ou aos progenitores dos seus cônjuges, aos seus filhos e ainda aos seus netos. Este envolvimento da pessoa idosa



na assunção de diferentes papéis de cuidador, valorizado no seio familiar, pode ser decisivo quando chegar à altura da sua família assumir a função de cuidar. (Pimentel, 2005)

Desta forma, a assunção da função do cuidador informal está intimamente relacionada com a história da família, pelo que, o acto de cuidar, para alguns membros da família, é praticamente uma obrigação e quase nunca uma opção, em especial para os elementos do sexo feminino e para os mais velhos. (Neri e Carvalho, 2002)

Embora esta visão generalista do processo de iniciação do papel de cuidador é possível identificar em cada família normas próprias, independentemente das determinações sociais e económicas. Estas normas são construídas ao longo dos anos através dos papéis e funções que cada um assume no seio familiar. As características pessoais também vão ter influência na escolha do cuidador informal, nomeadamente os seus valores ou a forma como encara a velhice. (Sequeira, 2007)

Em termos de perfil do cuidador informal, os estudos realizados apontam para o facto da maior parte dos cuidadores informais principais serem mulheres, casadas com idades superiores a 40 anos, com baixo nível de escolaridade, sem emprego remunerado e que coabitam com o idoso (Pavarini, S. & Neri, A., 2000; Lage, 2005a).

Em termos de parentesco, os cônjuges, assumem a principal fonte de cuidados ao idoso. Na falta do cônjuge, as filhas assumem e, no caso de ausência será o filho a assumir o papel de cuidador, que transfere para a esposa, a nora. Os vizinhos e amigos tornam-se cuidadores ou uma fonte de ajuda complementar quando não existem familiares do idoso (Gratão, 2006).

A escolha do cuidador familiar pode também ser influenciada pelo contexto em que este se encontra. Por exemplo, uma situação de desemprego ou de falta de ocupação podem ser determinantes nesta escolha (Sequeira, 2007).

A nível das idades, de acordo com a maioria dos estudos realizados a média etária situa-se entre 45-60 anos, embora a idade dos cuidadores informais seja influenciada pela idade do idoso, isto é, quanto mais velho for o idoso mais velho será o cuidador (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

Em relação ao estado civil dos cuidadores informais, a literatura refere que, são os casados que assumem com mais frequência, a seguir situam-se os solteiros ou divorciados/separados e, finalmente, os viúvos (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).



Os cuidadores valorizam as necessidades do idoso dependente que está a seu cargo, mas muitas das vezes, deixam para segundo plano as suas próprias necessidades. Estes necessitam de orientação por parte dos profissionais de saúde para ultrapassar as etapas mais difíceis e conseguir lidar com inúmeros factores que incluem aceitação da doença, lidar com o stress e até por vezes lidar com o conflito dentro da família e planear o futuro.

Os cuidadores são um elo de cuidados prestados ao idoso, por isso, os profissionais de saúde devem recebê-los bem, ouvi-los com atenção, tentando detectar as suas necessidades para garantir a melhoria dos cuidados prestados ao idoso/família/cuidador, evitando situações de desgaste.

Em síntese, o cuidador informal é uma pessoa de proximidade do idoso, a quem é exigido conhecimentos e capacidades deste, pelo que se torna necessário ter conhecimentos sobre biologia do corpo que envelhece, as necessidades e desejos do deste, promoção da saúde e espiritualidade.

4 – ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA

As dinâmicas que ocorrem no campo da saúde relacionam-se com uma multiplicidade de factores e variáveis que agem e interagem ao mesmo tempo (Cosme, 2004). O ser enfermeiro e os cuidados de enfermagem tem evoluído ao longo dos tempos.

Ao abordarmos a assistência em enfermagem, temos que nos debruçarmos sobre o sinuoso caminho percorrido nesta concepção e a sua evolução.

À luz de Collière (1999), consideramos os cuidados de enfermagem em períodos distintos: desde os primórdios da humanidade até à idade média, a enfermeira é uma mulher que ajuda, e o seu papel está ligado à fecundidade; e da Idade Média ao fim do século XIX, surge a mulher consagrada, em que só quem sofre pode ser objecto de cuidados. Nesta época, os cuidados de enfermagem não tinham bases científicas “*eram as mulheres que cuidavam dos doentes e dos velhos, como cuidavam dos filhos e a transmissão dos conhecimentos, fazia-se oralmente*” (Machado, 2000:21).

Por seu lado, as enfermeiras do século XIX não tinham nenhum conhecimento de medicina. Por outro lado, o médico necessitava de alguém que o assistisse. É desta “dupla necessidade de enfermeiras disciplinadas, com treino para colocarem em prática os cuidados com o meio ambiente, e enfermeiras com conhecimentos das ciências médicas para poderem auxiliar o médico, que vai nascer a formação em Enfermagem” (Bento, 2001:26).

Assim surge Florence Nightingale sugerindo que o cuidado de enfermagem deve ser a de colocar a pessoa nas melhores condições, por isso, torna-se imperativo a formação e a exigência para quem quer ser Enfermeiro (Bento, 2001).

Do princípio do Século XX até aos finais dos anos sessenta a enfermeira é auxiliar do médico, realizando tarefas prescritas por ele. Neste contexto, o que se valoriza são os cuidados curativos, desvalorizando os cuidados de manutenção da vida que continuam a ser prestados, mas não reconhecidos (Bento, 2001).

Mais tarde os enfermeiros começam a distinguir-se do modelo biomédico, ou seja, a prática deixa de estar vinculada à execução de cuidados prescritos (Bento, 2001).

Os cuidados de enfermagem inscrevem-se numa acção interpessoal e compreendem tudo o que os enfermeiros fazem, dentro das suas competências como



refere Hesbeen (2000:67) *“Os cuidados de enfermagem não serão mais do que a atenção particular prestada pelo Enfermeiro a uma pessoa e aos seus familiares, com o objectivo de os ajudar numa situação específica, utilizando as suas competências e qualidades enquanto profissional de Enfermagem, para concretizar essa ajuda”*.

Na comunidade os enfermeiros são profissionais que acompanham os idosos e seus cuidadores pelo, que se torna necessário compreender o papel dispensado na assistência e contextualizar as suas práticas. A expressão das práticas toma forma nos cuidados de enfermagem estes *“são a expressão de uma relação de interdependência, que só adquire sentido e só pode ter efeito num circuito de troca em que cada um dá e recebe, desenvolve-se e constrói-se através do que constitui obstáculo à vida, ao mesmo tempo que desperta a vida dos que recebem e prestam cuidados, estimula-a, torna-a criativa e liberta a sua possibilidade de ser, de se afirmar mutuamente como actor social”* (Collière, 1999:334).

A valorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados numa corrente orientada para o desenvolvimento moral ocupa agora o lugar da corrente tecnicista centrada na doença, defendida no início do século XX. E, embora a evolução tecnológica exija actualização e apele à valorização da vertente tecnicista, o aumento da esperança de vida, com o conseqüente envelhecimento da população e o aumento da esperança de vida, tem evidenciado a necessidade de cuidados mais relacionados com a área afectiva e relacional (Vaz, 2008).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2003), o exercício profissional da enfermagem tem assim no seu âmago, as relações interpessoais entre o enfermeiro e a pessoa, ou, entre o enfermeiro e um grupo de pessoas, nomeadamente a família e/ou comunidade.

O enfermeiro é um profissional detentor de formação e experiência que lhe permitem compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, abstendo-se de juízos de valor relativamente à pessoa a quem presta cuidados de enfermagem.

O respeito pelo outro, no exercício da enfermagem, implica uma parceria que inclui uma atitude de consideração das suas capacidades e valorização do seu papel que conduzem a uma relação terapêutica.

Os cuidados de enfermagem implicam assim, uma abordagem holística da pessoa, e têm como foco de atenção o diagnóstico das respostas humanas à doença e aos processos de vida, a partir do qual se viabiliza uma produção de cuidados profissional



em parceria com a pessoa/cuidador. Este diagnóstico permite a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem, a prescrição de intervenções e a monitorização de resultados (Silva, 2001). Acrescenta ainda este autor que, os cuidados de enfermagem visam a promoção de estilos de vida saudáveis, tendo como referência o ambiente em que a pessoa está inserida, o respeito pelas suas capacidades, pelo seu quadro de valores e crenças, e de acordo com os desejos individuais.

A enfermagem integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma determinada comunidade. A enfermagem comunitária deve respeitar e encorajar a independência e o direito dos indivíduos e famílias a tomarem as suas decisões e a assumi-las. (Correia, C.; Golegã, C.; Saraiva, F., 2004)

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003:146) “(...) *as intervenções de enfermagem, frequentemente, são optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.*” Este aspecto reforça a ideia na importância que o suporte social e nomeadamente a família tem num contexto de doença e de promoção da saúde.

A enfermagem é definida no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto Lei nº161/96, de 4 de Setembro) como “*a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível*”.

De acordo com os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2002), “*os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue*” e a Pessoa é definida como “*ser único, com dignidade própria e direito a auto determinar-se*”.

Ao longo de todo o ciclo vital, o enfermeiro pretende prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procurando satisfazer as necessidades humanas e a máxima independência na realização das actividades de vida diária.



Os enfermeiros assistem, assim, a pessoa/família, através da prestação de cuidados, a gerir os recursos da comunidade, bem como, os seus próprios recursos, promovendo a aprendizagem como forma de aumentar as capacidades pessoais, familiares e comunitários para lidar com os problemas de saúde. Por vezes, é necessário reajustar a acção e os cuidados quando se confirma ou exclui as possibilidades que a pessoa possui para enfrentar a sua alteração no estado de saúde.

Na enfermagem, existem dois tipos de intervenções: intervenções interdependentes e autónomas (OE, 2003). Nas intervenções interdependentes, outros técnicos prescrevem e o enfermeiro assume a responsabilidade da implementação. Nas intervenções autónomas, o enfermeiro prescreve e implementa, assumindo a responsabilidade total. A diferença nestas intervenções está na prescrição do cuidado, ou seja, em quem inicia a prescrição de cuidados.

Para Nunes (2006:10) “*A interdependência configura-se simplesmente em relação ao início do processo prescritor e mesmo quando outro profissional prescreve, é o enfermeiro que assume a responsabilidade pelos seus próprios actos (e pelas decisões que toma)*”.

O enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem do utente, família ou comunidade e prescreve intervenções de enfermagem que visam evitar riscos, detectar precocemente problemas resolvendo-os, ou diminuindo-os.

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, a Ordem dos Enfermeiros (2003b:10) refere que “*os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no Código Deontológico enformam a boa prática de enfermagem*”. Desta forma, os enfermeiros admitem que bons cuidados não é uma definição universal, pois possuem um sentido para cada pessoa. Por isso, o exercício profissional dos enfermeiros exige sensibilidade para lidar com as diferenças, para atingir os mais elevados níveis de satisfação dos utentes.

Os cuidados de saúde primários estão numa posição privilegiada e são actualmente chamados a intervir, contribuindo para melhorar a saúde das populações, promovendo e educando para a saúde. Devem ter a capacidade de chegar próximo da comunidade e desenvolver as suas actividades não para, mas com a comunidade.

A este propósito refere (Sakellarides, 2001:101) que “*Os cuidados de saúde primários acontecem todos os dias: quando as pessoas comuns aprendem ou fazem*



alguma coisa de útil à sua saúde e à dos que lhes estão próximos; sempre que comunicam com alguém habilitado a ouvi-los e apoiá-los sobre as suas dúvidas, medos, fantasias, angústias, preferências ou necessidades de saúde”.

A maioria dos idosos reside na comunidade e recebe apoio domiciliário, por isso os enfermeiros são desafiados a ajudá-los a: manter a independência, prevenir os riscos para a saúde e bem-estar, estabelecer estilos de vida saudáveis e desenvolver estratégias de autocuidado.

O enfermeiro assume o papel de agente facilitador de mudança e *“possibilita a autonomia, cria com sabedoria a oportunidade, reforçando crenças e capacidades, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem, fomentando, a partir da célula familiar, a reprodução e herança de modelos comportamentais e experiências de saúde individuais, num processo de crescimento e desenvolvimento”* (Correia et al, 2001:78).

Importa reflectir sobre o papel do enfermeiro em cuidados de saúde domiciliários uma vez que este foi objecto do estudo. Duarte (2007) refere que em contexto de cuidados domiciliários o enfermeiro é um cuidador, um hóspede polido e educado em casa do utente, um professor, um procurador/defensor, e um recurso, no entanto, isto leva a posições paradoxais de relações de poder, além das expectativas elevadas por parte dos utentes.

Os enfermeiros em cuidados domiciliários devem desenvolver, reconhecer e adaptar-se aos valores culturais e práticas de vida do utente e família, consolidando uma relação de confiança em que as intervenções estão alicerçadas em função das necessidades individuais da família, dentro do seu contexto. Inclui ainda reconhecer que os cuidadores informais “dominam” o contexto o que pode levar a uma maior dificuldade na negociação dos cuidados. *“Implica manter relações afectivas com os doentes e família, definir a identidade, fronteiras de responsabilidade, autonomia e cooperação e desenvolver um nível de confiança que permita que as intervenções de enfermagem sejam oferecidas e aceites”* (Duarte, 2007:13).

Considerando que os cuidadores informais desenvolvem concepções também tendo em conta aquilo que observam da prestação dos cuidados, importa referir que, em cuidados domiciliários, o enfoque das relações é, para além do próprio doente, a família e o cuidador informal e que estes assumem um papel crescente na avaliação e planeamento de cuidados. Como refere Duarte (2007) faz parte do papel dos



enfermeiros inseridos na comunidade avaliar as necessidades e providenciar cuidados de enfermagem especializados aos doentes e suporte aos cuidadores.

Acreditamos que, uma prática que não atenda somente aos aspectos técnicos dos cuidados, mas que também valorize a importância da compreensão do contexto, das capacidades e dificuldades do cuidador/família e pessoa dependente, que faça da relação terapêutica um instrumento de trabalho, possibilitará aos cuidadores identificarem uma prática de enfermagem que “...tem como *objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social*” (REPE). Eventualmente, descentralizando as concepções de enfermagem dos cuidados relativos ao tratamento também para os outros objectivos da profissão, permitindo assim uma visão mais global e necessária dos cuidados de enfermagem. Araújo, I.M.Paúl, C. & Martins, M.M., (2008:50) também identificaram este aspecto e dizem-nos que “*evidencia-se uma forte componente de cuidados instrumentais o que nos sugere a necessidade de melhorar as práticas de cuidados no sentido de uma evolução dos cuidados à família como sistema e ainda a importância da assistência à saúde familiar*”.

Interessante é olharmos aos resultados de Araújo & Martins (2008) que concluíram que cuidadores informais de pessoas dependentes com acidente vascular cerebral tinham diferentes opiniões do papel do enfermeiro de cuidados diferenciados do enfermeiro comunitário. Se reconheciam que haviam sido orientados, informados e treinados em mais áreas de intervenção durante o internamento das pessoas que cuidavam, consideraram que o enfermeiro comunitário era menos interventivo mas estavam mais satisfeitos com o seu trabalho. Este resultado é importante na medida em que evidencia a importância que os cuidadores informais atribuem ao enfermeiro que os acompanha no quotidiano dos cuidados.

No sentido de perceber como poderá acontecer esta intervenção junto dos cuidadores e utilizando o Modelo de Calgary (Wright & Leahey, 2002) referidos por Araújo et al., (2008) defendem intervenções em três domínios: cognitivo, afectivo e comportamental. Para o primeiro as intervenções fornecem novas ideias, opiniões, informações ou educação sobre um problema específico. Estas intervenções têm por objectivo mudar a forma como a família e cuidadores vê a acredita nos problemas de saúde para descobrir soluções para os seus problemas. No domínio afectivo, as intervenções pretendem reduzir ou aumentar emoções que podem bloquear ou levar a



família a solucionar os seus problemas. As intervenções para um domínio comportamental consistem em orientações, informações no sentido de capacitar os cuidadores e restante família a interagir e comportarem-se de modo diferente que permita uma melhor relação uns com os outros, potencializadoras de uma melhor gestão dos cuidados.

As famílias com pessoas dependentes sentem necessidade de informação sobre os cuidados e de se sentirem capazes de executar os cuidados. Elas próprias valorizam a importância do treino destes mesmos cuidados. Nogueira (2007) sintetiza bem a forma de abordagem do enfermeiro ao cuidador informal de pessoas dependentes para que este consiga sentir-se seguro para a prestação dos cuidados. Na opinião da autora, o enfermeiro, para assegurar a continuidade de cuidados não deve apenas limitar-se a informações sobre a doença, deve ensinar o que os familiares podem e devem fazer, bem como que actividades do quotidiano devem desempenhar, minimizando os riscos para o idoso dependente. Ela considera que as necessidades de ensino mais pertinentes ao cuidador de idosos dependentes consistem: em actividades na cama e na cadeira; transferências e deambulação; higiene e vestuário; alimentação e eliminação; lazer; e sexualidade.

Concordamos com Nogueira (2007) quando considera que é necessário que o cuidador treine competências também para que o enfermeiro possa ver na prática a diferença entre o que é ensinado e a real actuação do cuidador. Para que o processo ensino/aprendizagem ocorra da melhor forma possível sugere que este aconteça em três fases: o cuidador é convidado a observar os cuidados efectuados pelo enfermeiro; o cuidador é convidado a colaborar com o enfermeiro na realização destes cuidados; e o cuidador é convidado a executar os cuidados com a supervisão do enfermeiro.

Reflectindo sobre a metodologia proposta podemos constatar que é uma variante do método demonstrativo que nos parece de extrema importância para a capacitação do cuidador pelas razões apontadas além de que se o cuidador se sentir capacitado e souber executar estes mesmos cuidados, rentabilizará os seus esforços físicos e, quem sabe até mais importante, desenvolverá menos reacções emocionais negativas com o processo de cuidar, contribuindo-se assim para uma diminuição do risco de sobrecarga física e emocional.



5 – A SATISFAÇÃO UM RESULTADO DE QUALIDADE

É reconhecida a importância dos cuidados de saúde como aspecto fundamental do desenvolvimento económico e social dos países, assim como a mudança de atitude não só dos utentes, mais informados e exigentes, como também das próprias instituições relativamente aos cuidados de saúde prestados. Encontramos utentes cada vez mais exigentes e a organização do serviço de saúde cada vez mais orientada para a satisfação do utente e preocupada com questões de qualidade de serviço, num contexto em que a saúde é um conceito cada vez mais abrangente, apesar de condicionado pela necessidade de uma eficiente utilização dos recursos num cenário de custos crescentes.

Visto o objectivo geral ser avaliar o grau de satisfação dos cuidadores torna-se necessário definir satisfação, como sendo um importante indicador de qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com André & Rosa (1997), por cuidados de saúde de qualidade entendem-se os que maximizam a satisfação dos intervenientes em todas as etapas do processo do cuidar. Nesta perspectiva, a satisfação do utente opera como um indicador da qualidade, na medida em que reflecte as visões dos utilizadores, tanto sobre as características do processo de que foram alvo, como acerca da conformidade dos resultados com as suas expectativas.

Para os beneficiários dos cuidados, esta assume um significado de independência, mais potencialidades de escolhas.

A perspectiva do utente é considerada indispensável, tanto para monitorizar a qualidade dos serviços de saúde como para identificar problemas a corrigir, expectativas em relação aos cuidados e ainda reorganizar serviços de saúde (McIntyre & Silva, 1999).

Os beneficiários identificam como indicadores da qualidade um ambiente holístico, com envolvimento da família e dele próprio, uma comunicação eficaz entre os que prestam os cuidados de saúde e os utentes e enfermeiros disponíveis, eficientes e empenhados (Taylor citado por Holman, 2000).

O método mais preciso para determinar as percepções de qualidade dos outros consiste, simplesmente, em perguntar-lhes. Quando os utentes se dizem insatisfeitos com os cuidados prestados, tentar corrigir a deficiência e descobrir o que para estes

significa qualidade, pode permitir uma mudança no nível de satisfação (Duchene citado por Holman, 2000).

Assim sendo, a relação entre os cuidados que os profissionais de saúde prestam e as necessidades/expectativas dos beneficiários, constituem um desafio promissor à avaliação da satisfação dos utentes, funcionando esta relação como um importante e legítimo indicador da qualidade.

Tal indicador é reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), como sendo uma das categorias de enunciados descritivos de qualidade nos cuidados e produtividade de enfermagem, quando refere que *“Na procura permanente da excelência profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”*, considerando elementos importantes neste processo, o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual, *“a procura constante de empatia nas interações com o cliente, o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento de cuidados, o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados e o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde”*. (OE, 2003:147-148)

Para que a satisfação dos utentes, seja uma realidade, é necessário ter em atenção a relação estabelecida entre o profissional de saúde e o utente. A qualidade da relação estabelecida influencia a satisfação dos utentes perante os cuidados de saúde que lhes foram prestados. Hesbeen (2001) aponta como componentes essenciais a um cuidar de qualidade: o acolhimento; o ouvir; a disponibilidade; e a criatividade dos profissionais associada aos seus conhecimentos científicos.

A opinião do utente é cada vez mais tida em conta no domínio científico e pelos vários parceiros sociais, com o objectivo de avaliar a qualidade dos serviços de saúde. O conceito de satisfação do utente, numa perspectiva teórica refere-se a um conjunto variado de reacções do utente à experiência dos cuidados de saúde. Existem várias definições do conceito no entanto a satisfação do utente resulta da diferença entre as expectativas do utente em relação aos cuidados e a sua percepção dos cuidados realmente recebidos (Pereira, M.G.; Soares, V.; McIntyre, T., 2001).

Na década de 80, Paschoe citado por Silva (2005) afirma que na sequência da revisão de vários estudos que realizou, conclui que a satisfação dos utentes pode servir para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde e ter a perspectiva do consumidor

relativamente à estrutura, ao processo e aos resultados. Segundo o mesmo autor, este define satisfação como uma reacção aos cuidados de saúde recebidos, para salientar aspectos do contexto, processo e resultado das suas experiências.

Segundo Weiss citado por Silva (2005), existem quatro principais factores que estão na base da satisfação do utente: as características dos utentes, que englobam variáveis sócio-demográficas, expectativas do encontro com os profissionais de saúde, bem como o estado de saúde; as características dos profissionais de saúde, tais como a sua personalidade, a arte e a técnica da qualidade dos cuidados prestados; os aspectos da relação profissional de saúde/utente, incluindo uma comunicação clara entre estes e o resultado do encontro e por último factores estruturais e de localização, que abrangem o acesso que podem levar a sentimentos de satisfação/insatisfação.

Para Fitzpatrick (1997) a satisfação está associada a sentimentos como a ansiedade e incertezas ligadas com a doença e o apoio emocional recebido pelo utente. A avaliação dos cuidados recebidos por parte do utente contém assim reacções emocionais e cognitivas, não podendo por isso ser descurado que a opinião dos utentes pode ser muito diferente sobre aspectos diferentes dos cuidados de saúde, “(...)sendo uma das distinções importantes: o aspecto técnico do cuidar e o aspecto humano ou interpessoal do cuidar, também chamado de arte do cuidar.” (Pereira et al, 2001:70).

Fitzpatrick (1997) fazia referência a cinco importantes dimensões a ter em conta na satisfação dos utentes: a acessibilidade; a satisfação das necessidades sentidas; a efectividade; a eficiência e a equidade.

Embora a satisfação e as suas diversas dimensões sejam reconhecidas como parte integrante dos cuidados e a evidência mostre que a melhoria da qualidade está fortemente relacionada com a satisfação dos doentes, no âmbito concreto da saúde, também não é fácil avaliar a satisfação, pois é conhecido que, tanto os profissionais de saúde como as administrações dos serviços de saúde, têm perspectivas diferentes das dos utentes quanto às noções de cuidados de saúde. É por isso fundamental, para avaliar a satisfação neste âmbito, que se conheçam os aspectos da prestação de cuidados que os consumidores destes serviços mais valorizam.

Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros traduzem prioridades face ao desenvolvimento profissional da enfermagem e visam, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001:8), “*explicitar a natureza e englobar os diferentes aspectos do mandato social da profissão de enfermagem*”.



Foram definidas seis categorias de enunciados descritivos, relativas a: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto cuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem. (OE, 2001)

A definição destes enunciados permite aos enfermeiros ter uma referência comum e uma orientação superior para a prática profissional. Aos utentes um quadro de garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Aos enfermeiros, em particular, é exigido que, na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, reconheçam a importância de conhecer a satisfação do utente, assim com os factores que influenciam o seu nível de satisfação, de modo a que estabeleçam uma relação de confiança entre quem cuida e quem é cuidado e, conseqüentemente, favoreçam uma avaliação positiva por parte do doente, relativamente ao cuidado recebido.

A qualidade dos cuidados prestados é influenciada pela satisfação dos utentes, na medida em que um utente satisfeito é mais participativo, pois está mais motivado.

A atitude, face ao nível de satisfação, deve ser potenciada no cuidador e idoso, pois estes requerem uma atenção e um cuidado diferenciado, que exige maior sensibilidade e perspicácia pois, muitos deles, não conseguem participar activamente nas situações, desconhecendo até mesmo os seus direitos.

Dada a importância que a avaliação da satisfação tem tido ao longo dos anos, tem sido realizado alguns estudos em Portugal para avaliar os cuidados, como Ribeiro (2003) que desenvolveu um estudo com a finalidade de construir e validar um instrumento de avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no Hospital e Centro de Saúde. Num primeiro momento realizou-se um estudo exploratório no contexto de uma Unidade Local de Saúde. Para o efeito, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, a indivíduos que tinham estado internados no hospital e a utentes dos centros de saúde, com o objectivo de recolher informação pertinente tendo em vista a construção dos itens para avaliar a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem.

Os questionários construídos a partir do estudo exploratório, foram aplicados, num segundo momento, através de entrevistas telefónicas, a 225 utentes do contexto hospitalar e a 225 dos centros de saúde. Foram avaliadas as características métricas dos dois instrumentos, pela análise da consistência interna e validade de constructo. Os instrumentos revelaram valores de Alpha aceitáveis. As versões finais dos formulários SUCEH₂₂ e SUCECS₂₇, apresentaram valores de Alpha total, de 0,825 e 0,892,



respectivamente. A validade de constructo, foi realizada pelo recurso à análise factorial tendo sido identificados seis factores para o SUCEH₂₂: Eficácia na comunicação, Utilidade da informação, Qualidade no atendimento, Prontidão na assistência, Manutenção de um ambiente terapêutico e Promoção da continuidade dos cuidados, que explicam 65% da variância total. Para o SUCECS₂₇, foram igualmente identificados seis factores: Qualidade na assistência, Individualização da Informação, Envolvimento do utente, Informação dos recursos, Formalização da informação e Promoção de elo de ligação, que explicam 62% da variância total. O nível de satisfação (valores médios) dos inquiridos foi de 85,76% para o hospital e de 66,51% para os centros de saúde.

A importância de obtermos alguns indicadores sobre a satisfação dos cuidadores em relação aos cuidados de enfermagem, nomeadamente a Educação para a Saúde realizada no domicílio, para que estes possam cuidar dos seus idosos dependentes é uma forma de lhes “darmos voz”, possibilitando-os de manifestar as suas opiniões sobre os cuidados, tornando-os elementos participativos na tomada de decisão em relação aos serviços de saúde e não meros espectadores ou simples utilizadores.



6 - EDUCAÇÃO COMO UM MEIO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

O conceito de Educação para a Saúde evolui nas últimas décadas no sentido de um processo de desenvolvimento pessoal permanente e comunitário, apostado em criar condições de um aperfeiçoamento harmonioso e integrado de todas as capacidades do homem, acompanhando os desenvolvimentos político-económicos e sociais do século XX (Antunes, 2008).

Por outro lado, o aumento de doenças crónicas e degenerativas não podem ser curadas pelos avanços tecnológicos. Neste contexto, foi emergindo a ideia de que o que não pode ser curado deve ser prevenido, para além de que o comportamento humano está intimamente implicado na etiologia e gestão das doenças crónicas, a prevenção deverá ser utilizada através de estratégias apropriadas para a mudança de comportamentos (Tones e Tilford, 1990).

A história da educação para a saúde foi marcada por uma luta para se diferenciar do modelo dominante no século vinte (o modelo biomédico), o qual teve forte influência na prática dos cuidados. O modelo médico está directamente relacionado com a autoridade e poder da profissão, sendo porém adoptado pelos vários profissionais (Tones & Green, 2004).

Este modelo tem uma visão mecanicista do corpo, marcado por uma dualidade mente corpo, a doença é vista como um produto duma função desordenada do corpo ou parte deste, o foco é colocado na patogénese, no que provoca a doença, na procura das causas, com especial ênfase para os microrganismos, onde doenças específicas têm causas específicas. Esta forma de estar na ciência deu respostas e teve os seus contributos para a melhoria da saúde das populações numa determinada época, porém notou-se a necessidade de procurar outras respostas para outros problemas emergentes nas populações (Tones & Green, 2004).

O modelo preventivo surgiu enquanto expansão do modelo anterior, mantém a ênfase na responsabilidade individual ignorando a influência social e ambiental. (Tones e Green, 2004)

A Educação para a Saúde a idosos e cuidadores apresenta diversos desafios, no entanto não se tem desenvolvido como um campo em termos de base de investigação e padrões de prática.



São muitos os caminhos a serem percorridos para atingir o objectivo de promoção da saúde do cuidador e idoso, tanto quanto à forma como ao conteúdo. Surgindo a necessidade de acções interdisciplinares para se atingir uma melhoria do estado de saúde do idoso, e do seu cuidador. Seja qual for o tipo de cuidados aos idosos, existe um ponto em comum obrigatório, que é o do conhecimento sobre o processo natural de envelhecimento, dando uma incidência na aquisição do autocontrolo da incapacidade.

A Educação para a Saúde é actualmente entendida como uma parte essencial da prática, da maior parte, dos profissionais de saúde. Uma vez que a Educação para a Saúde não é reembolsável e não produz lucros, o grau de formalização, não está ainda implementado. O que é certo na nossa experiência profissional, é que existem muitos cuidadores informais que referem não receber o apoio necessário para obter respostas adequadas a cada situação de dependência dos seus idosos.

Várias áreas da prática da Educação para a Saúde estão-se a desenvolver lentamente devido a mudanças de filosofia dos cuidados. A maior parte da Educação para a Saúde aos idosos dependentes e seus cuidadores é centrada na comunidade quando é realizada a visita domiciliária.

Sendo a intervenção Educativa para a Saúde, um processo dinâmico que têm como objectivo dar competências a indivíduos ou grupos para obtenção de melhores condições de saúde, logo o interveniente tem como função propor estratégias, no intuito de oferecer caminhos que possibilitem transformações nas pessoas e comunidades (Grelha, 2009).

Os programas de ensino de auto-cuidado para idosos dependentes e seus cuidadores informais ajudam no desenvolvimento de competências e de confiança para controlar a doença/dependência, sendo basicamente classificados em dois tipos: o primeiro tem como objectivo a informação sobre doenças, suas consequências e prognóstico e a natureza dos cuidados, bem como o desenvolvimento de habilidades específicas de cuidado em saúde; o segundo tipo tem como objectivo criar um espaço para a troca de sentimentos e experiências, de forma a proporcionar um contexto de apoio mútuo de troca de informações, estes são conhecidos como programa de apoio, e não propriamente como programas informativos e de treino de habilidades. Existe uma terceira possibilidade, que associa os dois tipos de programas, isto é, informa sobre a



doença, consequências e prognósticos, desenvolve competências e cria um espaço para troca de experiências e sentimentos. (Gatz & Bengston, 1990).

Identificam-se três tipos de programas de suporte direccionados aos cuidadores: os grupos de apoio, grupos de aprendizagem conduzidos por profissionais, grupos de aconselhamento/acolhimento. Estas intervenções devem ser adequadas às características específicas dos cuidadores informais, as quais permitem reduzir o isolamento, aumentar conhecimentos sobre o processo de envelhecimento e os problemas de saúde específicos para cada situação, melhorar o desempenho do cuidador através de habilidades e estratégias, visando o bem-estar físico, emocional do cuidador e a redução da sua sobrecarga, melhorando a sua qualidade de vida.

A parceria entre profissionais de saúde e os cuidadores informais que prestam cuidados a idosos dependentes deverá possibilitar a sistematização das acções a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando a promoção da saúde, a manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador informal, evitando assim, na medida do possível hospitalização e isolamento.

A Educação para a Saúde aos cuidadores informais de idosos dependentes é muito importante no atendimento domiciliário, porque são dadas informações no sentido de promover condições ambientais relevantes à manutenção da funcionalidade do idoso, para respeitar a sua autonomia e para fornecer-lhe suporte físico, cognitivo, legal, afectivo e espiritual. Também é importante na promoção da coesão dos membros da família em torno das necessidades do idoso e das providências que amplifiquem o seu bem-estar (Pavarini, S. & Neri, A., 2000).

Corroborando (Benjumea, 2004) referimos que o mundo do cuidado deve alertar os enfermeiros para situações de fragilidade das pessoas idosas e familiares e, o conhecimento deste mundo, ajuda a fortalecer os próprios mundos do cuidado. Nesta dialéctica de troca de saberes está bem presente o processo de influenciar e ser influenciado, aprender e ensinar, manter e transformar, onde todos são educadores e educandos.

Ao apoiar a família cuidadora e a pessoa idosa dependente de acordo com as suas necessidades/dificuldades e capacidades, o enfermeiro desempenha uma enorme quantidade de papéis: prestador de cuidados, coordenador, conselheiro, amigo, animador, agente de ligação entre a díade pessoa idosa dependente/cuidador informal e a equipa interprofissional (devido às características da actividade de enfermagem e à sua proximidade à díade), agente



de ligação com a família e com os diferentes serviços, entre outros. Relativamente ao último papel mencionado agente de ligação com a família e com os diferentes serviços o enfermeiro deverá divulgar os serviços formais existentes aos potenciais utilizadores e/ou membros da família/rede informal de apoio, ensinando-os a pedir ajuda quando necessitam. Isto evitará que os cuidadores tendam a forçar alternativas indesejáveis, como a institucionalização prematura da pessoa idosa, porque não estão informados sobre as possibilidades de suplementarem o apoio que prestam (Paúl, 1997).

Desta forma ao nível dos cuidados de saúde primários, o enfermeiro desempenha, um importante papel com o seu saber podendo levar a pessoa idosa dependente/cuidador a fazerem opções no sentido de promover a sua qualidade de vida, prevenindo simultaneamente situações de abuso, negligência e abandono do cuidado, da própria pessoa idosa, mas também no sentido da prevenção de acidentes do cuidador e de manutenção da sua qualidade de vida.

No entanto, ao desempenhar o papel de educador para a saúde, o enfermeiro deverá ter presente que formar pessoas leigas para o cuidado da pessoa idosa dependente constitui numa responsabilidade sem par, pois esse cuidado exige um atendimento específico e complexo, que segundo (Gonçalves, L.H.T.; Alvarez, M. A. & Santos, S.M.A. , 2000) deve-se basear nos seguintes princípios filosóficos: cada pessoa idosa, não importa em qual circunstância viva, pode e tem o direito de viver com dignidade, usufruindo das suas potencialidades ainda presentes, devendo o cuidador ter cuidado para não anular a sua existência durante a acção do cuidado; o cuidador vive uma experiência contínua de aprendizagem e de vida junto com a pessoa idosa, resultando na descoberta de potencialidades múltiplas; o cuidador é um ser humano especial, com qualidades pessoais de forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. As suas funções têm sempre um cunho de ajuda e apoio humano, com relações afectivas e compromissos positivos.

É importante oferecer programas de intervenção, breves cuja participação não acarrete mais stress aos cuidadores informais (López, 2005).

Ao mesmo tempo podem apresentar uma diversidade de conteúdos, divididos por módulos, os quais proporcionam aos cuidadores informais conhecimentos teóricos e treino de habilidades e estratégicas para que estes sejam capazes de cuidar de si próprios e dos idosos a seu cargo, além de proporcionar um espaço de intercâmbio e de apoio emocional entre os próprios cuidadores (Losada, A.; Márquez- González, M.,



Pencnacoba, C., Gallagher-Thompson, D. & Knight, G., 2007) (Losada, A.; Izal, M.; Montorio, I. Márquez, M & Pérez, G., 2004)

A avaliação destas intervenções de Educação para a Saúde, ocorre ao longo do processo, em intervalos periódicos para verificar se as metas estão a ser alcançadas. Por vezes torna-se necessário o re-ensino, essencialmente em cuidadores informais que se vão deparando com uma rápida evolução do estado funcional do seu idoso.

Na literatura internacional existem muitos relatos sobre a natureza e o impacto dos programas de educação para a saúde nos cuidadores, com destaque para as suas impressões e sentimentos sobre o cuidar (Gatz, 1990; Teri, 1999; Toseland, 1989; (Whitlatch, C. J., Zarit, S.H. & Von Eye, A., 1991; Zarit, S.H., Reeve, K.E. & Bach-Peterson, J., 1980).

Nesta perspectiva, o cuidador informal irá adquirir autonomia suficiente, para cuidar de si e do idoso dependente, sendo importante prepará-los para preservar a sua saúde e viver com mais qualidade de vida, prestando com melhor qualidade, os cuidados aos idosos dependentes.

A promoção do bem-estar e da qualidade de vida dos cuidadores merece de nós como profissionais de saúde uma atenção particular, pois é deles que os idosos dependem.

Corroborando Cerqueira (2005), afirmaram que analisando a acção dos enfermeiros no seu contexto de trabalho, bem como na prática corrente, verifica-se que abdicam muitas vezes do seu papel na educação para a saúde, mesmo ao simples nível da informação. Verifica-se, também, a ausência de uma articulação correcta entre a adequada identificação das necessidades em educação para a saúde, o planeamento da intervenção e a avaliação, embora actualmente haja uma preocupação em colocar a educação para a saúde no centro das acções a serem desenvolvidas pela enfermagem.

A Educação para a Saúde lentamente está a ir de uma situação percebida como assunto privado de um profissional de saúde, para uma política regulamentada para melhorar os resultados dos cuidados de saúde e assegurar uma distribuição mais justa. Surge como caminho para a implementação de programas de atenção à saúde dos cuidadores informais, acreditando que se pode evoluir para um paradigma holístico, que considera a pessoa como um todo, onde o cuidador informal terá o seu espaço, por estar inserido nesse contexto do cuidado, tornando-se importante esta intervenção na prática



de assistência a estes cuidadores, uma vez que os prepara para melhor cuidar e preservar a saúde de quem cuidam.

O aumento do número de pessoas idosas conduz a um aumento da incidência de doenças crónicas e de fragilidade e, por conseguinte, a um aumento da procura de cuidados de saúde. De acordo com estas alterações demográficas, a prestação de cuidados aos idosos no domicílio requer um ajuste no qual a enfermagem tem um papel fulcral por ser um prestador directo de cuidados. Estes cuidados passam por uma identificação das necessidades, no sentido de educar ou orientar o cuidador com o objectivo de assegurar respostas adequadas às necessidades dos idosos, melhorando a qualidade e aumentando a satisfação destes.



II PARTE – ESTUDO DE CAMPO

O enquadramento metodológico torna-se imprescindível a qualquer trabalho de pesquisa, nele se descreve e se explica todas as etapas que se vão processar (Fortin, 2003).

Um método implica a recolha de dados, a organização e sistematização da informação através da análise e interpretação dos dados colhidos (Quivy, 1998).

Na realidade, a definição de um método para a realização de um estudo é sempre importante, porque ao definir, o investigador terá uma linha de orientação, o que lhe facilita a recolha de informação e a sua respectiva análise e interpretação.

Ao longo do estudo, procurou-se seguir de forma sistemática as diferentes fases do processo de investigação, iniciando com a formulação do problema, construção de hipóteses, identificação do tipo de pesquisa, operacionalização das variáveis, selecção da amostra, selecção dos instrumentos de colheita, o tratamento de dados, a forma de apresentação dos resultados, terminando com a discussão, principais conclusões e sugestões.

1 - DA PROBLEMÁTICA ÀS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Em Portugal, a diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade, tem resultado num crescente envelhecimento da população. O aumento da esperança média de vida, fruto da evolução dos processos terapêuticos na área da saúde, do desenvolvimento de técnicas mais sofisticadas e de fármacos mais eficazes, bem como da melhoria das condições socioeconómicas da população, em geral, tem-se traduzido num aumento significativo de pessoas com doenças crónicas e em situação de dependência.

Segundo a pirâmide etária referente à população portuguesa, pode-se verificar a existência de um duplo envelhecimento, o qual desencadeia problemas de carácter social, político e económico, conduzindo a uma maior solicitação de apoios de carácter formal e informal (INE, 2002).

Actualmente, em certos contextos rurais ainda encontramos formas de solidariedade baseadas nas relações comunitárias, a família e a comunidade continuam a desempenhar um papel importante na prestação de cuidados aos idosos integrados no seu contexto familiar e social (Pimentel, 2005).

A prestação de cuidados no domicílio, nomeadamente através da visitação domiciliária, poderá obter ganhos para os indivíduos, família e comunidades,



verificando-se uma diminuição do número de internamentos (diminuição dos custos) o cliente (idosos) mantém-se em casa, permitindo partilhar o espaço com a própria família.

Na perspectiva de Morais (2001), através da assistência domiciliária pretende-se prestar ao utente impossibilitado, no domicílio, a mesma assistência que se oferece no centro de saúde, no entanto com a vantagem de aproximar o profissional do meio em que o utente se insere, oferecendo um maior leque de dados que permita uma melhor avaliação do seu estado de saúde assim como das suas necessidades.

Para a mesma autora (2001:103), citando Lopez, Pisa (1991), “*a assistência domiciliária é dirigida à cobertura das necessidades de saúde dos indivíduos idosos*”, tendo como objectivos: “*Potenciar o auto-cuidado do doente; Envolvimento da família; Melhorar o controle da sua doença; Prevenir complicações próprias da sua evolução; Diminuir o período de estadia no hospital; Reduzir os custos; Permitir a integração precoce do idoso no seu meio; Humanizar a assistência prestada*”.

O estudo foi realizado num Centro de Saúde da ilha Terceira, em que se efectua serviço domiciliário em todos os postos ou extensões de saúde das freguesias, este é realizado nos dias úteis das 9h às 15h. A valência de serviço domiciliário é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a pessoas idosas ou não, quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou actividades de vida diária.

Os objectivos do serviço domiciliário deste Centro são: contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias; prevenir situações de dependência e promover a autonomia contribuindo, assim, para retardar ou evitar a institucionalização; prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos utentes e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem estar; apoiar os utentes e famílias na satisfação das necessidades básicas e actividades de vida diária; colaborar ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde; orientação e educação a um ou mais membros da família para a prestação de cuidados no domicílio; supervisão dos cuidados delegados à família e recolha de informação sobre as condições sócio-sanitárias da família, por meio de entrevista e observação. (Regulamento interno do serviço domiciliário, 2006).



Sendo, os cuidadores informais suportes indispensáveis ao apoio dos idosos dependentes no domicílio, neste contexto, é importante conhecer a relação entre as suas características sócio demográficas e a satisfação em relação à Educação para a Saúde efectuada no domicílio.

A questão de investigação que suscitou preocupação e desejo de pesquisa foi:

➤ Será que a Educação para a Saúde efectuada pelos enfermeiros no domicílio influencia a satisfação do cuidador informal de idosos dependentes?

Na procura de uma resposta que ajude a melhorar este cuidado organizamos o processo de pesquisa que tem por finalidade contribuir para uma melhor qualidade de cuidados ao idoso em contexto domiciliário e seus cuidadores.

2 – DESENHO DO ESTUDO

O enquadramento metodológico é essencial a qualquer trabalho de pesquisa, este descreve e explica todas as etapas que se vão seguir, o que especificaremos para esta pesquisa em concreto (Fortin, 2003).

Na realidade, a definição de um método para a realização de um estudo é sempre importante, porque ao definir, o investigador terá uma linha orientadora que lhe vai facilitar a recolha de informação, análise e interpretação. Um método implica a recolha de dados, a organização e sistematização da informação através da análise e interpretação dos dados colhidos (Quivy, 1998).

Ao longo do estudo procuramos seguir de uma forma sistemática as diferentes fases do processo de investigação centrada num paradigma positivista.

A opção pelo método de estudo e técnica de pesquisa dependem da opção pelo método de estudo e técnica de pesquisa dependem da natureza do problema definido pelos investigadores ou das características do objecto que se pretende conhecer ou estudar.

Para a realização da pesquisa e tendo em conta o nosso objecto de estudo, pretende-se analisar a relação entre as variáveis, explicando as suas causas subjacentes, tendo um carácter quantitativo porque se torna mensurável, permitindo-nos reduzir, resumir, organizar, avaliar, interpretar e concluir (Fortin, 2003; Polit & Hungler, 2004).

Classifica-se por sua vez sendo um estudo descritivo, porque faz a descrição das características da população seleccionada e o estabelecimento da relação entre variáveis (Fortin, 2003). Estes tipos de estudo descritivo efectua-se num contexto exploratório, porque o comportamento das variáveis medidas e as relações que possam existir entre elas são desconhecidas pelo investigador. Transversal, porque se pretende determinar a satisfação dos cuidadores informais de idosos dependentes, num determinado momento temporal, ou seja na altura da aplicação do instrumento de colheita de dados (Fortin, 2003).

Na Região Autónoma dos Açores, onde desenvolvemos a investigação desconhece-se a existência de estudos desta natureza, o que nos possibilitou explorar as características dessa realidade.

2.1 – Objectivos do estudo

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

Assim estabelecemos como objectivo geral: avaliar a satisfação dos cuidadores informais de idosos dependentes quando sujeitos a Educação para a Saúde em contexto domiciliário.

Para nos orientar no estudo e mantermo-nos na procura de resposta à pergunta de partida determinamos os seguintes objectivos específicos:

- Descrever as características sócio demográficas dos cuidadores informais e dos idosos dependentes.
- Descrever a satisfação percebida pelos cuidadores informais.
- Descrever os temas de Educação para a Saúde abordados pelo enfermeiro no domicílio na opinião do cuidador.
- Analisar a relação entre a satisfação do cuidador e as características sócio demográficas do idoso.
- Analisar a relação entre a satisfação do cuidador e as suas características sócio demográficas.
- Analisar a relação entre a satisfação e os temas de Educação para a Saúde percebidos pelos cuidadores informais.

2.2 - População e amostra

Segundo Fortin (2003:202) “A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”. A população do estudo foi constituída pelos cuidadores informais das pessoas idosas dependentes inscritas na sede do Centro de Saúde e identificadas pelos enfermeiros, sendo 143 no total cuidadores de idosos dependentes.

O estudo desenvolveu-se na Ilha Terceira que apresenta uma população de 55912 habitantes, e 7663 são pessoas com mais de 65 anos de idade. (IRE, 2009)¹

¹<http://estatistica.azores.gov.pt:81/ReportServer/Pages/ReportViewer.aspx?%2fDemografia%2fEstimativas+da+Popula%C3%A7%C3%A3o+Residente&rs:Command=Render>



De acordo com a contextualização teórica, definimos por cuidador informal, a pessoa não remunerada, familiar ou amiga, que se assumia como principal responsável pela organização ou assistência e prestação de cuidados ao idoso dependente, sendo idoso, qualquer indivíduo com 65 ou mais anos, independentemente do sexo e estado de saúde.

O conceito de dependência está ligado às pessoas que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual têm necessidade de ajuda a fim de realizar o seu autocuidado.

Os participantes foram identificados através da equipa de enfermagem que prestava os cuidados tendo em conta, os seguintes critérios de inclusão: ser cuidador de pessoas dependentes com mais de 65 anos, ter mais de 18 anos, despender mais de 4 horas por dia a prestar esses cuidados, cuidarem há mais de seis meses da pessoa idosa dependente e não receberem remuneração económica por isso, ter apoio do Centro de Saúde, usufruindo da visita domiciliária de enfermagem, saber ler e escrever, e aceitar participar no estudo.

Face à população em estudo e aos critérios de inclusão constituem uma amostra não probabilística ou intencional escolhida por especialistas porque o investigador pretendeu localizar pessoas que detivessem informação pertinente (Ribeiro, 2007). Esta representação da população foi realizada uma vez que foram seleccionados 79% da população, num total de 113 cuidadores informais.

2.3 – Variáveis em estudo

As variáveis foram concebidas a partir da pesquisa bibliográfica tendo em conta a finalidade e os objectivos do estudo. As variáveis podem ser “*quantidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou situações que são estudadas numa investigação*” (Fortin, 2003:36).

Para melhor desenvolver o estudo iniciamos por operacionalizar as variáveis consistindo em definir conceitos de forma a que possam ser observados e medidos (Fortin, 2003).

As variáveis distinguem-se pelo papel que tomam no estudo, sendo que a variável independente é aquela que irá provocar efeitos na variável dependente (Fortin, 2003), e no caso deste estudo consideramos os dados sóciodemográficos e a Educação para a Saúde.

Quadro n.º 3 - Descrição das variáveis sócio demográficas

Componente	Dimensões	Indicador
Dados Sócio demográficos do idoso	Idade	Anos
	Género	Masculino/Feminino
	Estado Civil	Casado/União de facto Viúvo Separado/Divorciado Solteiro
Dados Sócio demográficos do cuidador	Idade	Anos
	Género	Masculino/Feminino
	Estado Civil	Casado/União de facto Viúvo Separado/Divorciado Solteiro
	Habilitações Académicas	Analfabeto Lê e escreve 1º Ciclo do Ensino Básico 2º Ciclo do Ensino Básico 3º Ciclo do Ensino Básico Ensino Secundário Ensino Superior
	Grau de parentesco	Cônjuge Filho (a) Irmã Nora/genro Neto (a) Outros
	Duração da dependência	1- 6 Meses 6 Meses – 1 ano 1 Ano a 2 anos 2 Anos a 3 anos > de 3anos

O conceito sócio demográfico incorpora dados do idoso e do cuidador na expressão comum da representação demográfica, mas também grau de parentesco e duração da dependência.

Em relação à componente temas de Educação para a Saúde, colocamos as dimensões referentes ao autocuidado como: a alimentação, higiene, levante, lazer e eliminação.

A outra variável independente e que consideramos central no estudo é a Educação para a Saúde que se apresenta em duas componentes distintas, os temas e o motivo da visita domiciliária.

O motivo da visita domiciliária inclui o serviço prestado pelo enfermeiro quando realiza a visita domiciliária.

Quadro n.º 4- Descrição da variável Educação para a Saúde

Componente	Dimensões	Indicador
Temas de Educação para a Saúde	Alimentação	Sim/Não
	Higiene	Sim/Não
	Levante	Sim/Não
	Lazer/Ocupação	Sim/Não
	Eliminação	Sim/Não
Motivo para o domicílio	Avaliar a Tensão Arterial	Sim/Não
	Avaliar a glicemia	Sim/Não
	Realizar pensos	Sim/Não
	Realizar ensinios	Sim/Não
	Outros	

A variável dependente neste estudo é a satisfação. A satisfação é a avaliação das diversas intervenções ou experiências resultantes dos cuidados recebidos, face às expectativas.

Os dados relativos a esta variável são obtidos através das questões de uma escala de satisfação (SUCECS 26) com 26 perguntas. Trata-se de uma escala de tipo Likert graduada de 0 a 3, em que o valor 0 corresponde a Não se aplica/sem opinião relativamente ao conteúdo manifesto da questão, e 3 satisfeito.

Apresentamos na tabela seguinte as componentes da variável dependente e as respectivas explicações de cada uma delas.

Quadro n.º 5 - Descrição das variáveis dependentes – Satisfação

Componente	Dimensões	Indicadores
Qualidade na assistência	Questões: 11, 21, 24, 25, 26, 27, 30, 31 e 32	Sempre (3) Satisfeito (3)
		Às vezes (2) Nem satisfeito/Nem Insatisfeito (2)
		Nunca (1) Insatisfeito (1)
		Não se aplica/ sem opinião (0)
Individualização da informação	Questões 1, 2, 6, 7, 8, 10	Sempre (3) Satisfeito (3)
		Às vezes (2) Nem satisfeito/Nem Insatisfeito (2)
		Nunca (1) Insatisfeito (1)
		Não se aplica/ sem opinião (0)
Envolvimento do utente	Questões 22, 28, 29	Sempre (3) Satisfeito (3)
		Às vezes (2) Nem satisfeito/Nem Insatisfeito (2)
		Nunca (1) Insatisfeito (1)
		Não se aplica/ sem opinião (0)
Informação dos recursos	Questões 4, 5, 12	Sempre (3) Satisfeito (3)
		Às vezes (2) Nem satisfeito/Nem Insatisfeito (2)
		Nunca (1) Insatisfeito (1)
		Não se aplica/ sem opinião (0)
Formalização da informação	Questões 9 e 13	Sempre (3) Satisfeito (3)
		Às vezes (2) Nem satisfeito/Nem Insatisfeito (2)
		Nunca (1) Insatisfeito (1)
		Não se aplica/ sem opinião (0)
Promoção do elo de ligação	Questões 3, 4 e 18	Sempre (3) Satisfeito (3)
		Às vezes (2) Nem satisfeito/Nem Insatisfeito (2)
		Nunca (1) Insatisfeito (1)
		Não se aplica/ sem opinião (0)

A qualidade na assistência expressa o modo como os enfermeiros se relacionam com os cuidadores no domicílio. Expressa a atitude do enfermeiro em situação de prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente, a paciência, o envolvimento na relação, que determinam a satisfação com os cuidados prestados.

A individualização da informação reflecte o modo como os cuidadores informais perceberam o processo de comunicação que o enfermeiro estabeleceu com eles. Na generalidade, o conteúdo dos itens refere-se ao comportamento adoptado pelo enfermeiro na transmissão da informação, sobre o modo como os enfermeiros tornam a comunicação eficaz. A informação proporcionada tem sempre como pressuposto uma necessidade do cuidador e, por outro lado, a informação, neste caso, não é um fim em si



mesmo, mas antes um meio para que o cuidador aprenda a lidar com a situação de saúde/doença.

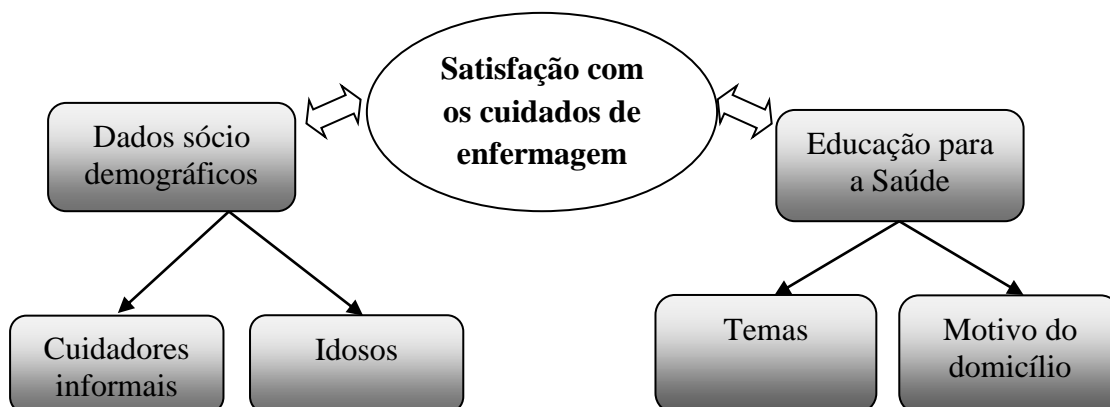
O envolvimento do utente reflecte a ideia geral de que o utente se encontra satisfeito pelo facto de sentir que o enfermeiro desenvolve todo um trabalho centrado na pessoa, demonstrando disponibilidade para com ela, considerando a sua opinião na concepção dos cuidados e mostrando ao utente que conhece bem a sua situação clínica e, portanto, os cuidados que lhe propõem encontram aí (nesse conhecimento) a sua justificação.

A informação dos recursos expressa a importância da transmissão de informação sobre os recursos disponíveis. Um conhecimento mais amplo dos serviços que tem à sua disposição, e como pode utilizá-los, facilitará um melhor acesso aos cuidados de saúde.

A formalização da informação reflecte a ideia de que na actividade do enfermeiro existe, também, um papel ligado aos aspectos mais formais da sua actividade, nomeadamente nas questões relacionadas com o proporcionar informação escrita, assim como da explicação dos direitos e deveres dos utentes no contexto dos cuidados, para que a participação dos utentes seja informada.

A promoção do elo de ligação expressa a preocupação de envolvimento da família, ou pessoas mais próximas, no processo de cuidados. A ideia geral é a de que, a ajuda e o apoio ao cuidador não se esgotam no interior dos serviços de saúde. Por outro lado, o facto de o cuidador ter a possibilidade de contactar sempre, ou quase sempre, o mesmo enfermeiro, constitui um factor promotor de segurança e facilitador da utilização dos serviços de saúde.

A construção de um modelo de análise, depende de vários factores complexos e interactivos, que consiste na definição de conceitos em estudo através de um referencial teórico e, com a ajuda do levantamento de hipóteses e precisar as suas relações (Fortin, 2003).

Figura nº. 4 - Modelo de análise das variáveis em interação

Pretendemos analisar as relações existentes entre as diferentes variáveis independentes com a variável dependente.

2.4 - Hipóteses

A formulação de hipóteses é um processo de extrema importância para o normal desenvolvimento de um trabalho de pesquisa, pois os resultados vão depender inteiramente da relevância, clareza, consistência lógica e verificação das hipóteses formuladas. Exige do investigador criatividade, reflexão na experiência pessoal e conhecimentos acerca do estudo.

A hipótese é uma suposta resposta, ao problema a ser investigado. É uma proposição que se forma, e que será aceite ou rejeitada depois de devidamente testada. O processo de elaboração de hipótese é de natureza criativa exigindo por parte do investigador uma experiência na área (Fortin, 2003).

Baseamo-nos no conhecimento que temos da população, nomeadamente as suas características e também na pesquisa bibliográfica, estabelecendo uma suposta relação entre as variáveis, optando por dividir em três níveis:

Nível I - Relação entre as variáveis independentes do idoso e a satisfação do cuidador com os cuidados de enfermagem no domicílio, de onde emergem as seguintes hipóteses: existe relação entre a idade dos idosos e a satisfação do cuidador com os cuidados de enfermagem, entre o género dos idosos e a satisfação do cuidador com os cuidados de enfermagem, entre o estado civil dos idosos e a satisfação do cuidador com os cuidados de enfermagem.

Nível II - Relação entre as variáveis independentes dos cuidadores informais e a satisfação com os cuidados de enfermagem no domicílio, de onde surge as seguintes hipóteses: existe relação entre o género dos cuidadores e a satisfação com os cuidados de enfermagem, entre o estado civil dos cuidadores informais e a satisfação com os cuidados de enfermagem, entre as habilitações académicas dos cuidadores informais e a satisfação com os cuidados de enfermagem, entre o grau de parentesco dos cuidadores informais e a satisfação com os cuidados de enfermagem, entre o tempo que prestam cuidados e a satisfação com os cuidados de enfermagem.

Nível III - Relação entre a intervenção – Educação para a Saúde e satisfação com os cuidados de enfermagem, de onde imergem as seguintes hipóteses existe relação entre o grau de satisfação dos cuidadores e a educação para a saúde nos cuidados de higiene ao idoso dependente, entre o grau de satisfação dos cuidadores e a educação para a saúde na alimentação ao idoso dependente, entre o grau de satisfação dos cuidadores e a educação para a saúde no levantar/mobilização ao idoso dependente, entre o grau de satisfação dos cuidadores e a educação para a saúde na ocupação/lazer ao idoso dependente, entre o grau de satisfação dos cuidadores e a educação para a saúde na eliminação ao idoso dependente.

Servindo estas hipóteses de base à questão central do estudo os dados são colhidos pelo instrumento que de seguida apresentaremos.

2.5 - Colheita de dados

A colheita de dados consiste em recolher informação com a ajuda de um instrumento de forma a responder aos objectivos do estudo (Fortin, 2003).

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

Baseado no problema que se pretende estudar, assim como nas variáveis em questão, optou-se pela utilização de um formulário (Anexo I). Optou-se por este meio de colheita de dados, atendendo a diversos aspectos tais como: a limitação do tempo; os cuidadores com baixa literacia. Foi construído especialmente para os sujeitos do nosso estudo, de acordo com as normas aconselhadas e que nos permitisse medir as variáveis em estudo.

Este formulário foi dividido em duas partes, a primeira parte constituída pela aplicação de uma entrevista estruturada aos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário. Este instrumento permitiu-nos a obtenção de dados como a caracterização sócio demográfica dos idosos (idade, género e situação conjugal) e dos cuidadores informais (idade, género, estado civil, habilitações académicas, grau de parentesco e caracterização contextual dos cuidados: há quanto tempo o idoso é dependente, motivo da visita domiciliária de enfermagem e temas abordados de Educação para a Saúde. É composto por questões fechadas e abertas.

A segunda parte é constituída pela escala da Satisfação com os Cuidados de Enfermagem, denominada por (SUCECS₂₆), trata-se de uma escala de alternativa múltipla (tipo Likert) graduada de 0 a 3, em que o valor (0) corresponde a Não se aplica/Sem opinião relativamente à questão. Num conjunto de questões, utilizámos como critério de medida uma escala que varia entre Nunca (1), Às vezes (2) e Sempre (3) e ainda um outro que varia entre Insatisfeito (1), Nem satisfeito/Nem Insatisfeito (2) e Satisfeito (3), dependendo do conteúdo da questão, mas todas se referem directamente à satisfação dos cuidadores informais com o apoio domiciliário.

A escala SUCECS 26 apresentou valores de alpha total de 0,892. A validade de construto foi realizada pelo recurso à análise factorial tendo sido identificados seis factores.

No que diz respeito à satisfação verifica-se pelo quadro n.º 5, que o instrumento apresenta bons índices de consistência interna quando se consideram o conjunto de factores e individualmente que compõem o instrumento permitindo afirmar a validade do nosso estudo.

Quadro n.º 6 - Comparação do alpha da escala sucecs com a utilizada no estudo

Nome do factor/dimensão	Nº de questões	Ribeiro (2003)	Presente estudo
		Alpha	
1 – Qualidade na Assistência	9	0,870	0,878
2 – Individualização da informação	6	0,943	0,839
3 – Envolvimento do utente	3	0,702	0,699
4 – Informação dos Recursos	4	0,548	0,796
5 – Formalização da informação	2	0,373	0,742
6 – Promoção do elo de ligação	3	0,403	0,565
Total	27	0,892	0,904



No sentido de validar a linguagem do formulário, foi realizado um pré teste a um grupo de 10 pessoas com características similares às da população alvo. O objectivo foi avaliar a eficácia, precisão das questões bem como a sua sequência e encadeamento, havendo necessidade de introduzir algumas correcções de pormenor, como a escolaridade (definida por 1º ciclo para primária, 2º ciclo para ciclo, entre outras), em relação à escala foram modificados os itens que abordavam o Centro de Saúde para domicílio, foram apresentados à autora, que aprovou as modificações (Anexo II).

Outro objectivo foi permitir uma estimativa mais rigorosa do tempo necessário para responder ao formulário e proporcionar um momento de reflexão sobre algumas dificuldades.

A colheita de dados iniciou-se por etapas sendo a primeira uma reunião informal com a chefia de enfermagem e o director do Centro de Saúde em que foi dado a conhecer o estudo que ia realizar, e pedida a colaboração para marcar uma reunião com todos os enfermeiros que fizessem domicílios ou extensões do Centro de Saúde. A resposta foi positiva, mas com o pedido de dar a conhecer os resultados do estudo.

Nesta reunião, foi dado a conhecer o estudo a realizar e pedida a colaboração no sentido de sinalizar os idosos dependentes com cuidadores informais e idosos dependentes em que estes tivessem apoio domiciliário de enfermagem.

O nosso trabalho de campo começou em Janeiro e terminou em Abril. Foram acordados os momentos de colheita de dados com a disponibilidade dos cuidadores. O momento de colheita de dados contou de um primeiro momento de introdução ao tema, seguindo a descrição das perguntas e registadas as respostas e terminou com o agradecimento pela colaboração.

O formulário proposto aos cuidadores foi antecedido na primeira página de uma nota introdutória onde se explicavam os objectivos do estudo e as questões de confidencialidade e anonimato (Anexo IV). Obtivemos assim, a colaboração e o consentimento do cuidador e idoso para fazer parte do estudo.

Este foi aplicado no domicílio do idoso/cuidador, e foram necessários 30 minutos a uma hora, porque muitas vezes, os cuidadores tinham necessidade de conversar sobre situações passadas. Isto foi muito importante porque constituiu momentos de aprendizagem e reflexão.



2.6 - Procedimentos éticos e legais

A investigação aplicada a seres humanos pode levantar questões de ordem moral e ética, por esta razão é importante tomar as providências necessárias para protegê-los quanto aos seus direitos (Fortin, 2003).

Foi formulado um pedido de autorização ao Director do Centro de Saúde, para a colheita de dados aos cuidadores informais de idosos dependentes, inseridos no ficheiro do Centro de Saúde e extensões do mesmo (Anexo III).

Antes da aplicação da escala referente à Satisfação com os Cuidados de Enfermagem, foi oficializado o pedido à autora para a sua aplicação (Anexo II).

Com o intuito de obter autorização dos cuidadores informais, foi pedido às enfermeiras que realizam domicílios, que divulgassem os nossos objectivos junto dos cuidadores informais e idosos e saber se estavam interessados em participar no estudo.

Antes da aplicação do formulário explicamos a natureza e os objectivos do estudo e como seria importante saber a opinião deles sobre os cuidados e a Educação para a Saúde realizada no domicílio e qual a utilidade do estudo. Em seguida, informávamos de que a sua participação era voluntária e que o anonimato e confidencialidade seriam garantidos, e por último pedimos para assinar o consentimento informado.

Ao preencher o formulário, era colocado um número para poder codificar e garantir a confidencialidade.



III PARTE – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Este capítulo é um dos mais difíceis e exigentes quanto ao pensamento crítico por parte do investigador. Faremos a apresentação, a discussão da análise descritiva e inferencial dos dados, com base no instrumento de colheita de dados e através do software de análise e estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 16.0 for Windows.

Começamos pelos dados relativos aos idosos dependentes, no que se refere à caracterização sócio demográfica (idade, género, e estado civil), depois apresentamos os dados dos cuidadores tais como: a idade, o género, estado civil, grau de escolaridade, grau de parentesco, tempo a cuidar do idoso (tempo de dependência), e por último o motivo da visita domiciliária de enfermagem, e quais os temas de Educação para a Saúde mais abordados, e o grau de satisfação com os cuidados de enfermagem.

1 – ANÁLISE DESCRITIVA

Primeiro vamos começar por fazer a caracterização da nossa amostra. Esta caracterização foi obtida através de um formulário, com um conjunto de questões sobre a caracterização sócio demográfica e contextual dos idosos e cuidadores informais.

Estabelecemos uma amplitude de variação de 9 anos para a elaboração de classes, permitindo uma melhor apresentação e análise.

Tabela nº 1 - Distribuição segundo a idade dos idosos

Idade do idoso	Frequência	%
65-74	12	10,60
75-84	58	51,30
85-94	34	30,10
95-104	9	8,00
Total	113	100

Relativamente à idade dos idosos, e segundo a análise da tabela nº 1, pode-se verificar que a maior % de idosos situa-se na classe etária 71-84 anos, com um valor de 51,3%, em contraste com a menor de 8% que se situa na classe etária dos 95-104. A média de idades situa-se nos 83 anos, com um desvio padrão de 7,3.

Tabela nº 2 - Distribuição segundo o género dos idosos

Género do idoso	Frequência	%
Masculino	22	19,50
Feminino	91	80,50
Total	113	100

Quanto ao género do idoso pode-se verificar na tabela nº 2 que a maioria é do género feminino (80,50%) sobre 19,50% do masculino.

Tabela nº 3 - Distribuição dos idosos segundo o seu estado civil

Estado civil dos idosos	Frequência	%
Casado/União facto	28	24,78
Divorciado/Separado	2	1,77
Viúvo	75	66,37
Solteiro	8	7,08
Total	113	100

No que diz respeito ao estado civil dos idosos, verifica-se que 66,4% são viúvos, e 1,8% são separados/divorciados.

Podemos assim dizer que os idosos participantes no estudo apresentam um perfil maioritariamente mulheres, viúvas, com mais de 75 anos de idade.

Os cuidadores que aceitaram participar no estudo apresentam as seguintes características sócio demográficas.

Tabela nº 4 - Distribuição segundo a idade dos cuidadores

Idade do cuidador	Frequência	%
20-29	2	1,80
30-39	5	4,40
40-49	36	31,90
50-59	33	29,20
60-69	17	15,00
70-79	13	11,50
80-90	7	6,20
Total	113	100

Relativamente à idade dos cuidadores, e segundo a análise da tabela nº 4, pode-se verificar que a maior % de cuidadores situa-se na classe etária 40-49 anos, com um

valor de 31,9%, em contraste com a menor % com 1,8% que se situa na classe etária dos 20-29 anos, a média foi de 55,6 anos.

Tabela nº 5 - Distribuição segundo o género dos cuidadores

Género dos cuidadores	Frequência	%
Masculino	22	19,50
Feminino	91	80,50
Total	113	100

Quanto ao género dos cuidadores pode-se verificar na tabela nº 5 que a maioria é do género feminino (80,5%) sobre 19,5% do masculino.

Os cuidados estão entregues à mulher desde o nascimento até à morte em meio domiciliário. Este é o processo normal no decorrer da evolução da história ao longo dos tempos (ANCP, 2006). No entanto esta distribuição de acordo com o género, tem vindo a alterar-se quer por obrigações sociais, económicas quer profissionais, existindo já cuidadores informais do sexo masculino (López, 2005).

Tabela nº 6 – Distribuição segundo o estado civil dos cuidadores

Estado civil dos cuidadores	Frequência	%
Casado/União facto	83,00	73,45
Divorciado/Separado	9,00	7,96
Viúvo	7,00	6,19
Solteiro	13,00	11,50
Outra situação	1,00	0,88
Total	113	100

Quanto ao estado civil, a tabela nº 6 mostra que a distribuição dos cuidadores varia entre 73,5% casados e 0,9% (1) noutra situação. Aparecem também 11,5% (13) de cuidadores que se encontram solteiros.

Tabela nº 7 - Distribuição dos cuidadores segundo as habilitações literárias

Habilitações académicas	Frequência	%
Analfabeto	6	5,30
Lê e escreve	8	7,10
1º Ciclo	59	52,20
2º Ciclo	24	21,20
3º Ciclo	8	7,10
Ensino Secundário	3	2,70
Ensino Superior	5	4,40
Total	113	100

No que diz respeito às habilitações académicas dos cuidadores informais, pode-se constatar que a grande maioria (52,2%), frequentou 4 anos de escolaridade (1º Ciclo), em contraste com 2,7% referentes ao ensino secundário.

Tabela nº 8 - Distribuição dos cuidadores informais segundo o grau de parentesco

Grau de parentesco	Frequência	%
Cônjuge	15	13,30
Filho/filha	64	56,60
Irmã/irmão	4	3,50
Nora/genro	12	10,60
Neto/neta	3	2,70
Outro	15	13,30
Total	113	100

No que diz respeito ao grau de parentesco com o idoso dependente, pode-se verificar pela tabela nº 8, que a grande maioria dos cuidadores informais 56,6% são os filhos, 13,3% os cônjuges, e logo a seguir as noras/genros 10,6%. Estes resultados corroboram a ideia de que a responsabilidade de cuidar recai sobre os familiares mais próximos, como foi referido em vários estudos, onde os cônjuges são a principal fonte de assistência e na ausência destes os descendentes constituem a segunda fonte de prestação de cuidados (Figueiredo, 2007 b; Sequeira, 2007).

Tabela nº 9 - Diferença entre idades do idoso e do cuidador

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade Idoso	66	103	83,00	7,30
Idade Cuidador	27	87	55,68	12,66

Segundo a tabela nº 9 verificamos que a idade média do idoso dependente se situa nos 83 anos e que a do cuidador é de 55,68 anos, o que revela um diferencial de idades na ordem dos 27 anos.

O perfil do cuidador deste estudo é maioritariamente mulheres, com idades compreendidas entre 40-49 anos, casadas, sendo filhas do idoso/a dependente, possuindo o 1º Ciclo de escolaridade como os estudos realizados por (Pavarini & Neri, A., 2000) (Lage, 2005a).

Tabela nº 10 - Distribuição dos cuidadores informais segundo o tempo que cuidam

Tempo que cuidam	Frequência	%
6 Meses	2	1,80
6 Meses a 1 ano	6	5,30
1 a 2 anos	17	15,00
Mais de 2 anos	88	77,90
Total	113	100

Na tabela nº 10 pode notar-se que a distribuição dos cuidadores informais, de acordo com o período e duração de tempo em que prestam cuidados, se distribui entre 77,9% (82) de cuidadores que prestam cuidados há mais de três anos e que 1,8% (2) prestam cuidados há 6 meses.

Tabela nº 11 - Distribuição do motivo da visita domiciliária

Motivo da visita	Frequência	%
TA	35	31,00
Glicemia e técnicas	19	16,80
Pensos	50	44,20
Ensinos e técnicas	4	3,50
IM	5	4,40
Total	113	100

Na tabela nº 11 pode notar-se que o motivo da visita domiciliária de enfermagem é o realizar pensos (44,2%), seguindo-se a avaliação da Tensão arterial (31%), e o motivo que apresenta valores mais baixos são as técnicas e ensinos (3,5%).

Tabela nº 12 - Distribuição dos temas de Educação para a Saúde abordados pelo enfermeiro no domicílio

Temas de Educação para a Saúde	Frequência	%
Alimentação	29	25,70
Higiene	3	2,70
Levante	12	10,60
Lazer/ocupação e outros ensinios	4	3,50
Vários ensinios	31	27,40
Sem ensino	34	30,10
Total	113	100

Relativamente aos temas de Educação para a Saúde mais abordados na visita domiciliária são vários (alimentação, higiene, levante, entre outros) com 27,4 seguidos de ensinios somente de alimentação (25,7%), no entanto, salienta-se o facto de 30,1% não terem ensinios. Em relação ao tema de Educação para a Saúde menos abordado é a higiene com 2,7%.

Tabela nº 13 - Satisfação percebida pelos cuidadores informais

Satisfação	Frequência	%
Insatisfeitos	4	3,50
Satisfeitos	74	65,50
Muito satisfeitos	35	31,00
Total	113	100

No que diz respeito à satisfação dos cuidadores informais, como podemos verificar pela tabela nº 13 (65,5%) estão satisfeitos, em seguida temos 31% muito satisfeito, e 3,5% estão insatisfeitos.

Tabela nº 14 - Relação entre a satisfação e a idade do idoso

		Idade Idoso				Total
		65-74	75-84	85-94	95-104	
Satisfação	Insatisfeitos	0	2	2	0	4
	Satisfeitos	7	41	20	6	74
	Muito Satisfeitos	5	15	12	3	35
	Total	12	58	34	9	113

Da análise da tabela nº 14 podemos verificar que a maior número de idosos satisfeitos se encontra entre os 75 e os 84 anos, e 85-94.

A satisfação é mais elevada no período 75 aos 84 anos. Daqui se depreende que quanto mais anos apresentam mais satisfeitos estão, pensamos ter a ver com as expectativas individuais e com o progresso a nível dos Cuidados de Saúde Primários domiciliários, uma vez que referiram o facto há muitos anos quando cuidavam dos pais, não terem tido acompanhamento domiciliário.

Tabela nº 15 - Relação entre a satisfação e o género do idoso

		Sexo Idoso		Total
		Masculino	Feminino	
Satisfação	Insatisfeitos	0	4	4
	Satisfeitos	17	57	74
	Muito Satisfeitos	5	30	35
	Total	22	91	113

Relativamente à relação entre o género do idoso e a satisfação, constata-se pela tabela nº 15 que o género feminino é o que está mais satisfeito e mais insatisfeito. Uma das situações a salientar é o facto de não existirem idosos insatisfeitos, mas idosas temos 4.

Tabela nº 16 - Relação entre a satisfação e o estado civil do idoso

		Estado Civil Idoso				Total
		Casado/União facto	Divorciado/Separado	Viúvo	Solteiro	
Satisfação	Insatisfeitos	0	0	4	0	4
	Satisfeitos	22	1	44	7	74
	Muito Satisfeitos	6	1	27	1	35
	Total	28	2	75	8	113

Da análise da tabela nº 16, podemos confirmar que viúvos são os idosos muito satisfeitos e insatisfeitos, o que pode ser explicado pelo número elevado de viúvos nesta amostra.

Tabela nº 17 - Relação entre a satisfação e a idade do cuidador

		Satisfação			Total
		Insatisfeitos	Satisfeitos	Muito Satisfeitos	
Idade cuidador	20-29	2	0	0	2
	30-39	1	3	1	5
	40-49	0	19	17	36
	50-59	0	23	10	33
	60-69	1	10	6	17
	70-79	0	13	0	13
	80-90	0	6	1	7
Total		4	74	35	113

Relativamente à relação entre a satisfação e a idade do cuidador, podemos verificar pela tabela nº 17 que os cuidadores insatisfeitos são os que têm idades compreendidas entre 20 e 29, e os cuidadores que estão muito satisfeitos tem idades compreendidas entre os 40-49.

Tabela nº 18 - Relação entre a satisfação e o género do cuidador

		Género do Cuidador		Total
		Masculino	Feminino	
Satisfação	Insatisfeitos	0	4	4
	Satisfeitos	19	55	74
	Muito Satisfeitos	3	32	35
	Total	22	91	113

Da análise da tabela nº 18, podemos afirmar que as mulheres cuidadoras estão muito satisfeitas, e ao mesmo tempo muito insatisfeitas. É de realçar que os homens cuidadores não estão insatisfeitos.

Tabela nº 19 - Relação entre a satisfação e o estado civil do cuidador

		Estado Civil do Cuidador					Total
		Casado	Divorciado	Viúvo	Solteiro	Outra situação	
Satisfação	Insatisfeitos	3	0	0	1	0	4
	Satisfeitos	51	8	4	11	0	74
	Muito Satisfeitos	29	1	3	1	1	35
	Total	83	9	7	13	1	113

Relativamente à relação entre a satisfação e o estado civil do cuidador podemos verificar pela tabela nº 19 que os cuidadores insatisfeitos são os casados, e os cuidadores que estão muito satisfeitos são também os casados.

Tabela nº 20 - Relação entre a satisfação e as habilitações académicas do cuidador

		Habilitações académicas do cuidador							Total
		Analfabeto	Lê e escreve	1º Ciclo	2º C	3º C	Ensino Secundário	Ensino Superior	
Satisfação	Insatisfeitos	0	0	2	2	0	0	0	4
	Satisfeitos	4	3	38	15	7	2	5	74
	Muito Satisfeitos	2	5	19	7	1	1	0	35
	Total	6	8	59	24	8	3	5	113

Da análise da tabela nº 20, podemos afirmar que os cuidadores mais insatisfeitos são os que possuem o 1º e 2º Ciclo, e os que estão muito satisfeitos são os que possuem o 2º Ciclo.

Tabela nº 21 - Relação entre a satisfação e grau de parentesco entre idoso e cuidador

		Grau de parentesco entre idoso e cuidador						Total
		Cônjuge	Filho/filha	Irmã/ Irmão	Nora/ Genro	Neto/ Neta	Outro	
Satisfação	Insatisfeitos	0	1	0	0	3	0	4
	Satisfeitos	13	42	3	4	0	12	74
	Muito Satisfeitos	2	21	1	8	0	3	35
Total		15	64	4	12	3	15	113

Estabelecendo relação entre a satisfação e o grau de parentesco pudemos verificar que são os netos os insatisfeitos, e as filhas são o elemento mais satisfeito.

Tabela nº 22 - Relação entre a satisfação e o tempo que cuidam

		Tempo a cuidar do idoso				Total
		6 Meses	6 Meses a 1 ano	1 a 2 anos	Mais de 3 anos	
Satisfação	Insatisfeitos	0	0	0	4	4
	Satisfeitos	1	3	11	59	74
	Muito Satisfeitos	1	3	6	25	35
Total		2	6	17	88	113

Na tabela nº 22 podemos verificar que os mais satisfeitos e insatisfeitos são os cuidadores que cuidam do idoso há mais de 3 anos.

Tabela nº 23 - Relação entre a satisfação e os temas abordados de Educação para a Saúde

		Ensinos					Total	
		Alimentação	Higiene	Levante	Lazer/ocupação e outros ensinos	Vários ensinos		Sem ensinos
Satisfação	Insatisfeitos	2	0	0	0	0	2	4
	Satisfeitos	19	0	11	2	18	24	74
	Muito Satisfeitos	8	3	1	2	13	8	35
Total		29	3	12	4	31	34	113

Da análise da tabela nº 23 podemos verificar que os cuidadores que têm mais ensinos são os que estão muito satisfeitos, e os que não tem ensinos, ou tem sobre a alimentação são os que estão mais insatisfeitos. Interessante é também constatar que mesmo não tendo ensinos 24 cuidadores estão satisfeitos, número ainda considerável.

Tabela nº 24 – Avaliação dos itens da escala da satisfação com os cuidados de enfermagem

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Qualidade na assistência	16	27	25,25	2,70
Individualização na informação	6	18	15,44	2,68
Envolvimento do utente	4	9	8,03	1,35
Informação dos recursos	3	12	7,64	2,79
Formalização informação	0	6	2,58	1,41
Promoção do elo de ligação	3	9	6,27	1,80

Relativamente à satisfação com os cuidados de enfermagem, podemos constatar pela tabela nº 24, que a qualidade na assistência, envolvimento do utente e promoção do elo de ligação são os itens em que os cuidadores estão mais satisfeitos. Havendo uma grande lacuna na informação dos recursos e formalização da informação.

2 – ANÁLISE DAS DIFERENTES COMPONENTES DA SATISFAÇÃO COM AS DIFERENTES VARIÁVEIS

Para estabelecer e compreender as relações entre as dimensões encontradas na análise factorial e as diferentes variáveis em análise (género do idoso, idade do idoso, género do cuidador, idade do cuidador, estado civil do cuidador, escolaridade do cuidador, tempo que cuida, temas de Educação para a Saúde abordados), realizamos uma análise de variância.

Para que possa extrair conclusões deste estudo, procedeu-se à análise das hipóteses anteriormente estabelecidas.

Satisfação do cuidador e idade do idoso

A primeira hipótese era se existia relação entre a idade dos idosos e a satisfação do cuidador com os cuidados de enfermagem.

Tabela 25 - Análise das diferenças entre as componentes da satisfação e a idade dos idosos

Componentes	Idade do idoso	N	Média dos grupos	Fonte de variância	G.L.	Média dos quadrados	Valor de F	Valor de Sig.
Satisfação	65-74	12	80,56	Entre-grupos	3	,145	,524	,666
	75-84	58	74,14	Intra-grupos	109	,276		
	85-94	34	76,47					
	95-104	9	77,78					
Qualidade assistência	65-74	12	97,22	Entre-grupos	3	,089	,497	,685
	75-84	58	92,53	Intra-grupos	109	,178		
	85-94	34	93,14					
	95-104	9	96,30					
Individualização informação	65-74	12	97,22	Entre-grupos	3	,322	1,298	,279
	75-84	58	90,23	Intra-grupos	109	,248		
	85-94	34	92,16					
	95-104	9	100,00					
Envolvimento do utente	65-74	12	94,44	Entre-grupos	3	,043	,268	,848
	75-84	58	93,68	Intra-grupos	109	,161		
	85-94	34	92,16					
	95-104	9	96,30					
Informação dos recursos	65-74	12	69,44	Entre-grupos	3	,274	,393	,758
	75-84	58	60,61	Intra-grupos	109	,697		
	85-94	34	64,71					
	95-104	9	62,96					

Formalização Informação	65-74	12	54,55	Entre-grupos	3	,301	,618	,605
	75-84	58	50,31	Intra-grupos	109	,486		
	85-94	34	49,49					
	95-104	9	40,74					
Promoção elo ligação	65-74	12	88,89	Entre-grupos	3	,296	,986	,402
	75-84	58	80,46	Intra-grupos	109	,300		
	85-94	34	78,43					
	95-104	9	81,48					

Para testar esta hipótese utilizou-se o teste one way Anova, e concluiu-se que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à idade dos idosos, em relação à satisfação do cuidador com os cuidados de enfermagem, uma vez que os valores de significância são superiores a 0,05. Logo, a idade do idoso, não é importante para a satisfação do cuidador com os cuidados de enfermagem.

Na satisfação do cuidador a componente de satisfação que apresenta valores mais baixos (média dos grupos) é a formalização da informação, isto é, a forma como o enfermeiro transmite aspectos mais formais como a explicação dos direitos e deveres destes, para que a participação destes seja informada. No entanto, a componente de satisfação que apresenta valores mais elevados é a individualização da informação, ou seja, os cuidadores estão mais satisfeitos na forma como o enfermeiro transmite dando resposta à necessidade de informação destes.

Satisfação do cuidador e género do idoso

A segunda hipótese colocada era se havia relação entre a satisfação do cuidador com os cuidados de enfermagem e o género dos idosos. Para o efeito foi efectuado o t-test uma vez que se procurava avaliar entre apenas dois grupos – homens e mulheres.

A tabela nº 26 dá-nos conta dos resultados da análise de variância das diferentes componentes e a variável género.

Tabela 26 - Análise das diferenças entre as componentes da satisfação e o género dos idosos

Componente	Sexo idoso	N	Média dos grupos	Valor de t	Valor de Sig.
Satisfação Global	Masculino	22	71,21	-1,388	,168
	Feminino	91	76,92	-1,811	,076
Qualidade na assistência	Masculino	22	95,45	0,725	0,47
	Feminino	91	93,04	0,826	0,414
Individualização na informação	Masculino	22	90,91	-,444	0,658
	Feminino	91	92,67	-0,413	0,682

Envolvimento do utente	Masculino	22	96,97	1,369	0,174
	Feminino	91	92,67	1,686	0,099
Informação de recursos	Masculino	22	51,52	-2,228	0,028
	Feminino	88	65,91	-2,254	0,031
Formalização informação	Masculino	19	47,37	-0,481	0,632
	Feminino	87	50,19	-0,533	0,598
Promoção do elo de ligação	Masculino	22	75,76	-1,458	0,148
	Feminino	91	82,05	-1,3	0,204

Os resultados obtidos demonstram que existem diferenças com significado estatístico apenas na componente informação dos recursos. Isto significa que os cuidadores atingiram níveis de satisfação diferente em apenas uma das componentes em análise sobre a prática de enfermagem.

Em sentido geral, pudemos dizer que a satisfação do cuidador é influenciada apenas na informação dos recursos conforme o género do idoso que cuidam.

Satisfação do cuidador e estado civil dos idosos

Para análise das diferenças encontradas nas pontuações obtidas nas diferentes componentes da satisfação e o estado civil dos cuidadores, conduziu a uma análise de variância, one way anova, pelo facto da variável ser formada por mais do que dois grupos.

A tabela seguinte apresenta-nos os resultados da análise de variância das diferentes componentes da satisfação e o estado civil dos idosos.

Tabela 27 - Análise das diferenças entre as componentes da satisfação e o estado civil dos idosos

Componentes	Estado civil do idoso	N	Média dos grupos	Fonte de variância	G.L.	Média dos Quadrados	Valor de F	Valor de Sig.
Satisfação Global	Casado/União	28	73,81	Entre-grupos	3	0,153	0,556	0,645
	Divorciado/Sep.	2	83,33	Intra-grupos	109	0,276		
	Viúvo	75	76,89					
	Solteiro	8	70,83					
Qualidade assistência	Casado/União	28	91,67	Entre-grupos	3	0,171	0,968	0,411
	Divorciado/Sep.	2	100,00	Intra-grupos	109	0,176		
	Viúvo	75	94,67					
	Solteiro	8	87,50					

Individualização informação	Casado/União	28	92,86	Entre-grupos	3	0,081	0,316	0,814
	Divorciado/Sep.	2	100,00	Intra-grupos	109	0,255		
	Viúvo	75	91,56					
	Solteiro	8	95,83					
Envolvimento do utente	Casado/União	28	92,86	Entre-grupos	3	0,127	0,798	0,497
	Divorciado/Sep.	2	100,00	Intra-grupos	109	0,159		
	Viúvo	75	94,22					
	Solteiro	8	87,50					
Informação dos recursos	Casado/União	28	61,73	Entre-grupos	3	0,25	0,359	0,783
	Divorciado/Sep.	2	66,67	Intra-grupos	109	0,698		
	Viúvo	75	64,38					
	Solteiro	8	54,17					
Formalização Informação	Casado/União	28	50,00	Entre-grupos	3	0,543	1,134	0,339
	Divorciado/Sep.	2	66,67	Intra-grupos	109	0,479		
	Viúvo	75	50,46					
	Solteiro	8	37,50					
Promoção elo ligação	Casado/União	28	83,33	Entre-grupos	3	0,079	0,257	0,857
	Divorciado/Sep.	2	83,33	Intra-grupos	109	0,306		
	Viúvo	75	80,00					
	Solteiro	8	79,17					

Pelo que se pode observar não existem diferenças significativas nas componentes da satisfação, uma vez que os valores de F encontrados não apresentam níveis de significância para $p \leq 0,05$. Isto significa que a satisfação do cuidador não é influenciada pelo estado civil do idoso.

Satisfação e género dos cuidadores informais

A tabela nº 28 dá-nos conta dos resultados relativos ao género dos cuidadores, e componentes da satisfação.

Tabela 28 - Análise das diferenças entre as componentes da satisfação e o género dos cuidadores

Componentes	Sexo Cuidador	N	Média dos grupos	Valor de T	G.L.	Valor de Sig.
Satisfação Global	Masculino	22	71,21	-1,388	113	0
	Feminino	91	76,92	-1,811		
Qualidade assistência	Masculino	22	95,45	0,725	113	0,126
	Feminino	91	93,04	0,826		
Individualização informação	Masculino	22	90,91	-0,444	113	0,422
	Feminino	91	92,67	-0,413		
Envolvimento do utente	Masculino	22	96,97	1,369	113	0,002
	Feminino	91	92,67	1,686		
Informação dos recursos	Masculino	22	51,52	-2,228	113	0,795
	Feminino	91	65,91	-2,254		
Formalização Informação	Masculino	22	47,37	-0,481	113	0,24
	Feminino	91	50,19	-0,533		
Promoção elo ligação	Masculino	22	75,76	-1,458	113	0,623
	Feminino	91	82,05	-1,3		

Pelo que se pode observar, não se encontram diferenças significativas, nas componentes: “Qualidade na assistência”, “Individualização da informação”, “Informação dos recursos”, “Formalização da informação” e “Promoção do elo de ligação”, uma vez que os valores de F não apresentam níveis de significância para $p \leq 0,05$. Pelo contrário, o valor de F na componente “Envolvimento do utente” é vista de maneira diferente conforme o género do cuidador.

Daqui, concluímos que a componente da satisfação que tem relação com o género do cuidador é o envolvimento do utente.

Satisfação e estado civil dos cuidadores informais

A tabela nº 29 dá-nos conta dos resultados da análise de variância das diferentes componentes da satisfação e estado civil dos cuidadores.

Tabela 29 - Análise das diferenças entre as componentes da satisfação e o estado civil dos cuidadores

Componentes	Estado civil cuidador	N	Média dos grupos	Fonte de variância	G.L.	Média dos quadrados	Valor de F	Valor de Sig.
Satisfação	Casado/União	83	77,11	Entre-grupos	4	0,509	1,933	0,11
	Divorciado/Sep.	9	70,37	Intra-grupos	108	0,264		
	Viúvo	7	80,95					
	Solteiro	13	66,67					
	Outra situação	1	100,00					
Qualidade assistência	Casado/União	83	93,17	Entre-grupos	4	0,135	0,761	0,553
	Divorciado/Sep.	9	96,30	Intra-grupos	108	0,178		
	Viúvo	7	100,00					
	Solteiro	13	89,74					
	Outra situação	1	100,00					
Individualização informação	Casado/União	83	91,97	Entre-grupos	4	0,231	0,919	0,456
	Divorciado/Sep.	9	85,19	Intra-grupos	108	0,251		
	Viúvo	7	100,00					
	Solteiro	13	94,87					
	Outra situação	1	100,00					
Envolvimento do utente	Casado/União	83	93,17	Entre-grupos	4	0,135	0,85	0,497
	Divorciado/Sep.	9	96,30	Intra-grupos	108	0,159		
	Viúvo	7	100,00					
	Solteiro	13	89,74					
	Outra situação	1	100,00					
Informação dos recursos	Casado/União	83	65,00	Entre-grupos	4	0,898	1,326	0,265
	Divorciado/Sep.	9	51,85	Intra-grupos	105	0,677		
	Viúvo	7	66,67					
	Solteiro	13	53,85					
	Outra situação	1	100,00					
Formalização Informação	Casado/União	83	52,32	Entre-grupos	4	0,692	1,465	0,219
	Divorciado/Sep.	9	37,04	Intra-grupos	101	0,473		
	Viúvo	7	40,00					
	Solteiro	13	44,44					
	Outra situação	1	66,67					
Promoção elo ligação	Casado/União	83	81,93	Entre-grupos	4	0,664	2,317	0,062
	Divorciado/Sep.	9	77,78	Intra-grupos	108	0,287		
	Viúvo	7	90,48					
	Solteiro	13	69,23					
	Outra situação	1	100,00					

Pelo que se pode observar, não se encontram diferenças estatisticamente significativas nas pontuações obtidas na satisfação e estado civil, com exceção da dimensão “Promoção do elo de ligação”, cujos valores de F, e respectivo nível de significância, foi de $F=2,317$; $p=0,062$. Isto significa que a “promoção do elo de ligação” foi percebida de modo diferente entre os cuidadores informais, consoante o estado civil, sendo que os cuidadores informais que atingiram médias mais altas nesta componente, foram os viúvos.

Satisfação e habilitações académicas dos cuidadores informais

Na tabela nº 30 apresentamos os resultados da análise de variância das diferentes componentes e o nível de escolaridade dos cuidadores informais.

Tabela 30 - Análise das diferenças entre as componentes da satisfação e a escolaridade dos cuidadores informais

Componentes	Escolaridade	N	Média dos grupos	Fonte de variância	G.L.	Média dos quadrados	Valor de F	Valor de Sig.
Satisfação	Analfabeto	14	83,33	Entre-grupos	4	0,381	1,414	0,243
	Ensino Básico	91	75,09	Intra-grupos	109	0,269		
	Ensino Secundário	3	77,78					
	Ensino Superior	5	66,67					
Qualidade assistência	Analfabeto	14	97,62	Entre-grupos	4	0,366	2,141	0,099
	Ensino Básico	91	93,77	Intra-grupos	109	0,171		
	Ensino Secundário	3	88,89					
	Ensino Superior	5	80,00					
Individualização informação	Analfabeto	14	97,62	Entre-grupos	4	0,314	1,263	0,291
	Ensino Básico	91	91,94	Intra-grupos	109	0,248		
	Ensino Secundário	3	77,78					
	Ensino Superior	5	93,33					
Envolvimento do utente	Analfabeto	14	97,62	Entre-grupos	4	0,578	3,944	0,01
	Ensino Básico	91	94,14	Intra-grupos	109	0,147		
	Ensino Secundário	3	77,78					
	Ensino Superior	5	80,00					
Informação dos recursos	Analfabeto	14	74,36	Entre-grupos	4	0,934	1,377	0,254
	Ensino Básico	91	62,17	Intra-grupos	109	0,678		
	Ensino Secundário	3	66,67					

	Ensino Superior	5	46,67					
Formalização Informação	Analfabeto	14	61,90	Entre-grupos	4	1,072	2,314	0,08
	Ensino Básico	91	48,81	Intra-grupos	109	0,463		
	Ensino Secundário	3	44,44					
	Ensino Superior	5	33,33					
Promoção e ligação	Analfabeto	14	85,71	Entre-grupos	4	0,41	1,38	0,253
	Ensino Básico	91	80,95	Intra-grupos	109	0,297		
	Ensino Secundário	3	77,78					
	Ensino Superior	5	66,67					

Pelo que se pode observar, nas componentes qualidade da assistência e envolvimento do utente verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, nas pontuações obtidas e o nível de escolaridade, cujos valores de F e respectivo nível de significância foi de $F=2,141$, $p=0,099$; $F=3,944$, $p=0,010$. Isto significa que a qualidade da assistência e envolvimento do utente foi percebido de forma diferente entre os cuidadores com diferentes níveis de escolaridade. Os cuidadores que atingiram médias mais altas nestas componentes são os analfabetos.

Satisfação e relação de parentesco dos cuidadores informais

Na tabela nº 31 apresentamos os resultados da análise de variância das diferentes componentes da satisfação e a relação de parentesco entre os idosos dependentes e os cuidadores informais.

Tabela 31 - Análise das diferenças entre as componentes da satisfação e a relação de parentesco entre o idoso dependente e o cuidador informal

Componentes	Relação de parentesco	N	Média dos grupos	Fonte de variância	G.L.	Média dos quadrados	Valor de F	Valor de Sig.
Satisfação	Cônjuge	15	71,11	Entre-grupos	6	1,439	6,609	0
	Filho/filha	64	77,08	Intra-grupos	107	0,218		
	Irmã/irmão	4	75,00					
	Nora/genro	12	88,89					
	Neto/neta	3	33,33					
	Outro	15	73,33					
Qualidade assistência	Cônjuge	15	93,33	Entre-grupos	6	0,845	5,835	0
	Filho/filha	64	94,27	Intra-grupos	107	0,145		
	Irmã/irmão	4	100,00					
	Nora/genro	12	97,22					

	Neto/neta	3	55,56					
	Outro	15	93,33					
Individualização informação	Cônjuge	15	91,11	Entre-grupos	6	0,816	3,648	0,004
	Filho/filha	64	92,71	Intra-grupos	107	0,224		
	Irmã/irmão	4	100,00					
	Nora/genro	12	94,44					
	Neto/neta	3	55,56					
	Outro	15	95,56					
Envolvimento do utente	Cônjuge	15	95,56	Entre-grupos	6	0,433	2,982	0,015
	Filho/filha	64	93,75	Intra-grupos	107	0,145		
	Irmã/irmão	4	100,00					
	Nora/genro	12	94,44					
	Neto/neta	3	66,67					
	Outro	15	93,33					
Informação dos recursos	Cônjuge	15	50,00	Entre-grupos	6	2,066	3,339	0,008
	Filho/filha	64	62,90	Intra-grupos	107	0,619		
	Irmã/irmão	4	66,67					
	Nora/genro	12	86,11					
	Neto/neta	3	33,33					
	Outro	15	62,22					
Formalização Informação	Cônjuge	15	45,24	Entre-grupos	6	0,631	1,334	0,256
	Filho/filha	64	51,11	Intra-grupos	107	0,473		
	Irmã/irmão	4	41,67					
	Nora/genro	12	61,11					
	Neto/neta	3	33,33					
	Outro	15	43,59					
Promoção elo ligação	Cônjuge	15	82,22	Entre-grupos	6	0,295	0,984	0,431
	Filho/filha	64	79,17	Intra-grupos	107	0,3		
	Irmã/irmão	4	83,33					
	Nora/genro	12	88,89					
	Neto/neta	3	66,67					
	Outro	15	82,22					

Pelo que se pode observar, nas componentes satisfação total, qualidade da assistência, individualização da informação, envolvimento do utente e informação dos recursos verificaram-se valores de p estatisticamente significativos, uma vez que apresentam valores de $p \leq 0,05$. Na satisfação geral e na informação dos recursos os que apresentam valores de satisfação mais elevados foram os cuidadores com um grau de parentesco nora/genro. No entanto, nas componentes qualidade da assistência, individualização da informação e envolvimento do utente, os cuidadores que apresentam valores mais elevados de satisfação são irmãs/irmãos do idoso dependente.

Satisfação e tempo a cuidar do idoso

Na tabela nº 32 apresentamos os resultados da análise de variância das diferentes componentes da satisfação e tempo a cuidar do idoso dependente.

Tabela 32 - Análise das diferenças entre as componentes da satisfação e o tempo que cuidam

Componentes	Tempo a cuidar do idoso	N	Média dos grupos	Fonte de variância	G.L.	Média dos quadrados	Valor de F	Valor de Sig.
Satisfação	6 meses	2	83,33	Entre-grupos	3	0,208	0,76	0,519
	6 meses a 1 ano	6	83,33	Intra-grupos	110	0,274		
	1 a 2 anos	17	78,43					
	mais de 3 anos	88	74,62					
Qualidade assistência	6 meses	2	100,00	Entre-grupos	3	0,166	0,941	0,424
	6 meses a 1 ano	6	100,00	Intra-grupos	110	0,176		
	1 a 2 anos	17	96,08					
	mais de 3 anos	88	92,42					
Individualização informação	6 meses	2	100,00	Entre-grupos	3	0,057	0,223	0,88
	6 meses a 1 ano	6	88,89	Intra-grupos	110	0,255		
	1 a 2 anos	17	92,16					
	mais de 3 anos	88	92,42					
Envolvimento do utente	6 meses	2	100,00	Entre-grupos	3	0,262	1,689	0,174
	6 meses a 1 ano	6	100,00	Intra-grupos	110	0,155		
	1 a 2 anos	17	98,04					
	mais de 3 anos	88	92,05					
Informação dos recursos	6 meses	2	83,33	Entre-grupos	3	0,283	0,407	0,749
	6 meses a 1 ano	6	66,67	Intra-grupos	110	0,697		
	1 a 2 anos	17	62,75					
	mais de 3 anos	88	62,35					
Formalização Informação	6 meses	2	33,33	Entre-grupos	3	0,411	0,85	0,47
	6 meses a 1 ano	6	61,11	Intra-grupos	110	0,483		
	1 a 2 anos	17	47,92					
	mais de 3 anos	88	49,59					
Promoção elo ligação	6 meses	2	83,33	Entre-grupos	3	0,374	1,255	0,294
	6 meses a 1 ano	6	94,44	Intra-grupos	110	0,298		
	1 a 2 anos	17	78,43					
	mais de 3 anos	88	80,30					

	anos						
--	------	--	--	--	--	--	--

Pelo que se pode observar, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, uma vez que apresentam valores $p > 0,05$. No entanto nas componentes qualidade da assistência, envolvimento do utente os cuidadores que apresentam valores mais elevados de satisfação são os que cuidam há 6 meses, ou entre 6 meses a 1 ano.

Satisfação e ensinios

Na tabela nº 33 apresentamos os resultados da análise de variância das diferentes componentes da satisfação e ensinios prestados na visita domiciliária aos cuidadores informais.

Tabela 33 - Análise das diferenças entre as componentes da satisfação e os ensinios realizados

Componentes	Ensinios	N	Média dos grupos	Fonte de variância	G.L.	Média dos quadrados	Valor de F	Valor de Sig.
Satisfação	Alimentação	29	73,56	Entre-grupos	5	0,666	2,624	0,028
	Higiene	3	100,00	Intra-grupos	108	0,254		
	Levante	12	69,44					
	Lazer/ocupação e outros ensinios	4	83,33					
	Vários ensinios	31	80,65					
	Sem ensino	34	72,55					
Qualidade assistência	Alimentação	29	93,10	Entre-grupos	5	0,188	1,071	0,381
	Higiene	3	100,00	Intra-grupos	108	0,175		
	Levante	12	91,67					
	Lazer/ocupação e outros ensinios	4	100,00					
	Vários ensinios	31	96,77					
	Sem ensino	34	90,20					
Individualização informação	Alimentação	29	89,66	Entre-grupos	5	0,252	1,007	0,417
	Higiene	3	100,00	Intra-grupos	108	0,25		
	Levante	12	97,22					
	Lazer/ocupação e outros ensinios	4	100,00					
	Vários ensinios	31	94,62					
	Sem ensino	34	89,22					
Envolvimento do utente	Alimentação	29	94,25	Entre-grupos	5	0,157	0,994	0,425
	Higiene	3	100,00	Intra-grupos	108	0,158		
	Levante	12	91,67					
	Lazer/ocupação e outros ensinios	4	100,00					

	Vários ensinos	31	95,70					
	Sem ensino	34	90,20					
Informação dos recursos	Alimentação	29	57,47	Entre-grupos	5	1,902	3,036	0,013
	Higiene	3	100,00	Intra-grupos	108	0,627		
	Levante	12	50,00					
	Lazer/ocupação e outros ensinos	4	75,00					
	Vários ensinos	31	72,22					
	Sem ensino	34	59,38					
Formalização Informação	Alimentação	29	50,62	Entre-grupos	5	1,64	3,879	0,003
	Higiene	3	77,78	Intra-grupos	108	0,423		
	Levante	12	41,67					
	Lazer/ocupação e outros ensinos	4	66,67					
	Vários ensinos	31	57,47					
	Sem ensino	34	39,78					
Promoção elo ligação	Alimentação	29	79,31	Entre-grupos	5	0,482	1,653	0,152
	Higiene	3	100,00	Intra-grupos	108	0,292		
	Levante	12	72,22					
	Lazer/ocupação e outros ensinos	4	83,33					
	Vários ensinos	31	84,95					
	Sem ensino	34	79,41					

Pelo que se pode observar, nas componentes satisfação total, informação dos recursos e formalização da informação verificaram-se valores de p estatisticamente significativos, uma vez que apresentam valores de $p \leq 0,05$.

No entanto, os ensinos que trazem maior satisfação ao cuidador são os relativos à higiene e lazer/ocupação.

3 – DISCUSSÃO

Após a apresentação e análise dos dados surge um espaço para após uma reflexão, apresentar-se a discussão dos resultados obtidos. Pretende-se assim confrontar os dados obtidos com os objectivos previstos para este estudo e com estudos anteriormente realizados sobre a temática.

Esta discussão será apresentada de acordo com a sequência adoptada na apresentação da análise e tratamento dos dados expostos anteriormente.

É objectivo deste estudo avaliar a satisfação do cuidador quando sujeito a Educação para a Saúde em contexto domiciliário. Para melhor contextualizar esta problemática, partiu-se para o conhecimento das características sócio demográficas dos idosos, cuidadores, e temas abordados na visita domiciliária.

Analisando as características dos idosos dependentes, constata-se que tanto cuidadores como idosos prevalece o género feminino, e com uma % de 80,5 tal como Sequeira (2010) citando Dwyer e Coward (1991) refere que a maior prevalência do sexo feminino deve-se a questões demográficas, com tendência para o cuidador e o alvo dos cuidados serem do mesmo género. Como a maioria dos idosos que necessitam de cuidados são mulheres, esta seria uma explicação para que os cuidadores na sua maioria sejam do género feminino.

Relativamente ao grupo etário, 51,3% dos idosos encontra-se entre os 75 e 84 anos e 30,1% entre os 85 e 94 anos. São idosos predominantemente viúvos (66,4%) e casados (24,8%).

Relativamente às características sócio demográficas dos cuidadores da população em estudo, verifica-se uma evidente predominância do género feminino, com 80,5% versus 19,5% de cuidadores do género masculino. Tal resultado vai ao encontro da tradicional atribuição do papel de cuidador ao género feminino, tal como se encontra referenciado no enquadramento teórico deste estudo por vários autores (Pavarini & Neri, 2000; Lage, 2005a). As mesmas conclusões podem ser encontradas noutros estudos, como (Sequeira, 2010 citando INSERSO, 1995; Penrod e col., 1995; Melo, 2005; Lage, 2005; Sotto Mayor e col., 2006) e por Sarmiento et al (2010), Brito (2002).

No que diz respeito às habilitações académicas e estado civil, os dados deste estudo são corroborados pelas conclusões obtidas por Brito (2002), em que os



cuidadores são a maioria mulheres, casadas e com o 1º Ciclo do Ensino Básico completo.

Pensamos que o baixo nível de escolaridade pode contribuir para que seja atribuído o papel de cuidador informal a estas pessoas, na medida em que a inserção no mercado de trabalho formal é mais difícil. Desta forma, é mais provável que essas pessoas se dediquem aos serviços domésticos e a cuidar do idoso dependente.

Relativamente à idade, esta população obteve 36,3% de elementos na faixa etária dos 30-49 anos, aproximando-se dos 36,6% de Brito (2002), no entanto é de evidenciar os 32,7% da população que se encontra na faixa dos 60 e mais anos, correspondendo a idosos cuidadores. A mesma realidade é encontrada no estudo de Veríssimo (2000) citado por (Sarmiento, E.; Pinto, P; Monteiro, S., 2010) em que a autora refere que os cuidadores têm idades muito próximas dos idosos que cuidam.

Os dados obtidos relativos ao grau de parentesco com o idoso dependente a quem prestam cuidados revelam que a maioria dos cuidadores era familiar directo; a linha ascendente (pais, 56,6%), e conjugal (13,3%); estes resultados corroboram a ideia de que a responsabilidade recai habitualmente sobre os familiares mais próximos como é referido em alguns estudos, onde os cônjuges são a principal fonte de assistência ao idoso dependente e na ausência destes os descendentes constituem a segunda fonte de prestação de cuidados (Gratão, 2006).

Quanto ao período e duração de tempo em que prestam cuidados, a maioria dos cuidadores (77,9%) prestam cuidados há mais de 3 anos, e uma minoria pouco significativa presta há mais de 6 meses (1,8%).

A situação mais frequente para a visita domiciliária é a realização de pensos (44,2 %), seguindo-se a avaliação da Tensão Arterial, no entanto, o motivo que é menos realizado são os ensinamentos e técnicas com 3,5%.

Quando se realiza o domicílio não é realizada na sua grande maioria ensinamentos (30,1%), com um % inferior (25,7%) temos vários ensinamentos (alimentação, higiene, levante, entre outros). O tema menos abordado é a higiene com 2,7%.

No entanto, é de salientar que a Educação para a Saúde por si só não é motivo de visita domiciliária, ou seja, nenhum caso ocorre efectivamente com o objectivo de ensino, pois na totalidade da amostra não ocorre nenhuma situação exclusivamente para o ensino. O ensino surge em alguns casos como complemento de um cuidado técnico realizado pelos enfermeiros.

A prática de enfermagem em torno da pessoa idosa aglutina-se em torno da satisfação das necessidades humanas básicas de sobrevivência e nos cuidados dependentes da prescrição médica (Costa M. A., 2000 b)

Após a discussão dos resultados relativos à caracterização sócio demográfica do idoso, cuidador e contexto dos cuidados, passamos à discussão dos dados relativos à satisfação percebida pelos cuidadores informais. Estes dados são relativos à aplicação da escala Sucecs 26, já anteriormente referida.

O objectivo geral deste estudo era avaliar a satisfação do cuidador quando sujeito a Educação para a Saúde em contexto domiciliário, o que pudemos verificar é que a grande maioria (65,5%) está satisfeita, e 31% está muito satisfeita, mostrando valores muito elevados de satisfação, no entanto como pudemos verificar pelos resultados anteriores, isto não tem relação com os ensinos porque a maior parte das vezes (30,1%) nem se realizam ensinos quando se faz a visita domiciliária, pensamos que uma das razões para este facto, tem a ver com o tempo que estes cuidadores cuidam deste idoso dependente (mais de três anos – 77,9%).

Os cuidadores mais satisfeitos são os que cuidam de idosos que tem idades entre os 75-84 anos. Daqui se depreende que quanto mais anos apresentam mais satisfeitos estão, pensamos ter a ver com as expectativas individuais e com o progresso a nível dos Cuidados de Saúde Primários domiciliários, uma vez que referiram o facto que há muitos anos quando os pais cuidavam dos avós, não tinham tido acompanhamento domiciliário.

Relativamente à relação entre o género do idoso e a satisfação, constata-se que o género feminino é o que está mais satisfeito e mais insatisfeito. Uma das situações a salientar é o facto de não existirem idosos insatisfeitos, mas idosas temos 4.

Os viúvos são os idosos muito satisfeitos e insatisfeitos, o que pode ser explicado pelo número elevado de viúvos nesta amostra.

Relativamente à relação entre a satisfação e a idade do cuidador, podemos verificar que os cuidadores insatisfeitos são os que têm idades compreendidas entre 20 e 29, e os cuidadores que estão muito satisfeitos tem idades compreendidas entre os 40-49.

As mulheres cuidadoras estão muito satisfeitas, e ao mesmo tempo muito insatisfeitas. É de realçar que os homens cuidadores não estão insatisfeitos.



Relativamente à relação entre a satisfação e o estado civil do cuidador, podemos verificar que os cuidadores insatisfeitos são os casados, e os cuidadores que estão muito satisfeitos são também os casados.

Os cuidadores mais insatisfeitos são os que possuem o 1º e 2º Ciclo, e os que estão muito satisfeitos são os que possuem o 2º Ciclo.

Estabelecendo relação entre a satisfação e o grau de parentesco podemos verificar que são os netos os insatisfeitos, e as filhas são o elemento mais satisfeito.

Em relação ao tempo que cuidam os mais satisfeitos e insatisfeitos são aqueles que tem o idoso ao seu cuidado há mais de 3 anos.

Os cuidadores que têm mais ensinos são os que estão muito satisfeitos, e os que não tem ensinos, ou tem sobre a alimentação são os que estão mais insatisfeitos. Interessante é também constatar que mesmo não tendo ensinos 24 cuidadores estão satisfeitos, número ainda considerável.

Relativamente à satisfação com os cuidados de enfermagem, podemos constatar que a qualidade na assistência, envolvimento do utente e promoção do elo de ligação são os itens em que os cuidadores estão mais satisfeitos. Havendo uma grande lacuna na informação dos recursos e formalização da informação.

Na satisfação do cuidador a componente de satisfação que apresenta valores mais baixos é a formalização da informação, isto é, a forma como o enfermeiro transmite aspectos mais formais como a explicação dos direitos e deveres destes, para que a participação destes seja informada. No entanto, a componente de satisfação que apresenta valores mais elevados é a individualização da informação, ou seja, os cuidadores estão mais satisfeitos na forma como o enfermeiro transmite dando resposta à necessidade de informação destes.

A satisfação do cuidador é influenciada apenas na informação dos recursos conforme o género do idoso que cuidam.

A satisfação do cuidador não é influenciada pelo estado civil do idoso, nem pela idade.

A componente da satisfação que tem relação com o género do cuidador é o envolvimento do utente.

A “promoção do elo de ligação” foi percebida de modo diferente entre os cuidadores informais, consoante o estado civil, sendo que os cuidadores informais que atingiram médias mais altas nesta componente, foram os viúvos.



A qualidade da assistência e envolvimento do utente foi percebido de forma diferente entre os cuidadores com diferentes níveis de escolaridade. Os cuidadores que atingiram médias mais altas nestas componentes são os analfabetos.

Na satisfação geral e na informação dos recursos os que apresentam valores de satisfação mais elevados foram os cuidadores com um grau de parentesco nora/genro. No entanto, nas componentes qualidade da assistência, individualização da informação e envolvimento do utente, os cuidadores que apresentam valores mais elevados de satisfação são irmãs/irmãos do idoso dependente.

Nas componentes qualidade da assistência, envolvimento do utente os cuidadores que apresentam valores mais elevados de satisfação são os que cuidam há 6 meses, ou entre 6 meses a 1 ano.

Os ensinamentos que trazem maior satisfação ao cuidador são os relativos à higiene e lazer/ocupação.

4 – CONCLUSÕES

As alterações demográficas em Portugal, sobretudo pela redução da natalidade e do aumento da esperança de vida, traduzem-se, hoje, numa população mais envelhecida com um acréscimo de situações de dependência que criam novas necessidades em saúde. Desta conjuntura despoleta-se a exigência de cuidados por longos períodos de tempo, onde os cuidadores ocupam um lugar privilegiado nos cuidados à pessoa idosa.

O presente estudo surgiu da inquietação pessoal aquando das visitas domiciliárias, onde notamos que os cuidadores têm dificuldades, em responder às necessidades dos idosos e à evolução destes face ao envelhecimento numa perspectiva dinâmica. Estes cuidadores necessitam de informação, educação, encorajamento e suporte, estando os enfermeiros numa posição privilegiada para satisfazer as suas necessidades (Andrade, 2009).

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

Avaliar se estes cuidadores estão satisfeitos com os cuidados de enfermagem nomeadamente a Educação para a Saúde realizada no domicílio, foi a nossa inquietação. Deste estudo fez parte uma amostra de 113 cuidadores de idosos dependentes inscritos num Centro de Saúde da Ilha Terceira.

O caminho percorrido caracterizou as características sócio demográficas dos idosos e cuidadores, a situação de Educação para a Saúde e a satisfação, vindo depois a analisar a relação entre as variáveis independentes e dependentes, verificando-se que os cuidadores estão satisfeitos embora a enfermeira não dedique efectivamente a visita domiciliária para fazer ensinamentos sobre autocuidado, o que nos leva a considerar que atingimos os objectivos a que nos propusemos.

A intervenção dos enfermeiros no domicílio visa a humanização e qualidade dos cuidados, a satisfação dos idosos e cuidadores, rentabilizando os recursos de saúde na comunidade. O desempenho destes profissionais desenvolve-se tanto o nível do apoio de enfermagem ao idoso como ao cuidador, bem como a articulação de serviços internos e externos ao Centro de Saúde, assegurando a ligação à rede de suporte ao idoso e cuidador, onde se inclui a Educação para a Saúde.



Os idosos que recebem apoio domiciliário tendem a receber cuidados de enfermagem de rotina, sendo frequentemente negligenciado a Educação para a Saúde. Também Macleod e Maben (1998) desenvolveram um estudo denominado promoção da saúde: percepções dos Enfermeiros em que confirmaram que a Educação e promoção da saúde eram vistos como uma espécie de complemento e não como um aspecto fulcral na Enfermagem.

Martins (2008) revela que a Educação para a Saúde realizada aos cuidadores informais foca essencialmente o cuidar instrumental, e que os ensinamentos, orientações não vão ao encontro das necessidades destes.

Os cuidadores que cuidam destes idosos reconhecem que é na técnica e rotinas que os enfermeiros se centram, embora sejam feitos alguns ensinamentos, por isso, estão satisfeitos com os cuidados de enfermagem.

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

O papel do enfermeiro na comunidade consiste em possibilitar a autonomia, criar oportunidades, reforçar convicções e competências, mas para isso necessitam de diferentes tipos de competências a desenvolverem as atitudes ou adquirirem as convicções e comportamentos que são fundamentais na Educação para a saúde terão muito mais êxito na satisfação das necessidades actuais dos cuidadores. (Carvalho, A. & Carvalho, G., 2006)

De acordo com os dados obtidos sugerimos que se encontrem estratégias para que os enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários nomeadamente os que prestam cuidados domiciliários consigam Educar para a Saúde promovendo o bem-estar do idoso e cuidador de forma a promover um maior envolvimento e participação do cuidador evitando situações de ansiedade e desgaste.

Transpondo a perspectiva de Mcilpatrick (2004) as necessidades da população em termos de saúde a níveis globais, nacionais e regionais estão a mudar o que implica um esforço dos profissionais de saúde para acompanhar essas mudanças.



No que concerne a esta mudança Whitehead (2004) refere-a como a imersão de um novo paradigma no qual a autoridade é substituída pelo empowerment.

A natureza da amostra e o instrumento tornam este estudo limitado e com impossibilidade de generalizar os resultados, contudo fica circunscrito à amostra aplicada, pelo que se identifica de muito importante a realização de um estudo qualitativo nesta população a fim de compreender as razões que levam aos níveis de satisfação encontrados.

Consideramos que este estudo é um alerta para todos os profissionais de saúde, realçando a importância do papel primordial dos enfermeiros de saúde comunitária nas suas funções de promotores de saúde. É importante reconhecer que os cuidados domiciliários estão ainda pouco motivados para o aspecto promotor da saúde, por isso, a importância de alertar todos os profissionais de saúde para esta problemática, criando programas de intervenção na comunidade dirigidos aos cuidadores informais, para melhorar a qualidade de vida destes e dos idosos dependentes, beneficiando todos os intervenientes deste processo.



BIBLIOGRAFIA

Decreto Lei nº161/96, de 4 de Setembro. (1996). In *Diário da República nº 205 - I Série A de 4 de Setembro*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Amaral, M.F. & Vicente, M.O. (2000). Grau de dependência nos idosos. *Nursing, nº 158*, pp. 8-14.

Andrade, F. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Braga: Universidade do Minho: Dissertação de Mestrado.

André, O. & Rosa, D. (Julho de 1997). Qualidade dos cuidados de saúde - satisfação dos utentes. *Enfermagem Oncológica, Ano I, nº 3*, pp. 23-33.

Antunes, M. (2008). *Educação, Saúde e Desenvolvimento*. Coimbra: Almedina.

Araújo, I.M.Paúl, C. & Martins, M.M. (2008). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: do hospital à comunidade - um desafio. *Referência, 7*, pp. 43-51.

Benjumea, C. (2004). Contruir um mundo para el cuidado. Um estudo qualitativo de pacientes com demencia. *Revista Rol de Enfermeria, vol27, nº 12*, pp. 51-59.

Bento, C. (2001). Aprender a ser enfermeiro. *Sinais Vitais, nº 34*, pp. 25-29.

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

Caldas, C. (2004). *Saúde do idoso - A Arte e Cuidar*. Rio de Janeiro: Interciência.

Carrilho, M.J. & Patrício, L. (2009). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista Estudos demográficos*, 48, pp. 101-145.

Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.

Cerqueira, M. (2005). *O cuidador e o doente paliativo*. Coimbra: Formasau.



Coalition, C. C. (2001). Obtido em 7 de Abril de 2011, de Challenger for caregiver, service providers and police makers: www.ccc-ccan.ca

Collière, M. F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Correia, C.; Dias, F.; Coelho, M.; Page, P.; Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, n^o2 , pp. 75-82.

Correia, C.; Golegã, C.; Saraiva, F. (2004). *Nível de educação sobre prevenção do pé diabético em diabéticos tipo II, seguidos em Consulta de Enfermagem no Centro de Saúde da Lourinhã*. Monografia de Licenciatura de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria, Leiria.

Cosme, A. (2004). *A construção das práticas de enfermagem: a formatividade nos cuidados aos diabéticos em contexto comunitário*. Tese de dissertação de Mestrado em Ciências de Educação, área de especialização em Formação de Adultos, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.

Costa, A.C. & Silva, M.E.D. (2000). Estudo exploratório sobre o bem estar psicológico de familiares cuidadores de idosos com doença crónica. *Geriatrics* , pp. 15-18.

Costa, M. A. (2000 b). *Formação e práticas geriátricas dos enfermeiros : estudo etnográfico numa unidade de medicina*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

DGS. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS.

Duarte, S. (2007). O papel do enfermeiro em contexto dos cuidados domiciliários: revisão sistemática da literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*, n^o16 , pp. 11-23.

Erminda, J. (1996). Avaliação Geriátrica compreensiva. *Revista Geriátrica*, 9 (84) , pp. 5-12.



Farinatti, P. (Julho/Agosto de 2002 de 2002). Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, vol n°8, n°4 , pp. 1-10.

Fernandes, A. A. (2008). *Questões demográficas: demografia e sociologia da população*. Lisboa: Edições Colibri.

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

Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra: Editora Quarteto.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Editora Climepsi.

Figueiredo, D. (2007 b). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com ou sem demência*. Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro.

Fitzpatrick, R. (1997). Patient Satisfaction. In A. Baum, S. Newman, & W. R. Weinaman, *Cambridge Handbook of Psychology, health and medicine* (pp. 301-304). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Fortin, M. F.; Côté, J. & Vissandjée, B. (1999). A investigação científica. In M. F. Fortin, *O processo de investigação: da concepção à realização* (pp. 15-24). Loures: Lusociência.

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Editora Lusociência.

Gatz, M., & Bengston, V. &. (1990). Caregiving families. In J. &. Biren, *Handbook of the psychology of aging (4ª ed.)* (pp. 3-23). San Diego: Academic Press.

George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem*. Porto: Artmed Editora.



Gonçalves, L.H.T.; Alvarez, M. A. & Santos, S.M.A. . (2000). Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In Y. & Diogo, *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico* (pp. 102-110). São Paulo: Atheneu.

Gratão, A. (2006). Tese de Mestrado em Enfermagem Fundamental. *Demanda do cuidador familiar com idoso demenciado* . Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto: 90 pp.

Grelha, P. (2009). Tese de Mestrado. *Qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário* . Universidade de Lisboa: Faculdade de Medicina.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital - Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Holman, S. P. (2000). *Enfermagem de reabilitação, 2ª Edição*. Lisboa: Lusociência, Edições Técnico-Científicas.

Honoré, B. (2002). *A saúde em projecto*. Lisboa: Lusociência, Edições Técnicas e científicas, Lda.

Imagário, C. (2004). *Idoso dependente em contexto familiar. Uma Análise da Visão da Família e do Cuidador Informal*. Coimbra: Formasau.

INE. (2002). *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócioeconómica recente das pessoas idosas*.

IRE. (2009). *Instituto Regional de Estatística*. Obtido em 9 de Maio de 2011, de <http://estatistica.azores.gov.pt:81/ReportServer/Pages/ReportViewer.aspx?%2fDemografia%2fEstimativas+da+Popula%C3%A7%C3%A3o+Residente&rs:Command=Render>

José, S.J. & Wall, K. (2002). Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções. *Comunicação apresentada no Vº Congresso Português de Sociologia*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa.



Joyce, H. (1988). *The Oxford Paperback dictionary*. Oxford University Press.

Lage, I. (2005a). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 345-361). Lisboa: Climepsi Editores.

Lage, I. (2005 b). Saúde do Idoso - Aproximação do seu estado de saúde. *Nursing* , pp. 6-12.

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

Leme, L.E.G.& Silva, P.S.C. (2000). O idoso e a família. In M. Netto, *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (p. 524). São Paulo: Atheneu.

López, J. (2005). Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa. *Tese de Doutoramento* . Madrid: Universidade Complutense de Madrid.

Losada, A.; Izal, M.; Montorio, I. Márquez, M & Pérez, G. (2004). Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Revista de neurologia* , pp. 701-708.

Losada, A.; Márquez- González, M., Pencnacoba, C., Gallagher-Thompson, D. & Knight, G. (2007). Reflexiones em torno a la atencion a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicologia Conductual*, 15 , pp. 57-76.

Machado, J. P. (1989). *Dicionário Etimológico de Língua Portuguesa*. Editora Livros Horizonte.

Machado, M. G. (2000). Uma enfermagem para o século XXI. *Enfermagem em Foco*, Ano IX, nº 41 , pp. 21-25.

Macleod, Clark, J.; Maben, J. (1998). Health Promotion: perceptions of project 2000 educated nurses. *Health Education Research*, 13 , pp. 185-196.



Martin, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social. In C. & Paúl, *Envelhecer em Portugal* (pp. 179-202). Lisboa: Climepsi Editores.

Mcilpatrick. (2004). The future of nurse education: caraterized by paradoxes. *Nurse Education Today*, 24 , pp. 79-83.

McIntyre, T. & Silva, S. (1999). *Estudo aprofundado da satisfação dos utentes dos serviços de saúde da região Norte*. Relatório Final Sumário.

Mello, M.A.F. & Perracini, M.R. (2000). Avaliando e Adaptando o Ambiente Doméstico. In Y. D. Diogo, *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico* (pp. 187-199). São Paulo: Atheneu.

Moniz, J. M. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa: A prática de cuidados como experiência Formativa*. Loures: Editora Lusociência.

Morais, A. (2001). *Cuidar do idoso no domicílio: a realidade da prática dos cuidados de enfermagem*. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto: Universidade do Porto.

Neri, A. e Carvalho, V. (2002). O bem estar do cuidador: aspectos psicossociais. In E.V.Freitas, *Tratado de Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Netto, M. (2000). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Rio de Janeiro: Editora Atheneu.

Nogueira, M. (2007). Família cuidadora: que necessidades? Qual o papel da enfermagem em contexto comunitário. *Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários*, 2 , pp. 12-14.

Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. *II Congresso da Ordem dos Enfermeiros*.

OE. (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OE. (2003 b). *Conselho de Enfermagem. Do caminho percorrido e das propostas (análise do primeiro mandato 1999-2003)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.



OE. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OMS. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Gêneva. Obtido de http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

OMS. (2001). *Relatório sobre a saúde do mundo - saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: OMS.

Paliativos, A. N. (2006). *Organização de Serviços de Cuidados Paliativos*. Obtido em 6 de Março de 2011, de Associação Nacional de Cuidados Paliativos: www.apcp.com.pt/index.php?sc=vis&id=230&cod=68

Palma, E. (1999). Enfermagem agora - A família com idosos dependentes - Que expectativas? *Enfermagem n° 15*, pp. 27-40.

Paschoal, S. (2007). Autonomia e Independência. In M. Neto, *Tratado de Gerontologia* (pp. 609-621). São Paulo: Editora Atheneu.

Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Almedina.

Pavarini, S. & Neri, A. (2000). Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In D. Y., & D. M., *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico* (pp. 49-70). São Paulo: Atheneu.

Pereira, M.G.; Soares, V.; McIntyre, T. (2001). Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto. *Psicologia, Saúde e Doenças, n°2*, pp. 69-80.

Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família. Contextos e trajectórias*. Coimbra: Quarteto Editora.

Polit, D.; Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª Edição ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.



Polit, D.F.;Beck, C. & Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª Edição ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Editora Gradiva.

Rafart, J. (2001). Epidemiologia general de las enfermedades crónicas. Estratégias de prevención. In P. Gil, *Medicina Preventiva Y Salud Pública* (pp. 647-662). 10ª Edição. Barcelona: Masson.

Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.

Ricarte, L. F. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no concelho da Ribeira Grande*. Dissertação de Mestrado: Faculdade do Porto.

Rodriguez, E. & Álvarez E. & Cortés, P. (2001). Cuidadores informales: necesidades y ayudas. *Revista Rol de Enfermería* , pp. 183-189.

Sakellarides, C. (2 de 2001). De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* , pp. 101-108.

Salgueiro, H. (2008). Percepção do estado de saúde e da qualidade de vida da família que coabita e cuida de um idoso dependente. *Revista Investigação em Enfermagem* , pp. 51- 63.

Sanmarti, L. (1985). *Educación sanitária: principios, métodos Y aplicaciones*. Barcelona: Ediciones Diaz de Santos.

Sarmiento, E.; Pinto, P; Monteiro, S. (2010). *Cuidar do idoso dificuldades dos familiares*. Coimbra: Formasau.

Saúde, M. d. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010:Prioridades*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Editora Lidel.



Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Editora Quarteto.

Silva, A. (2001). *Sistemas de informação em Enfermagem - Uma teoria explicativa da mudança*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Silva, N. (2005). *Avaliação da qualidade dos cuidados hospitalares: perspectivas dos utentes*. Tese de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde apresentada no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

Sousa, L.; Figueiredo, D.; Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Editora Ambar.

SREA. (2009). *Açores em números 2005-2007*. (SREA, Ed.) Obtido de <http://estatistica:77estatistica.azores.gov.pt>

SREA. (2009). *SREA*. (SREA, Ed.) Obtido de Indicadores Estatísticos Açores: <http://estatistica://estatistica.azores.gov.pt>

Stanhope, M. & Lancaster, J. . (1999). *Enfermagem Comunitária - Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e indivíduos*. Loures: Editora Lusociência.

Teri, L. (1999). Training families to provide care: effects on people with demencia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 , pp. 110-119.

Tones, Keith; Green, Jackie. (2004). *Health Promotion: Planning and strategies*. London: Sage Publications.

Tones, Keith; Tilford, Sylvia; Robinson, Y.K. (1990). *Health Education: Effectiveness an efficiency*. London: Chapman and Hall.

Toseland, R. &. (1989). Group interventions to support family caregivers: a review and analysis. *The Gerontologist*, 29 , pp. 438-448.

Vaz, C. (2008). *Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de Urgência*. Tese de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa.

Whitehead, D. (2004). Health Promotion and health Education: advancing the concepts. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (3) , pp. 311-320.



Whitlatch, C. J., Zarit, S.H. & Von Eye, A. (1991). A efficacy of interventions with caregivers: a reanalysis. *The Gerontologist*, 31 , pp. 9-14.

Zarit, S.H., Reever, K.E. & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20 , pp. 649-655.



ANEXOS



ANEXO I – Formulário



QUESTIONÁRIO N° _____

I – Caracterização do idoso

1) Idade: _____

Assinale com X a resposta correcta

2) Sexo:

Masculino

Feminino

3) Situação conjugal:

Casado/a/União de facto

Divorciado/a/Separado/a

Viúvo/a

Solteiro/a

Outra Situação

II – Caracterização do Cuidador informal

1) Idade: _____

Assinale com X a resposta correcta

2) Sexo:

Masculino

Feminino

3) Situação conjugal:

Casado/a/União de facto

Divorciado/a/Separado/a

Viúvo/a

Solteiro/a

Outra Situação

4) Habilitações académicas:

Analfabeto

Lê e escreve

4ª Classe

Ciclo

9º Ano

12º Ano

Ensino Superior

5) Relação de parentesco com o idoso:

Cônjuge

Filho/Filha



- Irmã
Nora/Genro
Neta
Outro. Qual? _____

6) Há quanto tempo cuida do idoso?

- 6 Meses
- 6 Meses a 1 anos
- 1 a 2 anos
- Mais de 3 anos

7) Quando os enfermeiros vem cá a casa, vem para:

- Avaliar a tensão arterial
- Avaliar a glicemia
- Fazer pensos
- Para fazer ensinios

8) Os enfermeiros tem-lhe feito ensinios sobre: (assinale com x as verdadeiras):

Alimentação	
Higiene	
Levante (transferências e deambulação)	
Lazer/Ocupação	
Eliminação	
Outras	



Sucecs 26 - Satisfação dos Cuidadores Informais com os cuidados de enfermagem no domicílio

Ribeiro, Ana (2003)

As questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente aos cuidados de enfermagem que recebeu nos contactos que teve com os enfermeiros do Centro de Saúde de Angra do Heroísmo

Se estes factos aconteciam:

		Faça um círculo no			
		Sempre 3	Às vezes 2	Nunca 1	Não se aplica/Sem opinião 0
1	Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidar, os enfermeiros forneceram-lhe toda, alguma ou nenhuma informação?	3	2	1	0
2	Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades?	3	2	1	0
3	Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a situação e como o podiam ajudar quando necessitava)?	3	2	1	0
4	Os enfermeiros preocuparam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. RX, consultas de: diabetes, hipertensão, vacinação, tratamentos, ou serviço social...)?	3	2	1	0
5	Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?	3	2	1	0
7	Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	3	2	1	0
8	Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem e se necessário voltavam a repetir a informação?	3	2	1	0
9	Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para a si)?	3	2	1	0
10	Os enfermeiros procuraram explicar-lhe os cuidados que prestavam ao seu idoso e porque era necessário fazê-los?	3	2	1	0
12	No domicílio, os enfermeiros preocuparam-se em o informar sobre o funcionamento do Centro de Saúde (horários de atendimento, tipo de consultas, a localização das	3	2	1	0



salas de enfermagem, de tratamentos, de vacinas...)?					
1 3	No domicílio, os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe quais os seus direitos e deveres como utente do Centro de Saúde?	3	2	1	0
1 4	No domicílio, tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si (a quem se dirige mais e que mostra conhecer melhor a sua situação)?	3	2	1	0
1 8	Quando necessita, é fácil contactar com os enfermeiros (para lhes colocar as suas dúvidas)?	3	2	1	0
2 0	Os enfermeiros preocupavam-se em manter a privacidade?	3	2	1	0
2 1	Quando os enfermeiros lhe ensinavam preocupavam-se em ser num ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, mantendo-o confortável)?	3	2	1	0
2 4	Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia?	3	2	1	0
2 5	Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?	3	2	1	0
2 6	Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento?	3	2	1	0
2 7	Sentiu que os enfermeiros o colocavam à vontade para pôr as suas dúvidas?	3	2	1	0
2 8	Os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente aos cuidados de enfermagem que prestavam ao idoso de quem cuida?	3	2	1	0
3 1	Sentiu que os enfermeiros demonstraram ser profissionais actualizados e bem informados?	3	2	1	0
Se está:		Faça um círculo no			
Satisfeito		3			
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito		2			
Insatisfeito		1			
Não se aplica/Sem opinião		0			
6	Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido)	3	2	1	0
1 1	Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no domicílio	3	2	1	0



2 2	Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)	3	2	1	0
2 9	Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava	3	2	1	0
3 0	Relativamente ao modo como os enfermeiros prestavam os cuidados	3	2	1	0
3 2	Relativamente aos cuidados de enfermagem no domicílio	3	2	1	0

Muito Obrigado pelo tempo dispensado ao responder a este inquérito.



ANEXO II – Pedido para utilização da escala com algumas alterações



Re: uso da escala mestrado em Gerontologia

Quinta-feira, 16 de Dezembro de 2010 8:51

"Ana Leonor" <ana@esenf.pt>
[Exibir informações de contato](#)

De:

"Carla Paim" <carlapaim@yahoo.com>

Para:

Carla

Venho por este meio autorizar a utilização do formulário SUCECS adaptado ao contexto do estudo que estás a realizar no âmbito do Curso do Mestrado em Gerontologia.

As adaptações que fizeste no formulário são as adequadas ao contexto e parece não alterar o sentido do mesmo.

Bom trabalho e até breve

Ana Leonor Ribeiro



ANEXO III – Pedido ao Centro de Saúde



VIST- CSDH/2010/22934
INT- 2010/4478

DEBENHO AUTORIZAÇÃO

2010/12/23 8264

Carla m 60

fatiuce

Exmo. Sra. Directora do

Centro de Saúde de

Carla Susana Paim Rodrigues Faria, Enfermeira Graduada, actualmente a desempenhar funções no Posto de Saúde das Doze Ribeiras e Serreta, a frequentar o mestrado em Gerontologia Social na Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo, vem muito respeitosamente solicitar a Vossa Ex.ª, no âmbito do desenvolvimento da sua tese de mestrado, autorização para a aplicação dos seus instrumentos de recolha de dados no Centro de Saúde e extensões de saúde.

O estudo que pretende realizar intitula-se "Satisfação do cuidador/Processos formativos" e tem por finalidade contribuir para o aperfeiçoamento das práticas de enfermagem no âmbito da educação para a saúde realizada à diade pessoa idosa dependente – cuidador informal, de forma a reproduzir ganhos em saúde nesta população.

Os instrumentos de colheita de dados consistem:

- Num questionário e escala de satisfação aos cuidadores informais de pessoas idosas dependentes, que tenham apoio domiciliário de enfermagem e inscritas na sede do Centro de Saúde e que farão parte da amostra.

Os dois instrumentos têm por objectivo classificar a satisfação com o serviço prestado no domicílio em relação à Educação para a Saúde.

Agradece desde já a atenção dispensada a este pedido de colaboração.

Pede deferimento

Carla Susana Paim Rodrigues Faria

Angra do Heroísmo, 15 de Dezembro de 2010



ANEXO IV – Consentimento informado



CONSENTIMENTO INFORMADO

Carla Susana Paim Rodrigues Faria, a frequentar o Mestrado de Gerontologia Social, na Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo, na Universidade dos Açores, pretende realizar um estudo de investigação com o tema “Satisfação do Cuidador/Processos formativos”, sendo orientadora da tese a Professora Doutora Maria Manuela Martins. Tem por finalidade contribuir para o aperfeiçoamento das práticas de enfermagem no âmbito da educação para a saúde realizada à díade pessoa idosa dependente/cuidador informal. Neste sentido, achamos pertinente esclarecer, desde já, determinados aspectos que pretendemos cumprir rigorosamente:

- a) O uso da informação que pretendemos é exclusivamente para este trabalho e não estará ao acesso de outras pessoas;
- b) Os dados serão colhidos com recurso ao questionário por preenchimento;
- c) Nenhuma informação que possa constar no estudo jamais identificará a(o) participante;
- d) O estudo pretende identificar os processos formativos que contribuíram para o desenvolvimento dos cuidadores informais a fim de cuidar da pessoa idosa dependente, descrever as dificuldades/necessidades expressas pelo cuidador informal, no entanto, a(o) participante não receberá qualquer benefício directo da sua participação no estudo;
- e) O investigador poderá contactar a(o) participante futuramente, com o propósito de obter mais informações;
- f) Não se prevêem danos físicos, emocionais ou colaterais para a(o) participante;
- g) A(o) participante poder-se-á recusar a participar, não ficando afectados os serviços ou cuidados que a (o) participante, a pessoa ao seu cuidado ou qualquer outro elemento da sua família, possam necessitar;
- h) Após a conclusão do trabalho de investigação o registo do questionário, e o registo da escala serão destruídos, bem como o consentimento informado;
- i) Os resultados da investigação serão futuramente proporcionados se a (o) participante os solicitar;
- j) Em caso de dúvidas ou necessidade de informação adicional relativamente a este estudo a (o) participante poderá contactar o investigador, sempre que julgue necessário, através do telefone 295402900 (Centro de Saúde de Angra do Heroísmo)

Eu abaixo assinado, compreendi as explicações que me foram fornecidas sobre o estudo de investigação a ser realizado. Foi-me dada oportunidade para colocar questões que julguei necessárias às quais obtive resposta satisfatória e aceito participar no estudo.

Data: ____/____/____ Assinatura da(o) Participante(o)

Data: ____/____/____ Eu _____ abaixo assinado, expliquei os objectivos, métodos, resultados esperados e consequências possíveis do trabalho de investigação em questão e confirmei o seu correcto entendimento.