



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**ESPIRITUALIDADE E BEM-ESTAR SUBJETIVO
EM FAMILIARES CUIDADORES DE IDOSOS
COM DEPENDÊNCIA FÍSICA**

Dissertação apresentada ao Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Avançada

Liliana Isabel Faria Roldão

LISBOA, setembro de 2014



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**ESPIRITUALIDADE E BEM-ESTAR SUBJETIVO
EM FAMILIARES CUIDADORES DE IDOSOS
COM DEPENDÊNCIA FÍSICA**

Dissertação apresentada ao Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Avançada

Liliana Isabel Faria Roldão

Sob orientação de Professora Doutora Helena Maria Guerreiro José

Sob coorientação de Mestre Cristina Maria Alves Marques Vieira

LISBOA, setembro de 2014

"A todos os que sofrem e estão sós, daí sempre um sorriso de alegria. Não lhes proporcionas apenas os vossos cuidados, mas também o vosso coração."

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional é um fenômeno atual e global, com repercussões sociais e econômicas que têm gerado sequelas na saúde e bem-estar das pessoas, das famílias e das comunidades. As incertezas resultantes do processo de cuidar, o medo e insegurança na execução de cuidados e a alteração de papéis sociais, são fatores geradores de sobrecarga do cuidador. Neste contexto, a espiritualidade é considerada um importante componente terapêutico em cuidados de saúde, sobretudo como estratégia para lidar com situações de exigência interna ou externa, geradoras de sobrecarga e stresse. Diversos estudos demonstram que a espiritualidade ajuda a encontrar significado e sentido para a vida e a lidar com as incertezas do futuro de uma forma mais eficaz.

Objetivos: Verificar se existe relação entre espiritualidade e bem-estar subjetivo, em familiares cuidadores de idosos com dependência física; Conhecer os níveis de espiritualidade e de bem-estar subjetivo, dos familiares cuidadores de idosos com dependência física; Avaliar a relação entre as variáveis sociodemográficas e satisfação com a vida, afetividade positiva e afetividade negativa e espiritualidade e determinar a natureza da relação entre espiritualidade e bem-estar subjetivo em magnitude e orientação.

Métodos: Estudo de natureza quantitativa e do tipo observacional, transversal, descritivo-correlacional. Utilizou-se um questionário constituído pela *Satisfaction With Life Scale* - PT (Simões, 1992), *Positive and Negative Affect Schedule* (Simões, 1993) e *Spiritual Assessment Scale* (Rego, 2007), com uma amostra do tipo não probabilística acidental.

Resultados: Participaram 103 familiares cuidadores de idosos, com média de idade de 67.75 anos, maioritariamente do sexo feminino, e esposas em 55.3% dos casos. A média de satisfação com a vida foi de 14.10, de afetos positivos de 39.19, de afetos negativos de 29.09 e de espiritualidade de 72.84. Observou-se correlação significativa e positiva entre bem-estar subjetivo e espiritualidade e aumento do nível da espiritualidade e do bem-estar subjetivo em função da religiosidade dos familiares cuidadores.

Conclusões: Estes resultados evidenciam a necessidade e a responsabilidade dos enfermeiros na assistência espiritual aos pacientes. A adoção de estratégias para promover o bem-estar espiritual deverão ser adequadas sempre que se determina uma resposta complexa, que não se reduz ao tratamento farmacológico. As intervenções são determinantes para a promoção de elevados níveis de bem-estar subjetivo do familiar cuidador, ou seja, ao promover a espiritualidade, serão elevados os níveis de satisfação com a vida, a promoção de afetos positivos e a diminuição de afetos negativos.

Palavras-chave: Espiritualidade, Satisfação com a vida, Bem-estar subjetivo, Familiares cuidadores, Enfermagem

ABSTRACT

Introduction: Population aging is a current and global phenomenon, with social and economic impact, that has generated sequels on health and well-being of individuals, families and communities. The uncertainties resulting from the process of taking care, fear and insecurity in the execution of care giving and changes in social roles, are burden factors for the caregiver. In this context, spirituality is considered an important therapeutic component in health care, especially as a strategy for dealing with situations of internal or external demand, generators of overload and stress. Several studies show that spirituality helps finding meaning and direction to life, and dealing with the uncertainties of the future more effectively.

Objectives: To determine whether there is a relationship between spirituality and subjective well-being in family caregivers of older adults with physical dependence; Knowing the levels of spirituality and subjective well-being of family caregivers of elderly people with physical dependence; Evaluate the relationship between sociodemographic variables and life satisfaction, positive affectivity and negative affectivity and spirituality and determine the nature of the relationship between spirituality and subjective well-being in magnitude and orientation.

Methods: A quantitative study and an observational, cross-sectional, descriptive correlational. We used a questionnaire consisting of the Satisfaction With Life Scale - PT (Simões, 1992), Positive and Negative Affect Schedule (Simões, 1993) and Spiritual Assessment Scale (Rego, 2007), with a non-accidental probabilistic sample.

Results: Participants were 103 family caregivers of elderly adults with an average age of 67.75 years, mostly female, and wives in 55.3% of cases. The average life satisfaction was 14:10, the positive affects of 39.19, the negative affects of 29.09 and 72.84 of spirituality. A significant positive correlation between subjective well-being and spirituality and increased level of spirituality and subjective well-being as a function of religiosity family caregivers was observed.

Conclusions: These results show the need and responsibility of nurses in spiritual care to patients. The adoption of strategies to promote spiritual well-being should be appropriate whenever it determines a complex response, which is not limited to pharmacological treatment. Interventions are a key to promote high levels of subjective well-being of family caregivers, by promoting spirituality, high levels of satisfaction with life, the promotion of positive affects and the decreased of negative affects will be achieved.

Keywords: Spirituality, Life satisfaction, Subjective well-being, Family Caregivers, Nursing

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Helena José, por ter aceite orientar esta dissertação, pela riqueza do seu conhecimento científico e pelo estímulo contínuo e disponibilidade constante.

À Mestre Cristina Marques Vieira, pela orientação e ajuda, bem como pelas constante palavras de incentivo e apoio que levaram à concretização deste trabalho.

Aos familiares e utentes que tão bem me acolheram em suas casas e partilharam com humildade os seus mais bem guardados bens.

Às direções das instituições onde foram autorizadas todos os momentos de colheita de dados, e aos colegas e assistentes operacionais que possibilitaram essas mesmas colheitas.

Aos meus colegas do Serviço de Medicina Interna, que me ofereceram sempre todo o tempo, apoio, carinho e amizade.

À minha tão estimada família, em especial aos meus pais e ao meu marido, que apesar de muito privados da minha companhia mantiveram o seu apoio incondicional, incentivo, paciência e conforto.

Esta dissertação é dedicada aos meus pilares... a vós.

A todos, que mesmo não tendo sido mencionados, me permitem enriquecer diariamente e possibilitaram a realização deste trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS

DGS - Direção Geral da Saúde

ICN - International Council of Nurses

NA - Escala de Afeto Negativo

NANDA-I.- North American Nursing Diagnosis Association

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PA - Escala de Afeto Positivo

PANAS - Escala de Afeto Positivo e de Afeto Negativo

PNS - Plano Nacional de Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAG - Spiritual Assessment Guide

SAS - Escala de Avaliação Espiritual/ Spiritual Assessment Scale

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SWLS - Escala de Satisfação com a Vida / Satisfaction With Life Scale

ÍNDICE

pág.

ÍNDICE DE QUADROS	IX
1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	3
2.1 - FAMILIAR CUIDADOR	5
2.2 - BEM-ESTAR SUBJETIVO	8
2.3 - ESPIRITUALIDADE EM ENFERMAGEM.....	13
2.3.1 - Paradigmas do cuidar.....	18
2.3.2 - Espiritualidade em enfermagem à luz de Jean Watson.....	19
3 - DESENHO DO ESTUDO	22
3.1 - OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	23
3.2 - TIPO DE ESTUDO.....	24
3.3 - HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO.....	25
3.4 - VARIÁVEIS	25
3.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	26
3.6 - COLHEITA DE DADOS	28
3.6.1 - Instrumentos de colheita de dados	28
3.6.1.1 - Questionário sociodemográfico	28
3.6.1.2 - Escala de Satisfação com a Vida (SWLS).....	28
3.6.1.3 - Escala de Afeto Positivo e de Afeto Negativo (PANAS).....	30
3.6.1.4 - Escala de Avaliação Espiritual (SAS)	31
4 - ASPETOS ÉTICOS E FORMAIS	32
5 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	33
5.1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS FAMILIARES CUIDADORES... 33	
5.2 - CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA	35
5.3 - CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DO AFETO POSITIVO E NEGATIVO	36
5.4 - CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE AVALIAÇÃO ESPIRITUAL	39
5.5 - ANÁLISE DESCRITIVA DA ESCALA DE BEM-ESTAR SUBJETIVO.....	42
6 - TESTES DE HIPÓTESES.....	44
7 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	57
8 - CONCLUSÃO.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65

APÊNDICE 1 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	72
APÊNDICE 2 - PEDIDO PARA REALIZAÇÃO DE COLHEIRA DE DADOS.....	78
APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....	81

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Caracterização sociodemográfica dos familiares cuidadores.....	34
Quadro 2- Estatística descritiva da SWLS	35
Quadro 3- Estatística de homogeneidade dos itens e fidelidade da SWLS.....	36
Quadro 4 – Teste de Normalidade <i>Kolmogorov-Smirnov</i>	36
Quadro 5- Estatística descritiva da PANAS	37
Quadro 6- Homogeneidade dos itens e fidelidade da PA.....	37
Quadro 7- Homogeneidade dos itens e fidelidade da NA.....	38
Quadro 8- Teste de Normalidade.....	39
Quadro 9- Estatística descritiva da SAS	39
Quadro 10- Homogeneidade dos itens e fidelidade da subescala Fé Pessoal	40
Quadro 11- Homogeneidade dos itens e fidelidade da subescala Prática Religiosa	40
Quadro 12- Homogeneidade dos itens e fidelidade da subescala Paz Espiritual	41
Quadro 13- Teste de Normalidade.....	42
Quadro 14- Estatística descritiva do ZBES.....	42
Quadro 15- Teste de Normalidade.....	43
Quadro 16- Teste de Correlação de <i>Spearman</i> entre espiritualidade e bem-estar subjetivo	44
Quadro 17- Teste de Mann-Whitney entre Bem-estar subjetivo, Satisfação com a Vida, Afetos positivos e negativos, Espiritualidade e Género	46
Quadro 18- Teste Kruskal-Wallis entre bem-estar subjetivo, espiritualidade e Idade	47
Quadro 19- Teste Kruskal-Wallis entre bem-estar subjetivo, espiritualidade e relação com o cuidado	48
Quadro 20- Teste Kruskal-Wallis entre Bem-estar subjetivo, Espiritualidade e Profissão	49
Quadro 21-Teste Kruskal-Wallis entre bem-estar subjetivo, espiritualidade e situação conjugal	50
Quadro 22- Teste Kruskal-Wallis entre bem-estar subjetivo, espiritualidade e tempo de prestação de cuidados	51
Quadro 23- Teste Mann-Whitney entre bem-estar subjetivo, espiritualidade e local de residência	52
Quadro 24- Teste de Kruskal-Wallis para as variáveis espiritualidade, religiosidade e bem-estar subjetivo.	54
Quadro 25 – Teste correlação Spearman entre bem-estar espiritual e bem-estar subjetivo	54
Quadro 26– Teste correlação Spearman entre espiritualidade e satisfação com a vida	55
Quadro 27 – Teste correlação Spearman entre espiritualidade e afetos positivos	55
Quadro 28 – Teste correlação Spearman entre bem-estar espiritual e afetos negativos	56

1. INTRODUÇÃO

Encontramo-nos numa época de elevado desenvolvimento científico na área da saúde, e em que se reconhece que o crescente progresso da tecnociência trouxe inúmeros benefícios para a humanidade: curas, aumento da esperança média de vida e tratamentos inovadores. Contudo, este padrão racionalista com progressivos avanços tecnológicos dominou a cultura científica ocidental, promovendo a valorização do modelo biomédico e mudando o foco da medicina e previsivelmente, da enfermagem, de um modelo orientado para o cuidado, para um modelo orientado para a cura tecnológica, pondo em causa a moral tradicional e considerando os valores espirituais antiquados e anticientíficos (Silva, 2012; Puchalski, 2001). Consequentemente, com esta instrumentalização do cuidado parece coexistir uma tendência para uma crescente desumanização dos cuidados de saúde prestados pelos profissionais de saúde em que a pessoa incorre no risco de ser tratada como um mero objeto, para o alcance de mais um sucesso de uma determinada área da prestação de cuidados de saúde. Esta desumanização é devida a um tecnicismo desgovernado, vazio de valores e de dignidade humana (Pimenta, 2010).

Segundo Collière (1999), a palavra “care” (cuidado) envolve cuidados de sustentação e de manutenção de vida, que sejam permanentes e quotidianos, não tendo outra função senão sustentar o ser humano na sua natureza afetiva e psicossocial. O modelo holístico nos cuidados de saúde pressupõe uma visão global da pessoa, referente às dimensões física, social, cultural, psicológica e espiritual, é uma forma de humanizar os cuidados, para além da sua não concretização ou desrespeito ser considerado um ato incongruente com o conceito de Ser Enfermeiro.

A dimensão espiritual do ser humano tem sido um aspeto descurado da prestação de cuidados de saúde. Alguns estudos revelam que a satisfação de vida se correlaciona positivamente com experiências espirituais e essas experiências foram ainda relacionadas positivamente com o propósito de vida. Deste modo, a inclusão da espiritualidade nos cuidados, representa igualmente inquestionáveis ganhos na qualidade de vida para a pessoa.

O “core” da enfermagem é o conhecimento e o cuidado (American Organization of Nurse Executives, 2005). O cuidado faz parte da essência do ser humano, podendo ser visualizado ao longo de todo o processo vital.

Cuidar de pessoas dependentes e dos seus familiares cuidadores é um desafio para a enfermagem, que tem vindo a exigir reflexão por parte dos profissionais, pois as pessoas em situação de doença e as suas famílias necessitam de mais cuidados, cuidados mais complexos e por períodos de tempo incertos, devido ao aumento da esperança de vida e a uma longevidade nunca antes alcançada.

A inversão das pirâmides etárias espelha o envelhecimento da população, trazendo ao governo, família e sociedade desafios para os quais não estavam preparados, fazendo dos

idosos detentores da sabedoria, por um lado, por outro lado inúteis, um peso para a família e para a sociedade (Simões, 2006).

O envelhecimento demográfico associado a escassas respostas formais, faz o familiar cuidador assumir particular importância, evidenciando claramente práticas de solidariedade traduzidas no cuidar de idosos dependentes em ambiente domiciliário. “Os cuidadores familiares representam atualmente um papel importante junto das pessoas idosas dependentes, dado o número crescente que necessita de cuidados de longa duração e satisfação das suas necessidades” (Sarmiento, Pinto & Monteiro, 2010, p. 15). Assim, a recuperação da família por parte das políticas sociais é mais do que uma reivindicação familiar, consiste na construção da unidade básica de convivência, tratando-se da recriação de um modelo de organização que se identifica com o lar e a vida familiar.

A acentuada ênfase nas políticas de desinstitucionalização, tem levado a uma instrumentalização sistemática da família, com vista a reduzir os custos das políticas sociais e de saúde em pontos sensíveis dos cuidados aos idosos (Lage, 2005), competindo à enfermagem incluir a família nos cuidados de saúde. A evidência científica do significado que a família dá ao bem-estar, grau de realização e saúde dos seus membros, bem como a influência sobre a doença obriga os enfermeiros a considerarem o cuidado centrado na família como parte integrante da sua prática (Wright & Leahey, 2002).

Neste sentido, a preocupação com o bem-estar dos familiares cuidadores, constituiu-se uma inquietação, inquietação esta que nos leva a querer perceber “se” e “como” a espiritualidade influencia o bem-estar subjetivo que os familiares cuidadores experimentam. Acreditamos que apenas deste modo é possível planejar intervenções sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A partir deste ponto foi desenhado o trabalho que apresentaremos, organizado em quatro capítulos principais.

O primeiro capítulo refere-se ao enquadramento teórico-conceitual que dá suporte ao desenvolvimento deste estudo e onde serão abordados os conceitos de Envelhecimento e Familiar Cuidador, Bem-Estar Subjetivo e a Espiritualidade no contexto da enfermagem, fazendo uma breve alusão à evolução histórica do conceito. No segundo capítulo trataremos do enquadramento metodológico, na qual é justificado a pertinência do estudo, bem como a apresentação da amostra, as variáveis em estudo e a escolha de métodos de medida e de colheita e análise de dados. No terceiro capítulo será realizada a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos. Por fim, no último capítulo, serão apresentadas as conclusões, limitações e sugestões, pretendendo deste modo contribuir para uma profunda reflexão teórica sobre os temas, assim como, sobre as implicações práticas na prestação de cuidados e no ensino em enfermagem e recomendações para futuras investigações.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Nos últimos anos têm-se assistido a marcadas alterações no padrão demográfico da população portuguesa, com importantes repercussões sociais, económicas e culturais. A evolução demográfica em Portugal tem sido caracterizada por um aumento da esperança média de vida, associado à diminuição das taxas de fertilidade, refletindo-se em um gradual aumento dos grupos etários seniores e uma redução da população jovem (Carneiro, et al., 2012).

O fenómeno do exponencial envelhecimento demográfico traduziu-se num aumento total da população idosa, desde 1960 até 2011, de 8% para 19% (INE, 2011). Portugal será em 2050, o quarto país mais envelhecido da União Europeia, com a percentagem de idosos a aumentar de 19%, em 2011, para 31,9%, em 2050 (INE, 2011; DGS, 2010). Esta evolução ao longo das décadas é consequência “não só dos progressos da medicina, mas também das transformações económicas, sociais e tecnológicas que vieram propiciar uma melhoria geral no bem-estar das pessoas” (Brito, 2002, p. 15).

Sendo o envelhecimento um processo natural em todas as pessoas, decorrente da evolução do ciclo de vida biológico, nascimento, crescimento e morte, é vivido de diversos modos, consoante a sociedade em que a pessoa está inserida (Moniz, 2003).

A OMS (2002) definiu idoso mediante o nível sócio-económico do seu país, isto é, cronologicamente são considerados idosos as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento. Para Sequeira (2007) a idade cronológica é apenas um limite utilizado para definir a passagem para a terceira idade.

O fenómeno do envelhecimento demográfico está longe de ser pacífico, pelas implicações a nível social, económico e financeiro, resultantes do aumento de anos de vida, pois se por um lado conquistam-se mais anos, por outro lado o surgimento de doenças decorrentes do processo de envelhecimento é cada vez maior (Moniz, 2003). Do ponto de vista demográfico a presença de uma população cada vez mais idosa leva ao aumento da probabilidade de ocorrência de incapacidades e prevalência de doenças crónicas, conduzindo a um correspondente acréscimo de situações de perda de autonomia e de dependência, sejam estas de carácter físico, psíquico e/ou social (Ferreira, 2002), provocando deste modo alterações na estabilidade e equilíbrio da família.

“O apoio continuado a famílias cuidadoras é o único caminho alternativo à institucionalização maciça de idosos avançados. Esta constitui a solução antropológica e socialmente dotada de maior densidade humana além de se apresentar também como a menos dispendiosa para recursos públicos escassos e sujeitos a custos de oportunidade elevados. Esta (re)orientação estratégica de fundo contraria o individualismo pós-moderno e a mentalidade consumista que propende a ignorar o valor da experiência e a marginalizar a presença dos idosos, relegando-os para um isolamento sem perspectivas de superação” (Carneiro, et al., 2012, p. 25). A família como instituição social básica tem como objetivo a realização de determinadas funções de proteção, suporte e afeto. Todavia, na sociedade atual

cuidar de idosos, deixa cada vez mais de ocorrer em seio familiar, sendo confiada essa responsabilidade a organizações de solidariedade social ou hospitais (Moniz, 2003).

“O processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transações dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço.” (Watson, 2002, p. 52). O cuidado faz parte da essência do ser humano, exigindo uma profunda reflexão por parte dos enfermeiros, pois tanto utentes como famílias necessitam cada vez mais de cuidados de elevada complexidade e por período de tempo indeterminados. A intervenção de enfermagem na relação entre pessoa idosa e familiar cuidador, tem como estratégia diminuir o choque provocado pela dependência do idoso, promovendo a saúde familiar, com melhoria da qualidade de vida quer para o idoso quer para o familiar cuidador (Marques-Vieira, Roldão & José, 2012).

A pessoa que recebe cuidados é agente da sua própria saúde, sendo fundamental a sua intervenção para a qualidade da prática de cuidados. A motivação do utente e da família, a natureza do projeto de vida da pessoa, e a perceção que ela tem do seu estado de saúde, são elementos cruciais na adesão aos cuidados. A motivação manifestada pela família mostra que existe força e vontade na adesão e gestão de cuidados. Contudo, também os familiares cuidadores sofrem e precisam de ser cuidados, gerando um peso suplementar que não pode ser ignorado. Este aspeto torna a prática de cuidados ainda mais complexa, pois a pessoa a ser cuidada pode ser um prestador de cuidados formal, um familiar cuidador ou uma família (Hesbeen, 2001).

2.1 - FAMILIAR CUIDADOR

Ser familiar cuidador, vai muito para além dos laços de consanguinidade. É alguém com uma relação pessoal significativa para a pessoa, como um companheiro, um vizinho ou um amigo, que desempenha um papel não remunerado (National Alliance for Caregiving, 2010; American Association of Critical-Care Nurses, 2009).

Ao assumir o papel de familiar cuidador, a pessoa vê-se compelida a uma posição sem hipótese de escolha, moldada por crenças, obrigações morais e sociais, sentimentos de amor ou piedade, a qual raramente é partilhada com outros elementos da família (Araujo, Paúl & Martins, 2009; Paúl, 1997).

A tradição cultural portuguesa atribui às famílias, particularmente aos seus membros femininos, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados. Deste modo, cuidar de parentes idosos apresenta-se como uma extensão dos papéis normais da família o que, aliado a alguma hostilidade para com as instituições pressiona a família no sentido de manter esse papel (Oliveira, Garanhani & Garanhani, 2011; Araujo, Paúl & Martins, 2009). Com o aproximar do final do ciclo de vida as famílias assumem o cuidado dos familiares, assegurando um papel fundamental nas relações de interajuda. Estas redes familiares formadas por laços de parentesco assentam as suas responsabilidades num dever de gratidão, obrigação e reconhecimento perante uma pessoa que foi cuidadora de outros (Figueiredo & Sousa, 2008).

Após revisão podemos definir familiar cuidador como a pessoa que realiza mais de metade das tarefas, sejam relativas ao transporte do idoso, às lides domésticas, à preparação de refeições, ao tratamento de roupa e aos cuidados pessoais e de suporte financeiro. Reforçando a ideia de que ser familiar cuidador é ser alguém que presta cuidado, com uma componente essencial de gratuidade.

As redes de cuidados informais são sobretudo verticais ou seja quem assume em primeiro lugar essa tarefa é o cônjuge e na sua ausência ou impossibilidade serão os filhos e só posteriormente outros familiares. A consanguinidade assume uma importância relevante. Todavia, na hierarquia do cuidado a impossibilidade de filhos/as, pode fazer surgir uma rede de solidariedade familiar, desenvolvida através de laços de coabitação com a pessoa idosa, comensalidade e/ou através de laços de coesão intergeracional, com genros ou noras e mais raramente com netos. A hierarquia familiar do cuidado retrata a visão longitudinal do ciclo de vida, permitindo identificar as mudanças no estado e nos papéis de cada membro e o conhecimento das necessidades de cada prestador informal, visando a sua proteção e promoção da saúde.

As alterações demográficas emergentes, traduzidas num crescente número de pessoas idosas, aliados a crescentes alterações sociais das quais a modificação do papel da mulher na sociedade não será alheia, vieram alterar a premissa de que são, culturalmente, as mulheres as prestadoras de cuidados. A mulher passou em escassas décadas de “fada do lar” a “agente económico e social”, e esta mudança pode dificultar o desenvolvimento da rede informal em

que assentava a interajuda intergeracional. Segundo Paúl (1997), mesmo nos casos em que o “trabalho” supostamente seja destinado aos filhos varões, na prática esse trabalho é maioritariamente prestado pelas noras. Esta realidade evidencia a lateralização ou feminização do cuidado, caracterizado pela ênfase quantitativa das solidariedades femininas na prestação de cuidados informais ao idoso (Figueiredo & Sousa, 2008).

Os cuidados prestados por um familiar cuidador ultrapassam em muito a satisfação de necessidades de vida relativas a autocuidado, pois requer um esforço contínuo a nível cognitivo, físico e emocional, que em muitos casos pode mesmo levar à doença do cuidador (Marques-Vieira, Roldão & José, 2012; Andrade, 2009; Araujo, Paúl & Martins, 2009; Figueiredo & Sousa, 2008; Paúl, 1997). Contrariamente, com o que acontece com a prestação de cuidados às crianças (ajudá-las a conquistar a sua autonomia), cuidar de idosos envolve uma dependência crescente, que advém do facto deste cuidado ser cada vez mais exigente, por agravamento das dependências e por estas se desenrolarem durante um tempo indeterminado. A partir de algum momento cuja fronteira pode ser ténue, a ajuda permanente instala-se transformando-se em cuidado e o familiar solícito em cuidador.

Apesar de todas as suas dificuldades, (Paúl, 1997) o familiar cuidador é observado como alicerce à prestação de cuidados complexos, por longos períodos de tempo e indispensável para a manutenção da qualidade de vida do seu familiar, estando na primeira linha de prestação de cuidados.

Existe um largo consenso de que cuidar duma pessoa dependente é um processo stressante e disruptor que pode contribuir para o desenvolvimento de patologia psiquiátrica (Schulz, 1999). As incertezas resultantes de cuidar, o medo e a insegurança na execução de cuidados, principalmente os de maior complexidade, o bem-estar e suporte insuficiente recebido pela rede formal, assim como a alteração de papéis sociais, são fatores geradores de sobrecarga do cuidador. Neste contexto, a espiritualidade é considerada como um importante componente de cuidado sobretudo em situações de sobrecarga e como estratégia para lidar com o stress (Petronilho, 2007).

A espiritualidade tem sido considerada como fundamental na aproximação multidimensional utilizada em cuidados geriátricos, tendo uma forte influência positiva na doença mental, na incapacidade física e como estratégia de *coping* (Monod, S. et al, 2010).

Em 2002, Watson, enfatizou a conexão espiritual entre os recetores de cuidados e cuidadores em que, numa relação de cuidado transpessoal denominada de transcendência, procuram significado e propósito na sua existência. A espiritualidade em cuidadores e beneficiários dos cuidados revela que possivelmente leva a melhores resultados de cuidado (Kim, 2008).

Prestar cuidados a idosos dependentes não constitui apenas uma experiência desgastante, sendo possível identificar dimensões positivas do cuidar, de modo a que a relação estabelecida entre familiar cuidador e idoso seja reforçada com um sentimento de satisfação (Araujo, Paúl & Martins, 2009; Andrade, 2009). Para que tal seja alcançado, os cuidadores requerem necessidades de informação, educação, encorajamento e suporte,

estando os enfermeiros numa posição privilegiada para a satisfação das suas necessidades (Andrade, 2009).

Sendo a família foco de atenção e fenómeno do maior interesse, a enfermagem tem como responsabilidade potenciar o nível de bem-estar e o grau de autorrealização, ajudando os indivíduos, famílias e grupos a determinar e a adquirir o seu potencial físico, mental e social e a fazê-lo no contexto no qual eles vivem e trabalham (Lage, 2007).

Os enfermeiros assumem perante os pressupostos da enfermagem, uma elevada responsabilidade nas consequências que advêm de um papel inadequado do familiar cuidador face às necessidades do idoso dependente. Cabe ao enfermeiro, tornar o familiar cuidador foco da sua atenção e consciencializá-lo da necessidade de assumir um novo papel e oferecer-lhe soluções para as suas necessidades (Petronilho, 2007).

A enfermagem tem o compromisso e a obrigação de incluir a família nos cuidados de saúde. A evidência teórica, prática e empírica do significado que a família dá para o bem-estar e a saúde dos seus membros, bem como a influência sobre a doença obriga os enfermeiros a considerarem o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem (Wright & Leahey, 2002).

O envelhecimento é passível de ser uma experiência positiva e prazerosa sem que exista uma forma *standard*, sendo que este é descrito segundo as diferentes trajetórias de vida e fortemente marcada pela subjetividade. É construído através da perceção individual de bem-estar e da qualidade de vida representando estes, construções complexas envolvendo diversas variáveis associadas à dimensão individual e coletiva do processo de envelhecimento (Lima, Silva & Galhardoni, 2008).

2.2 - BEM-ESTAR SUBJETIVO

O interesse manifestado pela compreensão do fenómeno do Bem-Estar emerge na antiguidade clássica, com Platão e Aristóteles, que incidiam na busca da essência da felicidade e de uma vida feliz. Na sociedade atual a felicidade continua a ser um parâmetro indispensável para obter sentido na vida, como parte integrante para uma vida saudável (Diener & Kesebir, 2013; Diener, Oishi, & Lucas, 2003).

O bem-estar tem vindo a ser investigado por duas áreas distintas, a nível do desenvolvimento do adulto e da saúde mental e ligada a aspetos psicossociais como satisfação e qualidade de vida. A qualidade de vida engloba, não só aspetos ambientais, como situações internas a cada pessoa, correspondendo ao Bem-Estar Psicológico e ao Bem-Estar Subjetivo (Veenhoven, 2005).

Estas áreas do Bem-Estar ergueram-se a partir do hedonismo e eudemonismo, dois olhares filosóficos distintos da natureza humana. O Bem-Estar Subjetivo (Bem-Estar hedonista) encontra-se vinculado ao prazer ou felicidade subjetiva, procurando a harmonia entre afetos positivos e afetos negativos. Está ainda associada à felicidade, relaxamento, a sentimentos positivos e ausência de problemas, enquanto o Bem-Estar Psicológico (Bem-Estar eudemonista) consiste na realização pessoal, na procura de significado e rumo para a vida, na procura de crescimento e desenvolvimento pessoal (Siqueira & Padovam, 2008; Diener, 2000; Simões, et al., 2000)

O Bem-Estar deveria ser ilustrado como um fenómeno multidimensional que englobava o Bem-Estar Subjetivo e o Bem-Estar Psicológico. Para Albuquerque e Lima (2005), o Bem-Estar Subjetivo e o Bem-Estar Psicológico movem-se lado a lado para um ótimo funcionamento do Ser Humano, dando origem ao florescimento humano (*human flourishing*), da psicologia positiva (Albuquerque & Lima, 2005).

O Bem-Estar Subjetivo é uma dimensão positiva da saúde, que engloba dimensões cognitivas e dimensões afetivas. Surge no fim da década de 50, procurando indicadores de qualidade de vida de forma a monitorizar as mudanças sociais e melhorar as políticas sociais (Siqueira & Padovam, 2008).

Com o surgimento da Psicologia Positiva, a investigação começa a direcionar-se para o estudo de estados afetivos positivos, como a felicidade, otimismo, esperança, contentamento, qualidade de vida, entre outros (Simões, 2010; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

O bem-estar subjetivo é um conceito recente, abrangente e conceptualmente difuso (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Ao longo das últimas décadas tem sido registado um interesse crescente pelo bem-estar subjetivo, nomeadamente na tentativa de compreender o modo como as pessoas avaliam as suas vidas (Diener, Suh, Lucas e Smith, 1999), sendo preocupação a experiência individual e subjetiva da vida e monitorização das reações cognitivas e emocionais, relativamente a domínios específicos e na vida de um modo global. Atualmente o bem-estar subjetivo delimita-se como área de intervenção pela sua constituição em três componentes fulcrais: a componente subjetiva, pois reside dentro da experiência individual da pessoa; a componente cognitiva, que se designa por satisfação com a vida, que avalia domínios

específicos de satisfação, como o trabalho, a família, as finanças e lazer, entre outros, que avaliam globalmente a vida (Diener, Suh, Oishi, 1997) e por uma componente afetiva, designadas por afetos positivos e negativos, encontrando-se nesses inserida a noção de felicidade, contrastando como o modelo clínico de saúde mental, que se refere apenas à ausência de sentimentos ou experiências negativas (Simões, 2006). Considera-se que o bem-estar subjetivo representa a avaliação que a pessoa faz da sua própria vida, quer em termos de satisfação com a mesma quer em termos de relações emocionais positivas e negativas (Diener, Suh, Oishi, 2003; Simões et al., 2000)

Um pouco à semelhança da realidade referente ao envelhecimento, o conceito de bem-estar subjetivo tem gerado reflexão desde a antiguidade, ainda que sob a designação de felicidade e através de métodos não científicos. A história do bem-estar subjetivo é relativamente recente tendo início, tal como o conhecemos na atualidade, nos anos 60, com a tese de Wilson, intitulada de “Correlatos de Felicidade Declarada”. Ao longo da sua tese Wilson concluiu que as pessoas para serem felizes seriam jovens, educadas, extrovertidas, otimistas, bem remuneradas, religiosas, casadas, despreocupadas, com uma elevada autoestima, morais nas relações profissionais, com moderadas aspirações e com diversificados níveis de inteligência, independente do género, pois apresentavam diferentes recursos psicológicos, físicos ou materiais (Siqueira & Padovam, 2008; Simões et al., 2000). Todavia, na atualidade a investigação já não se limita à descrição de pessoas felizes mas sim para a orientação e compreensão dos processos que sustentam a felicidade.

Subjacente à avaliação da felicidade está o princípio de que cada pessoa tem o direito de decidir se a sua vida é satisfatória e positiva, cabendo ao investigador aceitar essa avaliação. No que respeita à felicidade basta a pessoa acreditar que é feliz, basta a perceção subjetiva de felicidade (Simões, 2006).

Nas últimas décadas tem vindo a registar-se um aumento do interesse pelo bem-estar subjetivo de forma a compreender como as pessoas avaliam as suas vidas. Existe uma preocupação com a experiência individual e subjetiva da vida, implicando a avaliação de reações cognitivas e afetivas da pessoa (Diener, Suh, Lucas, Smith, 1999).

O bem-estar subjetivo constitui um campo de investigação que pretende compreender a avaliação que a pessoa faz da sua vida, incluindo o que as pessoas designam comumente como felicidade, paz, realização e satisfação com a vida (Pais-Ribeiro & Cummins, 2008; Diener, Oishi, Lucas, 2003)

Após algumas dificuldades na definição do bem-estar subjetivo, chegou-se a um consenso em que o conceito seria composto por duas dimensões monitorizáveis: uma dimensão cognitiva expressa em termos de Satisfação com a Vida e uma dimensão emocional, expressa por Afetos Positivos e Afetos Negativos (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Segundo Diener e Ryan (2009), o bem-estar subjetivo é um termo utilizado para descrever o bem-estar que a pessoa apresenta, consoante as suas avaliações subjetivas, sobre as respostas emocionais da pessoa, domínios de satisfação e julgamentos gerais de Satisfação com a Vida. Corresponde a uma avaliação pessoal que cada um faz, sendo que

essa avaliação se situa na perspectiva do indivíduo, e é uma avaliação a longo termo, não apenas um estado temporário.

Diner, Sush e Oishi (1997) definiram um modelo de bem-estar subjetivo com três componentes inter-relacionadas, enquanto campo de estudo: Satisfação com a vida, afeto positivo e reduzido afeto negativo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

A Satisfação com a Vida é descrita como uma avaliação pessoal e subjetiva de cada pessoa sobre o quanto a sua vida está próxima do seu ideal (Pavot & Diner, 1993). Essa avaliação resulta de uma consideração global que a pessoa faz sobre a sua vida, abrangendo diversas áreas. Cada pessoa recorre aos critérios que considera importantes, sendo que alguns aspetos importantes para algumas pessoas e podem não o ser para outras pessoas (Diener, Suh, Lucas, Smith, 1999; Pavot & Diner, 1993).

Relativamente aos afetos estes caracterizam-se por estados provisórios influenciados por situações individuais. À dimensão emocional, os afetos positivos caracterizam-se pela vivência de sentimentos e emoções agradáveis, como a alegria, o orgulho e o entusiasmo; enquanto os afetos negativos se definem pela vivência de sentimentos e emoções desagradáveis, como sejam a vergonha, a culpa e a tristeza (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Diener, Suh, Oishi, 1997).

Tanto as emoções positivas, como as negativas podem ser funcionais e adaptativas, sendo este um resultado da reação e adaptação aos acontecimentos de vida. A cronicidade de estados de exaltação ou de entristecimento, independentemente dos acontecimentos de vida, considera-se disfuncional.

Apesar dos afetos negativos não se apresentarem como experiências agradáveis, estes também são recomendáveis e funcionais em algumas situações: o medo, por exemplo, poderá evitar o perigo. Deste modo, mesmo as pessoas mais felizes também vivenciam emoções negativas, embora em menor frequência (Diener, Oishi, Lucas, 2003). De acordo com Diner e Lucas (2000) é a frequência das emoções, em detrimento da intensidade, que mais se associa à formulação de juízos de bem-estar subjetivo. Apesar de emocionalmente apresentarem elevadas consequências quer positivas quer negativas, como emoções intensas são raras, não refletem o bem-estar subjetivo.

Tal como já foi mencionado, o bem-estar subjetivo pode ser concetualizado como um estado transitório ou um estado estável do indivíduo, pois mesmo que um acontecimento específico determine uma alteração nos afetos dominantes e no índice de satisfação com a vida, o bem-estar subjetivo retoma ao seu nível médio, sendo determinado pelas disposições e condições de vida individuais (Almeida 2010 citado por Diner 1993), conferindo-lhe deste modo uma certa estabilidade.

Por representar uma avaliação multidimensional, que inclui, como já foi referido anteriormente uma avaliação cognitiva da satisfação com a vida e uma avaliação afetiva das emoções, têm sido diversos os estudos que procuram estudar a relação com fatores demográficos, tais como o estudo da idade, o género, a situação profissional e o estado civil e com características e valores individuais como a religião, a atividade e interação social, a

alteração ou perda de papéis e a personalidade (Diener & Ryan, 2009; Kim-Prieto & Diener, 2009; Wirtz, 2009; Diener, Oishi & Lucas, 2003).

Apesar de nem sempre os resultados serem concordantes entre estudos, parece existir, apesar de diminuta, uma variância do bem-estar subjetivo em função das variáveis demográficas (Diener & Ryan, 2009; Diener, Oishi & Lucas, 2003; Diener, Suh, Lucas, Smith, 1999; Diener, Suh, Oishi, 1997). Como tal, seguidamente procedemos a análise dos diversos fatores demográficos que se consideram terem impacto no bem-estar subjetivo.

Idade

Os diversos estudos desenvolvidos em função da idade não são decisivos na forma como a idade se correlaciona com o bem-estar subjetivo. Segundo Simões et al. (2000), o bem-estar subjetivo apresenta uma correlação bastante pequena com a idade.

Para Diener et al. (1999) a satisfação com a vida tende a manter-se estável ou a aumentar ao longo dos anos, podendo este efeito justificar-se pela readaptação às novas condições de vida, com o reajustamento com os seus objetivos de vida ao longo da idade. Outra justificação para a manutenção da estabilidade do bem-estar subjetivo ao longo da vida explica-se pela diminuição de instrução dos mais velhos, assim como expectativas mais baixas que os mais novos (Simões, 2006), criando metas atingíveis, contrariamente aos jovens.

Apesar dos resultados obtidos, Simões et al. (2000), consideram contraditório que o bem-estar subjetivo não diminua com a idade, ou seja, pessoas mais velhas deveriam ser menos felizes que os jovens, dado as sucessivas perdas decorrentes do processo de envelhecimento, como a diminuição de poder de compra e recursos financeiros devido à reforma, como a deterioração de estado de saúde devido ao processo de envelhecimento, bem como a perda de pessoas significativas, como a viuvez. Perante todos estes argumentos seria expectável que com a evolução da idade o bem-estar subjetivo fosse diminuindo. Contudo, estes processos são previsíveis e anteriormente conhecidos pelas pessoas, causando um reajuste das suas aspirações e promovendo uma socialização antecipatória, ajudando os mais velhos a adaptarem-se a acontecimentos de grande impacto emocional, contrariamente aos mais jovens que ainda não estão providos de tais aptidões (Simões, 2006).

De acordo com Carstensen (1995), pessoas mais velhas passam a identificar quais os acontecimentos que aumentam as emoções positivas e negativas, seleccionando desta forma as pessoas ou acontecimentos que promovem mais emoções positivas que negativas, conduzindo a um crescimento de bem-estar. Os resultados do trabalho levado a cabo por Otta (2004) foram também concordantes com a teoria da seletividade sócio emocional, demonstrando um aumento da autorregulação das emoções ao longo da idade.

Género

De acordo com os dados apresentados por Diener et al. (1999) as mulheres experienciam com mais intensidade e frequência as emoções, sejam estas positivas ou negativas. Consequentemente, são frequentemente consideradas como pessoas

emocionalmente mais emotivas, com emoções de extremos, ou seja, muito felizes ou infelizes, quando comparadas com o género masculino. Segundo o autor esta variável apresenta influência, embora por vezes não significativa, sobre o bem-estar subjetivo pois a análise realizada sobre os diferentes componentes de bem-estar subjetivo e sobre a felicidade não são sinónimos, sendo deste modo interpretados de diferentes formas entre os dois géneros.

Estado civil

A qualidade e número de relações sociais que a pessoa apresenta, encontram-se correlacionados com o aumento do bem-estar subjetivo. Na generalidade, pessoas que são felizes e podem expressar esses afetos com outras pessoas, relacionalmente próximas, são mais felizes. Do mesmo modo, pessoas solitárias são tendencialmente mais tristes, e com maior tendência para a depressão. Estudos demonstram que pessoas casadas, ou com relações conjugais fortes, experienciam maiores níveis de bem-estar subjetivo, que divorciados. Aliás, o divórcio reduz significativamente os níveis de bem-estar subjetivo, sendo que mesmo passados anos após a situação de rutura, os níveis de bem-estar subjetivo dos casados são superiores aos níveis de bem-estar subjetivo dos divorciados (Diener & Ryan, 2009).

Situação profissional

O desemprego apresenta, inequivocamente, um impacto consistentemente negativo no bem-estar subjetivo. Segundo Lucas et al. (2004), a situação de desemprego em homens é mais marcante do que em mulheres e mesmo quando volta a situação de emprego os níveis de bem-estar subjetivo, não retornam a níveis elevados como anteriormente à interrupção. Os resultados demonstram que mesmo um curto período de desemprego causa uma intensa alteração na felicidade e permanente declínio do bem-estar subjetivo.

Religião

Existem indícios de associação positiva entre qualidade de vida, felicidade e bem-estar e bem-estar espiritual (Panzini, Rocha, Bandeira & Fleck, 2007). A religião pode ser causa de felicidade pois ao pertencer a um grupo religioso é conferida identidade social e definido um sistema de relações interpessoais. Para além do referido, ocorre ainda estímulo para desenvolver mecanismos positivos para lidar com situações de sobrecarga e ajuda à pessoa, ajudando-a a encontrar uma visão global da realidade e um sentido para a vida (Simões, et al., 2006).

2.3 - ESPIRITUALIDADE EM ENFERMAGEM

Quando se fala de espiritualidade em enfermagem, é imprescindível ter em conta a evolução da própria enfermagem.

A forte influência da Igreja Católica no mundo ocidental, parece ter sido determinante não só para a evolução do conceito de espiritualidade mas, também, para as intervenções que a enfermagem considerou desenvolver perante a realidade da pessoa doente (Pimenta, 2010). A influência das mulheres católicas, nos países latinos, é tão marcada que quando se tenta fazer uma análise histórica das correntes sociais e culturais que precederam a atual prática de cuidados, apenas é referenciado uma iconografia de mulheres cristãs (Collière, 1999). Nos países de tradição católica a proposta de mulher modelo para a prática de cuidados é Fabíola¹, levando assim ao fortalecimento da “mensagem ideológica de que cuidar releva do dom aos pobres, aos desfavorecidos, aos mais desamparados, e requer uma generosidade excecional de que só pode dar provas uma mulher de classe social elevada, classe social que deve a si própria o ser modelo das classes populares e que, em troca destes benefícios, tem direito a receber veneração e estima” (Collière, 1999, p. 40). A prática de cuidados diários era sempre associada às atividades da mulher.

Com o desenvolvimento e proliferação do cristianismo em todo o mundo ocidental, assistiu-se ao surgimento das ordens religiosas e ao seu papel nos cuidados. Até meio do século XIII, a enfermagem encontrava-se impregnada de religião: a saúde e a doença eram resultado dos desígnios de Deus nas sociedades cristãs, sendo o sofrimento resultante da situação de doença, considerado como instrumento de redenção (Martín-Caro & Martín, 2001). O cuidado prestado neste contexto passou a ser uma atitude baseada no conselho do tipo moral. Deste modo surge uma mulher cuidadora a que Collière (1999) nomeia de “mulher consagrada”, no sentido de mulher religiosa confirmada a Deus e à sua missão de serviço aos que sofrem. Martín-Cargo e Martín (2001) denominam a mulher como “vocacional”, referindo que a mulher prestadora de cuidados aos enfermos seria obediente e submissa, desprovida de conhecimentos técnicos mas com elevada formação religiosa, atuando sempre em nome de Deus, estando sempre associada a instituições de cariz religioso.

Ao ser adotado este modelo de prática de cuidados religioso e moral, de total submissão a Deus e aos seus representantes na Terra, assiste-se a uma subversão dos valores até aqui transmitidos de culto ao corpo, “como expressão de ser sexualizado, de prazer e desprazer, conhecedor de satisfação e desconforto, bem-estar e dor” (Collière, 1999, p. 65). O corpo tem uma representação fundamental no cuidar nesta época, pois é o corpo da mulher que dá vida com o nascimento do bebé e que o nutre. Do mesmo modo, Martín-Caro e Martín (2001) atribuem à mulher “doméstica” na família, o papel de zelar pela sobrevivência e sustentação da vida face às contrariedades e adversidades do meio.

¹ Fabíola era uma bela mulher nobre sociedade romana, século IV, que se converteu ao cristianismo num período de fortes perseguições aos cristãos.

² “Refere-se ao processo evolutivo pelo qual há perda da influência da religião na vida pública e na

Observam-se que as “concepções que orientam as práticas de cuidados das mulheres consagradas são radicalmente diferentes. O corpo feito de carne é desprezível, fonte de corrupção, de fornicação e de pecado, começando pelo seu próprio corpo” (Collière, 1999, p. 66). Neste contexto os cuidados ao corpo só eram possíveis, quando fosse obtida consciência que estes eram o suporte para os cuidados espirituais. Era necessário tratar os doentes com caridade, e em seguida tratar do seu corpo para ajudar a salvar a sua alma. Neste período Pré-Nightingaliano, os cuidados espirituais sobrepunham-se aos cuidados ao corpo, dando-se uma distanciação cada vez maior do corpo, não sendo este objeto de cuidados. Assiste-se a uma mudança significativa no cuidar, que evolui da sobrevivência e da procura da comodidade, de modo a evitar o sofrimento, para um cuidar que se descentra do corpo físico, para se centrar no corpo alma. Nesta época o agir ético na prestação de cuidados por parte destas mulheres estaria fortemente cimentado num normativo de caráter moral de índole religiosa cristã (Pimenta, 2010).

Esta imagem da enfermeira é novamente alterada com a progressiva dessacralização² do poder político, aquando da separação da Igreja e Estado, surgindo a imagem da enfermeira como uma concepção de cuidados inteiramente modificada, pelo progressivo desenvolvimento da medicina (Martín-Caro & Martín, 2001; Collière, 1999). À “etapa Técnica” é associada um desmedido desenvolvimento do conhecimento técnico-científico da medicina, iniciado no renascimento, tendo o seu ponto *major* no século XIX. O conceito de saúde centrava-se na ausência da doença, sendo o papel da medicina, descobrir a etiologia e combater a enfermidade. Ao Homem tudo parece possível, sendo os limites apontados à ciência os que ela própria ainda encerra (Neves, 2001). As descobertas constantes e todas as experiências desenvolvidas procuravam a busca da cura, através de novas técnicas e novas terapêuticas. O objetivo era a eternização da vida, levando a uma demarcação da medicina enquanto arte para a ciência, com um modelo de atuação biomédico (Caldeira, 2011). Esta complexa evolução tecnológica da Medicina levou conseqüentemente à delegação de tarefas às enfermeiras, que aparentemente não se interessavam pela prática em si, nem pelos ideais da medicina, mas tinham uma marcada vocação na vida, que era - servir. Neste contexto é despoletado um novo modelo de enfermeira, que se denomina de “auxiliar do médico”, em que inicialmente lhe organiza o material necessário para a sua prática, mas posteriormente assegura cuidados prescritos e delegados pelo médico, bebendo assim da sabedoria médica que na época das mulheres consagradas era indesejável e desnecessário, afastando-se progressivamente da “cabeceira do doente” (Collière, 1999). Esperava-se da enfermeira que “se mantivesse à cabeceira dos doentes, com uma postura caridosa que fosse capaz de executar tarefas prescritas pelo médico e que cuidasse dos aspetos domésticos do serviço (...) o papel modifica-se parecendo haver uma deslocação da enfermeira como consoladora do doente para auxiliar do médico” (Nunes, 2003, p. 27).

² “Refere-se ao processo evolutivo pelo qual há perda da influência da religião na vida pública e na imposição de uma determinada noção de bem” (Pimenta, 2010 p. 27).

É de destacar o papel de Florence Nightingale, considerada a fundadora da enfermagem contemporânea, que partiu para a guerra da Crimeia e desenvolveu a sua conceção de enfermagem, consagrando os primeiros conhecimentos de índole teórica próprios da enfermagem e respeitantes aos cuidados de enfermagem. Para Nightingale e segundo a qual os cuidados de enfermagem deviam-se pautar por otimizar as condições do ambiente, unindo-se à conservação da energia do doente ao mínimo, de maneira a que a natureza pudesse atuar da melhor forma sobre o organismo. Nightingale vem desta forma encerrar o ciclo da enfermeira vocacional, sendo responsável pelo processo de profissionalização, organização da profissão e formação das enfermeiras (Martín-Caro & Martín, 2001).

Em termos do agir ético, o “core” de Nightingale eram os cuidados à pessoa doente. Contudo, mantinha uma posição subalterna ao médico, resultado da sua falta de conhecimentos, fazendo com que fosse uma “seguidora fiel” e não uma “decisora” (Pimenta, 2010).

Ao longo da primeira metade do século XX, a ciência desenvolvia-se envolta de novas questões, e a medicina transforma-se progressivamente de arte em ciência, instituindo o modelo biomédico. Não se guiando pelas suas teorias e estando dependente do conhecimento médico, a enfermagem foi adotando o modelo biomédico para a sua atuação. A medicina enquanto disciplina científica-profissional afastou-se gradualmente da vertente transcendental ou espiritual, levando também ao afastamento da enfermagem da sua conceção de pessoa (Caldeira, 2011). Com este novo modelo, cuidar da pessoa reduzia-se a curar, reduzindo a pessoa à sua situação de doença.

É após a segunda metade do século XX que a enfermagem sofre mudanças no seu paradigma, sobre influência da corrente sociológica, da psicologia positivista e da bioética, fazendo com que a espiritualidade emergisse novamente (Caldeira, 2011). “O irreprimível progresso técnico-científico e, no âmbito em análise, especificamente o biotecnológico, passam a conhecer limites que lhe são afinal impostos pelo Homem, na sua interrogação sobre o dever ser, sobre o dever fazer.” (Neves, 2001, p. 21).

Simultaneamente a OMS, em 1946, define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença, alargando a visão relativamente à pessoa e à conceção holística “adormecida” da enfermagem. Para que os cuidados de enfermagem sejam holísticos e de qualidade, cuidar resulta do respeito pela dignidade da pessoa. “Uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver, e que tem como perspetiva, que ela, bem como os que o rodeiam alcancem a saúde. Ela requer uma atenção particular para com as pessoas, criada pela preocupação com o respeito por elas.” (Hesbeen, 2001, p. 52).

Segundo Watson, 2002, a função da enfermagem na ciência é de cuidar da pessoa humana na sua totalidade. Cuidar é o ideal moral da enfermagem, tendo como objetivo *major* preservar a dignidade humana, indo ao encontro do que é definido pelos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, em que a pessoa é “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o

que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se”(OE, 2001, p. 6).

Tendo em conta o panorama atual do conhecimento, em que a pessoa e os membros que o rodeiam são os protagonistas dos cuidados de saúde, não pode ser descurado o seu valor, dignidade e direito a cuidados de excelência, e se o respeito pelo ser humano está relacionado com a sua capacidade de pensar sobre si e procurar um sentido de vida, então a pessoa tem que ser compreendida nas suas dimensões bio-psico-socio-espiritual (Caldeira, 2011).

A prestação de cuidados espirituais é influenciada pelos bens materiais e pelo poder que estes têm sobre o ser humano, enviesando deste modo o valor que a pessoa tem como ser único, com dignidade, livre e responsável (Selli & Alves, 2007). Cuidar é manter o sentido de vida, prolongando-se e sendo aprofundado na sua expressão espiritual (Caldeira, 2009). Assim, para que a prestação de cuidados de enfermagem seja holística, e apesar de não existir consenso na definição de espiritualidade, se o cuidado espiritual da pessoa for esquecido, não são prestados cuidados holísticos. “É a dimensão espiritual que concede ao homem o verdadeiro sentido da sua condição humana, pelo poder da reflexão, da busca e do reconhecimento da sua própria realização e felicidade.” (Caldeira, 2011, p. 26).

O conceito de espiritualidade encontra-se envolto de complexas interpretações e conceitos (Molzahn & Shields, 2008). Falar de espiritualidade é falar em sentido de vida, valores, transcendência, procura de sentido para a existência. Falar da experiência humana vai muito para além da religiosidade, englobando-a mas não se esgotando no seu sentido (Caldeira, 2009).

Muitos autores referem-se à espiritualidade como uma harmoniosa interconetividade entre conceitos como compromisso, empatia, fé, compaixão e esperança (Caldeira, 2009; Molzahn & Shields, 2008; Selli & Alves, 2007; Taylor, 2003). Ainda relativo ao complexo conceito de espiritualidade, Renaud (2008, p. 158) afirma que “na verdade é muito difícil saber o que é a espiritualidade. Mais larga que a fé, mas podendo ser recapitulada inteiramente pela fé; diversificada a ponto de integrar múltiplas dimensões da existência tal como a ética, o serviço político, a cultura, a estética e as artes, a criação literária, o saber filosófico, a vivência da fé, a mística.” A espiritualidade é a manifestação da experiência da pessoa vivida. É a identidade pessoal, única e irreproduzível de cada pessoa, que vai muito além do somatório das dimensões objetiváveis. A espiritualidade ultrapassa qualquer descrição que se possa fazer, e “este excedente é a espiritualidade” (Neves, 2011).

A crescente importância dada aos cuidados espirituais e à espiritualidade é consequência de uma era materialista, fortemente influenciada pela tecnologia nos cuidados de saúde. Esta importância é notória e valorizada em contexto político nacional, pela DGS e por organizações internacionais de relevo para a enfermagem, como o ICN e a NANDA-I.

De acordo com o PNS 2004-2010 (DGS, 2004) as deficientes condições de internamento e o progresso da medicina e da prática dos cuidados de saúde, são impeditivas ou dificultadoras de relações que respeitem a pessoa em situação de doença como sujeito de

espiritualidade, levando à desvalorização da dimensão. Este documento revela ainda que a formação dos prestadores de cuidados de saúde, quer na formação base ou na formação pós graduada, não têm em consideração a dimensão espiritual, sendo que para colmatar este problemas a DGS sugere que seja feito um investimento na sua formação, no sentido da promoção da consciencialização da dimensão espiritual, como dimensão íntegra e fundamental para a prática de cuidados holísticos. Nesta sequência, e após avaliação pela OMS, foram identificados no relatório como eixos estratégicos a melhorar no atual PNS 2012-2016, a equidade no acesso aos cuidados de saúde e a qualidade dos mesmos, pois o resultado do indicador bem-estar em saúde ficou aquém das metas propostas (DGS, 2010).

Como estratégia e reforço para a qualidade em saúde as organizações devem dotar-se de profissionais adequados às especificidades da prestação de cuidados de saúde, mediante um correto planeamento, orientação e integração, tendo em vista as necessidades dos cidadãos, devendo, simultaneamente, disponibilizar aos profissionais os meios necessários para a sua atualização, adaptação e adequação de acordo com os princípios da Ética e da Deontologia.

O respeito pela pessoa humana, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual, promotora da ética e da autonomia e a capacidade de dar sentido à qualidade das necessidades de bem-estar e de cuidado, foram assumidos como valores e princípios do PNS. Para tal, foi definido que o que o SNS se deve organizar com a missão de responder às necessidades do cidadão e que este deve poder aceder a condições que lhes permitam desenvolver o seu potencial de bem-estar biopsicossocial, individualmente e enquanto membro da sociedade (DGS, 2012).

É de ressaltar que já diversas organizações importantes para a enfermagem Portuguesa têm considerado a espiritualidade como área de intervenção. Deste modo, progredindo na linha definidora da OMS (1946) em que a saúde é como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade e honrando as orientações da OE, relativamente à saúde, esta apresenta-se como um “estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjetivo; portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença. A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural” (OE, 2001).

Embora este interesse crescente manifestado na enfermagem pela espiritualidade, existem barreiras marcadas para a prestação destes cuidados. Assim, o *deficit* de conhecimentos sobre o que é a espiritualidade, a falta de formação dos enfermeiros sobre espiritualidade e a resistência dos docentes em enfermagem em integrar a espiritualidade no

currículo, o medo de invadir as crenças e espaço do outro, assim como o receio de não saber o que dizer e que intervenções realizar e a predominância de um modelo técnico-científico nos cuidados de saúde são obstáculos ao desenvolvimento e prática da espiritualidade em cuidados de enfermagem (Molzahn & Shields, 2008; Selli & Alves, 2007; DGS, 2004; Puchalski, 2001).

Contudo, para que a pessoa seja “olhada” em todas as suas dimensões, seja respeitado o valor pela sua dignidade em toda a sua plenitude, com benefícios concretos para o seu Bem-Estar e os ganhos em saúde que daí poderão advir, os enfermeiros têm que dar resposta às necessidades da pessoa (Pimenta, 2010). Num estudo desenvolvido por Puchalski (2001), ficou demonstrado que a espiritualidade é um elemento fundamental na forma como a pessoa reage perante a sua doença crónica, provando uma maior longevidade para os que amadurecem a sua espiritualidade, a utilização positiva da espiritualidade como estratégia de *coping* e maior aceitação perante o sofrimento devido à perda e processo de luto. Também Rykkje, Eriksson & Rahlm (2012) concluíram existir conexão com um poder superior e retrataram como o apoio religioso fomenta a dignidade, especialmente perto do fim de vida, demonstrado que a religiosidade não pode ser separada da espiritualidade, e que a enfermagem deve ser capaz de fornecer o cuidado espiritual, incluindo o apoio religioso de acordo com os desejos da pessoa, pois estes promovem a saúde e preservam a dignidade humana.

Em suma, pode-se afirmar que a espiritualidade é uma dimensão importante do Homem que, a par das dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais constitui aquilo que é cada pessoa como ser único. Constata-se que esta dimensão implica uma expressão de sentimentos e uma vivência individual, uma interação com o meio ambiente, com os outros e com um Ser Supremo (Roldão, Marques-Vieira & José, 2013). É através da espiritualidade que se manifesta o sentido para a vida, o que leva a afirmar-se que a verdadeira prestação de cuidados, é a que passa pelos tratamentos e pela ativa preocupação pelo bem-estar do outro, é de natureza autenticamente espiritual (Portela, 2013; Renaud, 2010).

2.3.1 - Paradigmas do cuidar

A enfermagem, em sintonia com o elevado crescimento científico, foi desenvolvendo o seu próprio corpo científico. A partir dos anos 50 do século XX, surgem as primeiras teorias em enfermagem que se dedicam à conceptualização da enfermagem, afastando-se da medicina mas ainda esquecendo-se ou dando pouco ênfase à espiritualidade. De acordo com Govier (2000), poucas são as teorias que abordam a espiritualidade em enfermagem. Estas teorias e modelos estão evolutivamente subjacentes ao paradigma da totalidade e ao paradigma da simultaneidade.

O paradigma da totalidade tem o seu início no paradigma positivista, enquanto o paradigma da simultaneidade tem a sua base na filosofia existencialista (Silva, 2009). A evolução dos conceitos centrais em enfermagem pelos paradigmas parece ser o reflexo da evolução das ciências sociais e humanas.

À luz do paradigma da totalidade o homem é um ser bio-psico-socio-espiritual, em interação contínua com o ambiente, sendo a saúde um processo dinâmico onde a pessoa procura o equilíbrio com a natureza. O paradigma da totalidade tem o seu ideal centrado em ajudar a pessoa a ultrapassar ou a adaptar-se a uma doença e às limitações que essa acarreta. A pessoa não tem controlo sobre a sua saúde, sendo necessária a sua orientação para que esta se mantenha saudável, direcionando-a no sentido da promoção da saúde, prevenção da doença e para a reabilitação. Esta supremacia do saber de enfermagem sobre o outro tem uma forte influência do saber médico, isto é de orientar o ser humano para a comorbidade ou ausência de doença (Caldeira, 2011; Silva, 2009).

Tendo em consideração que o enfermeiro é o profissional de saúde com possibilidade de estar mais próximo da pessoa, com oportunidade para o conhecer no seu todo será este que tem maior possibilidade de conhecer “as suas particularidades em extensão e profundidade” (Caldeira, 2011). O cuidar em enfermagem vai-se construindo na prestação de cuidados holísticos.

Não esquecendo que o ser humano interage como um todo, de modo independente e em simultâneo com o sistema onde está inserido, e que o todo é maior e diferente que a soma das partes, a pessoa é um ser autónomo e tem o poder de decisão, desenvolvendo um pressuposto inovador para a integração do paradigma da simultaneidade nos cuidados de enfermagem. A pessoa é um ser único, ativo e imprevisível. É um sistema aberto em constante interação, com influência no meio ambiente específico de cada ser humano (Portela, 2013). A saúde é um processo de evolução, transformação e de escolha de valores. Passa a ser compreendida apenas pela pessoa que a vivência no momento, tendo apenas significado para essa pessoa.

Relativamente à enfermagem esta concentra-se na qualidade de vida sob o ponto de vista da pessoa, no respeito pelo seu sentido de vida. A pessoa passa a ser valorizada como elemento decisor dos seus planos de cuidados e cabe à enfermagem direcionar a pessoa para compreender os seus padrões de saúde, de forma a aumentar a sua qualidade de vida. O enfermeiro cuida da pessoa enquanto ser único com a finalidade de atingir o seu máximo bem-estar (Caldeira, 2011; Silva, 2009).

2.3.2 - Espiritualidade em enfermagem à luz de Jean Watson

O desenvolvimento da teoria de Watson ocorreu num contexto em que o investimento na teoria da enfermagem, ensino e prática profissional, como o conhecemos na atualidade, ainda se encontravam em construção. A conceção teórica de Watson surgiu da sua visão pessoal da enfermagem, em conjunto com os seus estudos de doutoramento e com o seu envolvimento na elaboração de um curriculum académico integrado de enfermagem em que a “abordagem do desenvolvimento curricular e do ensino dentro de uma perspetiva de ciência do cuidar humano combina, e integra, a consciência cognitiva com a beleza, arte, ética, instituição,

estética e consciência espiritual (...)" (Bevis & Watson, 2005, p. 59). Pelo paradigma da transformação, no ensino em enfermagem a ética de cuidar tem que ser o ideal moral (Bevis & Watson, 2005).

A essência da enfermagem resulta da inclusão da filosofia e da ciência do cuidar, fazendo da enfermagem uma arte de cuidar (Watson, 2002). "Cuidar como um processo humano intersubjetivo é o ideal moral da enfermagem" (Watson, 2002, p. 73) consistindo no reconhecimento de uma dimensão espiritual pela vida, respeito pelos mistérios da vida e pela metafísica.

O papel da enfermagem baseia-se no cuidar como conhecimento científico, reconhecendo a necessidade da integração e harmonia do corpo, mente e espírito. A pessoa pertence à natureza, transcendendo-a, em busca de harmonia e significado para a vida, para que as dimensões físicas, mental e espiritual interajam num processo contínuo de espaço e tempo (Watson, 2002).

Tal como referido anteriormente, esta teoria sobre a enfermagem enquadra-se num plano transcendente e "estabelecerá a enfermagem como um processo de cuidar de humano-para-humano com dimensão espiritual, em vez de uma série de comportamentos que se adaptam ao modelo tradicional ciência/medicina" (Watson, 2002, p. 69). O contexto metafísico é importante para uma melhor percepção da enfermagem com uma preocupação profissional, social e científica que existe ao serviço da humanidade, não podendo ignorar que muita da angústia subsiste pela existência de um vazio espiritual. Assim, a transcendência representa alternativas para o crescimento total do ser humano, permitindo considerar a pessoa e considerar o outro como ser espiritual.

Nesta perspetiva a pessoa é definida como um ser- no mundo, contínuo no espaço e tempo, englobando uma "filosofia profunda de bondade do ser humano com o sentido de estética e metafísica." (Watson, 2002). "O processo de cuidar entre um enfermeiro e outro indivíduo é uma dádiva especial e delicada que deve ser estimada. A interação estabelecida no cuidar propicia uma aproximação e estabelecimento de contato entre duas pessoas; a nossa mente-corpo-alma liga-se à mente-corpo-alma da outra pessoa num momento vivido. O momento partilhado do presente tem o potencial para transcender o tempo, o espaço e mundo físico concreto, como geralmente o vemos na relação tradicional enfermeiro-utente" (Watson, 2002, p. 85).

No olhar de Watson o objetivo da enfermagem é ajudar as pessoas a aumentarem o seu grau de harmonia, originando processos de autoconhecimento, auto respeito, auto cuidado permitindo escolha e auto determinação nas decisões de saúde/doença. Estando a harmonia associada à saúde e a desarmonia associada à doença, a enfermagem tem que se preocupar em compreender como a desarmonia se desenvolve, bem como em estabelecer a harmonia do corpo, mente e alma do eu. A enfermagem enquadrada neste paradigma foca-se de forma consciente no cuidar na globalidade, em detrimento de curar a doença física.

É crucial sublinhar que o cuidar transpessoal formado pela pessoa-enfermeiro é bidirecional, o campo fenomenológico pertence aos dois. Esta transação do cuidar contribui

para o desenvolvimento da essência espiritual da pessoa e do enfermeiro. “O cuidar transpessoal e as transações do cuidar são as científicas, profissionais, ética e ainda estéticas, criativas e comportamentos personalizados de dar-receber e respostas entre duas pessoas que permitem o contacto...” (Watson, 2002, p. 103). A relação transpessoal do cuidar implica que o enfermeiro tem consciência do cuidado, intencionalidade no cuidado, seja autêntico e esteja presente para si próprio e para a pessoa.

A forma que o enfermeiro apresenta de se conectar transpessoalmente a nível espiritual manifesta-se através de movimentos, sentidos, sons, palavras, gestos, toques e todos os atos intencionais de cuidar. Estas formas de cuidar permitem a libertação e o brotar de sentimentos intersubjetivos e pensamentos, promovendo a harmonia da pessoa, possibilitando o seu auto conhecimento e auto restabelecimento (Pesut, 2002).

Pode-se afirmar que a espiritualidade, em Watson, é fundamental para a execução de cuidar, pois se o cuidado é transpessoal a ligação entre pessoa-enfermeiro ocorre ao nível espiritual. “Neste sentido de uma transação do cuidar, cuidar é um ideal moral e não uma técnica interpessoal, vinculando um compromisso para um fim particular. A finalidade é a proteção, o realçar e a preservação da humanidade da pessoa, ajudando a restaurar a harmonia interior e o potencial de restabelecimento” (Watson, 2002, p. 104).

A teoria de Watson abre uma nova conceção da ciência de enfermagem, em que a dimensão espiritual da pessoa como “ser no mundo” desempenha um papel chave no cuidar em enfermagem.

3 - DESENHO DO ESTUDO

A pesquisa procura encontrar uma resposta ou solução para uma determinada preocupação, necessidade ou problema em enfermagem. O problema de investigação inclui significado, conhecimento e especificação do problema. Define o tema do estudo, onde a apresentação de um de dados obtidos sobre a temática resultante da uma alargada revisão de literatura (Ellis, 2013, Grove, Burns & Gray, 2013; Wood & Ross-Kerr, 2011). Neste capítulo, explica-se a fase metodológica do processo de investigação, na qual o investigador se mune de um conjunto de meios de forma a responder à questão de investigação e a verificar as hipóteses expostas na fase conceptual. A esta fase corresponde a definição do problema e sua justificação, a apresentação do desenho de investigação, a decisão da população e da amostra, a escolha dos instrumentos de recolha e análise de dados (Grove, Burns & Gray, 2013).

Em Portugal, as alterações demográficas registadas pela inversão das pirâmides etárias, no último século, vieram trazer uma onda de preocupação a famílias, governos e sociedade em geral, devido aos novos desafios que daí surgiram e para os quais a população e a sociedade não estavam preparadas (Sarmento, Pinto & Monteiro, 2010; Petronilho, 2007). A evolução das estruturas familiares, de uma era pré-moderna para a atualidade, é um dos fatores proeminentes de mudança nas sociedades contemporâneas, provocando novos desafios sociais, com vista à promoção do bem-estar individual e coletivo no contexto do processo de envelhecimento.

A família, em Portugal, está em profunda mudança. No passado recente, a organização familiar reconfigurou-se com a participação das mulheres no mercado de trabalho, o aumento de famílias nucleares e à volatilidade e instabilidade das relações conjugais. Esta instabilidade, associada à alteração de papéis com o surgimento de uma dependência física confronta a pessoa idosa e a família com diversos desafios aos níveis físicos, económico-financeiros, sociais, emocionais, psicológicos e espirituais, encontrando-se associada a casos problemáticos de isolamento e de abandono, podendo levar ao aumento da institucionalização dos idosos (Carneiro, 2012; Sarmento, Pinto & Monteiro, 2010; Moniz, 2003; Brito, 2002). Ser cuidador é uma realidade delicada, de elevada responsabilidade e potencial isolamento social, que leva a profundas alterações, gerando sentimentos de sobrecarga física, emocional e socioeconómica (Marques-Vieira, Roldão, José, 2012).

Após revisão de literatura constatou-se que a espiritualidade apoia os familiares cuidadores a encontrarem significado e orientação em situações de *stress*, promovendo a sustentação do seu bem-estar subjetivo, das relações familiares e aliviando os cuidadores de depressão (Roldão, Marques-Vieira & José, 2013). Deste modo é crucial contribuir para a melhoria da formação dos enfermeiros, fomentando um aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem prestados aos familiares cuidadores com um idoso dependente.

Resultou ainda da literatura que embora a espiritualidade seja um constructo do bem-estar subjetivo e que cada vez mais seja reconhecida a sua importância nos cuidados de enfermagem, a relação entre estas variáveis parece estar pouco estudada, não se tendo encontrado nenhum trabalho neste domínio, em Portugal. Neste sentido, este trabalho emerge no seguimento de inquietudes relativas às necessidades de bem-estar espiritual e de bem-estar subjetivo dos cuidadores familiares, acreditando que desta forma, será possível planejar e estabelecer intervenções de Enfermagem, adequadas ao contexto real dos familiares cuidadores de idosos dependentes, de forma promover um aumento da satisfação com a vida, da felicidade e a desenvolver estratégias para lidar com situações de stress.

Face ao exposto anteriormente, e por não estar definida qual a intensidade da relação entre espiritualidade e bem-estar subjetivo, pretende-se definir qual a relação entre as variáveis.

Asseguraram-se o respeito pelos procedimentos metodológicos, sendo garantido deste modo a validade, o rigor da nossa investigação e os pressupostos éticos.

Deste modo, e para responder ao problema de investigação colocou-se como questão: “Existe relação entre espiritualidade e bem-estar subjetivo em familiares cuidadores, de idosos com dependência física?”, assumindo-se assim, como finalidade deste estudo o contributo para o bem-estar dos familiares cuidadores, e conseqüentemente, para o bem-estar das pessoas em situação de doença, sendo crucial para a melhoria da qualidade de vida de todos os envolvidos.

3.1 - OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

O objetivo da investigação indica de forma concreta concisa e transparente qual o foco da investigação. Especifica as variáveis chave e a população (Grove, Burns & Gray, 2013). De acordo com o trabalho em realização propõe-se fundamentalmente verificar se existe relação entre as variáveis espiritualidade e bem-estar subjetivo e a influência exercida pelas mesmas sobre os familiares cuidadores de idosos dependentes.

Deste modo, e apoiando-nos na questão norteadora deste trabalho, surgem como objetivos:

- O₁. Conhecer as características sociodemográficas da população em estudo;
- O₂-Conhecer os níveis de espiritualidade e de satisfação com a vida, afetos positivos e negativos, dos familiares cuidadores de idosos com dependência física;
- O₃- Verificar se existe relação entre espiritualidade e bem-estar subjetivo, em familiares cuidadores de idosos com dependência física;
- O₄- Avaliar a relação entre as variáveis sociodemográficas e satisfação com a vida, afetividade positiva, afetividade negativa e espiritualidade;

O₅- Determinar a natureza da relação entre espiritualidade e bem-estar subjetivo em magnitude e orientação;

Relativamente à questão de partida, define-se como um enunciado conciso e objetivo, que especifica a população alvo e variáveis, e determina o método a utilizar e delimita o tema em estudo (Grove, Burns & Gray, 2013; Wood & Ross-Kerr, 2011).

O estudo desenvolvido pretende explorar a relação entre as variáveis espiritualidade e bem-estar subjetivo. Assim sendo após revisão bibliográfica e de forma a responder aos desafios de saúde, que são colocados à Enfermagem, pelo seu objeto de estudo e referidos na sua matriz conceptual (OE, 2002), surge como um desafio interessante e útil, na perspetiva em enfermagem, a seguinte questão de partida desta investigação:

Existe relação entre espiritualidade e bem-estar subjetivo em familiares cuidadores, de idosos com dependência física?

Após a questão central surgiram, ao longo da pesquisa bibliográfica outras questões, de igual interesse, que podem colocar-se e que ajudam a explicar a questão central:

Qual o nível de espiritualidade em familiares cuidadores, de idosos com dependência física?

Qual o nível de bem-estar subjetivo em familiares cuidadores, de idosos com dependência física?

Existe relação entre as variáveis sociodemográficas e satisfação com a vida, afetividade positiva e afetividade negativa?

Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e espiritualidade?

Qual a natureza da relação entre espiritualidade e bem-estar subjetivo?

A resposta a estas questões tem como finalidade contribuir para a melhoria da formação dos profissionais de saúde, concretamente dos enfermeiros, e, por consequência, melhorar os cuidados de enfermagem prestados aos familiares cuidadores com um idoso dependente.

3.2 - TIPO DE ESTUDO

Para dar resposta à questão de investigação optou-se por um estudo com abordagem quantitativa e do tipo observacional, transversal, descritivo-correlacional.

O estudo apresenta-se como observacional, pois em nenhum momento os inquiridos ou as variáveis serão alvos de manipulação, isto é, as variáveis são apresentadas tal como surgem, sem haver inferência da nossa parte (Ellis, 2013). Transversal, porque é nossa pretensão determinar a existência de relações dos familiares cuidadores apenas num determinado momento temporal, nomeadamente, no momento da aplicação do instrumento de dados. Descritivo, pois tem a pretensão de explorar comportamentos e descrever fiel e precisamente o fenómeno em estudo, e correlacional pois permite selecionar as variáveis

analisar as relações que existem entre as mesmas e medir a intensidade e sentido das relações (Debout, 2012). Neste tipo de estudo as escalas de medida e os questionários, são os métodos de eleição de colheita de dados e as variáveis são apresentadas sem a manipulação do investigador (Ellis, 2013; Debout, 2012).

3.3 - HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

A hipótese em investigação é a afirmação da relação esperada entre duas ou mais variáveis na população selecionada, que deve ser clara, congruente com o objetivo a explicar e ser confirmada com base nos dados colhidos junto da amostra (Grove, Burns & Gray, 2013). Assim, tendo em conta o enunciado referido surgiram como hipóteses para responder ao objetivos definidos:

H₁- Há relação entre os níveis de espiritualidade e de bem-estar subjetivo dos familiares cuidadores de idosos com dependência física;

H₂- Existem diferenças entre os níveis de espiritualidade e de bem-estar subjetivo dos familiares cuidadores de idosos com dependência física em função das variáveis sociodemográficas;

H₃- Existe diferença entre os níveis de espiritualidade e de bem-estar subjetivo dos familiares cuidadores de idosos com dependência física em função da religiosidade;

H₄- Quanto maior é o bem-estar espiritual dos familiares cuidadores maior é a sua satisfação com a vida;

H₅- Quanto maior é o bem-estar espiritual dos familiares cuidadores maior é a sua afetividade positiva;

H₆- Quanto maior é o bem-estar espiritual dos familiares cuidadores menor é a sua afetividade negativa;

3.4 - VARIÁVEIS

A definição das variáveis revela-se como um importante passo na análise do nosso estudo. As variáveis são as unidades base de uma investigação e revelam qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou situações (Grove, Burns & Gray, 2013).

Ao longo deste processo de investigação foram consideradas algumas variáveis. Dependendo do papel que a variável tem na investigação estas podem ser designadas de independente, dependente, de investigação, atributos ou estranhas, demográficas,

moderadoras e mediadoras (Grove, Burns & Gray, 2013). Espiritualidade e bem-estar subjetivo são apresentados como variáveis de investigação.

Espiritualidade: harmoniosa interconectividade entre conceitos como compromisso, empatia, fé, compaixão e esperança. É a manifestação da pessoa vivida.

Bem-Estar Subjetivo: descreve o bem-estar que a pessoa apresenta, consoante as suas avaliações subjetivas, sobre as respostas emocionais das pessoas, domínios de satisfação e julgamentos gerais de satisfação com a vida. Corresponde a uma avaliação pessoal que cada um faz, sendo que essa avaliação situa-se na perspetiva do indivíduo, e é uma avaliação a longo termo, não apenas um estado temporário.

As variáveis de investigação são qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas, pelo que se revelam no nosso processo de investigação como a espiritualidade e o bem-estar subjetivo, através de manifestações de satisfação com a vida e forma de manifestar positiva ou negativamente emoções. A variável independente identifica-se como o elemento introduzido pelo investigador e que é manipulada deliberadamente para conhecer o seu impacto numa outra variável (Grove, Burns & Gray, 2013; Wood & Ross-Kerr, 2011). Deste modo, podemos analisar que neste estudo a espiritualidade é a variável independente, ou variável preditora em estudos correlacionais. A variável dependente, ou variável de critério, é definida pela que sofre o efeito da variável independente (Grove, Burns & Gray, 2013; Wood & Ross-Kerr, 2011). Assim sendo, neste estudo o bem-estar subjetivo é a variável dependente. Incluímos as variáveis atributo, como variáveis de caracterização da amostra, pois são constituídas por dados pré-existentes dos participantes, nomeadamente por dados demográficos. O tipo de família, a fase do ciclo vital, assim como as relações entre familiares e com o exterior foram variáveis que estiveram presentes no nosso estudo. Estas são consideradas como variáveis estranhas, que é preciso ter em conta a sua existência mas que não podem ser controladas (Grove, Burns & Gray, 2013).

3.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo constitui-se por elementos que correspondem aos critérios de seleção previamente definidos pelo investigador e a partir da qual se fazem generalizações, pois os elementos constituintes apresentam as mesmas características (Grove, Burns & Gray, 2013).

Para realizar um trabalho de investigação não se analisará a população no seu todo, mas sim uma amostra da população alvo. Para tal, recorre-se a técnicas de amostragem, que consistem em escolher um grupo de pessoas, ou seja uma amostra, expressiva da população alvo. A amostragem respeita as características de uma população a partir da informação obtida junto de uma amostra (Wood & Ross-Kerr, 2011).

A população definida para esse estudo é referente a todos os familiares cuidadores de idosos, com dependência física. Face a este extenso universo, e perante a impossibilidade de

se abranger toda a população, tornou-se necessário constituir uma amostra representativa. Assim sendo, foi necessário equacionar como encontrar familiares cuidadores. Para tal, optou-se por realizar o estudo com familiares cuidadores a quem seja prestado serviço por parte das equipas de apoio domiciliárias, ligadas à RNCCI e a nível privado, do distrito de Setúbal.

Foram contactados 23 centros de apoio domiciliários com ligação à RNCCI, para participar na realização deste estudo, dos quais obtivemos autorização de 8 equipas de apoio domiciliário. A escolha da amostra prende-se com o facto de existirem relações de trabalho com o Centro Hospitalar de Setúbal e com o qual as respetivas unidades de apoio domiciliário se reúnem e colaboram no sentido do bem-comum.

A amostra é a fração da população sobre a qual se faz o estudo. Tal como já foi referido anteriormente, para que a amostra seja representativa esta tem que ser uma representação fiel das características da população-alvo. Para tal, foram criados critérios de inclusão e exclusão, para tornar a população homogénea. No nosso estudo utilizámos o método de amostragem não probabilística acidental ou de conveniência que se constitui por pessoas facilmente acessíveis e que respondem a critérios precisos podendo ser incluídos no estudo até a amostra atingir o tamanho desejado. Foram contudo excluídos da nossa amostra:

- Pessoas cuidadas com idade inferior a 65 anos;
- Pessoas idosas que apresentem um grau de dependência reduzido, monitorizado pela aplicação de escala de Barthel, com score entre 0 (dependência total) e 60 (dependência moderada);
- Pessoas cuidadas que não coabitem com o familiar cuidador, à exceção de familiares cuidadores que estariam a usufruir da vaga de descanso do cuidador existente a nível da rede nacional de cuidados continuados;
- Pessoas cuidadas com instalação súbita de patologia psiquiátrica ou demencial.

Por razões de ordem prática e para não interferir na dinâmica de cada equipa de prestadores de cuidados, ficou acordado com os responsáveis que seriam estes a analisar o processo de cada utente e a selecioná-lo, para que posteriormente, fosse contactada a família cuidadora. As famílias identificadas como cuidadoras de idosos dependentes, após análise de critérios de exclusão, anteriormente estabelecidos, perfazem um total de 103 familiares cuidadores de idosos dependentes.

3.6 - COLHEITA DE DADOS

O período de recolha de dados decorreu entre 16 de Setembro de 2013 e 29 de Março de 2014. Durante este período acompanharam-se as equipas de apoio domiciliário, e aplicaram-se os questionários aos familiares cuidadores identificados, pelas equipas e respetivos coordenadores das instituições.

Após alguns momentos dedicados à apresentação deste projeto, dos objetivos propostos e das pessoas envolvidas era efetuado o pedido de consentimento, esclarecendo os familiares do carácter confidencial e voluntário da sua participação, assim como a total ausência de contrapartidas ou prejuízos em caso de desistência ou recusa.

O preenchimento dos instrumentos de medida (Apêndice 1). era realizado durante a prestação de cuidados ao idoso dependente, ou noutro momento previamente acordado com o familiar cuidador, sendo que a nossa presença era mantida no local para o esclarecimento de eventuais dúvidas. Desta forma foram abordados 103 familiares cuidadores, que responderam, aos questionários, na íntegra.

3.6.1 - Instrumentos de colheita de dados

3.6.1.1 - Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico elaborado para esse estudo é constituído por sete questões, que permitem caracterizar a amostra o melhor possível. O questionário geral, para além de mostrar os dados demográficos dos familiares cuidadores, reporta ainda um conjunto de aspetos com os quais é possível caracterizar o contexto e a situação de prestação de cuidados. O questionário sociodemográfico é da autoria da investigadora principal, apresentando questões de resposta aberta e questões de resposta fechada (Apêndice 3). A inclusão de questões como idade, género, estado civil e profissão, para além de serem utilizadas para caracterizar melhor a amostra, justifica-se também por estudos que demonstram que estes fatores são suscetíveis de influenciar o bem-estar subjetivo (Diener, et al., 1999).

3.6.1.2 - Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

Um dos elementos mais utilizados para avaliação cognitiva do Bem-Estar Subjetivo é a SWLS. A SWLS foi construída por Diener et al. (1985), no sentido de avaliar o juízo subjetivo que cada pessoa faz sobre a qualidade da sua própria vida, tendo em consideração critérios estabelecidos por si e não em função de padrões impostos pelo investigador ou por qualquer outra pessoa. Os itens da SWLS são globais, dando liberdade aos respondentes de integrar e ponderar os vários domínios da sua vida e diversos estados de espírito (Pavot & Diner, 1993).

A SWBS é constituída, no seu formato original por 5 itens formulados no sentido positivo. Construída como uma escala de resposta de tipo Likert de 7 pontos, a pontuação do

sujeito pode variar entre um mínimo de 5 pontos e um máximo de 35 pontos, sendo que a pontuação 20 representa o ponto médio. Revista por Pavot e Diner (1993), a SWLS de 5 itens foi aplicada, a uma amostra de 176 estudantes universitários do Curso de Psicologia da Universidade de Illinois, tendo sido mostrada uma forte consistência interna, através de um alfa de Cronbach de 0.87 e uma estabilidade temporal moderada, com um coeficiente de estabilidade de 0.82, corroborando com o pressuposto de consistência da satisfação com a vida, ao longo do tempo. Pavot e Diner (1993) encontraram, tal como Diner et al. (1985), uma estrutura unifatorial na SWBS de 66% na variância da escala, assim como o item 5 a ser menos convergente do que os restantes.

A validade do constructo tem sido exposta pelas relações positivas e significativas que esta apresenta com outras escalas de bem-estar (Pavot, 1991) e com algumas medidas de personalidade (Pavot, 1993). Por outro lado demonstrou estar negativamente relacionada com afetos negativos, ansiedade, depressão ou neuroticismo (Diener, Oishi & Lucas, 2003; Pavot, 1993).

A SWLS foi validada em diferentes países, em diferentes contextos socioculturais, e revelou na generalidade bons índices de fidelidade e de validade, indicando que a escala revela potencialidades, enquanto medida transcultural da satisfação com a vida (Seco, et al., 2005).

Em 1990, Neto et al., adaptaram e validaram pela primeira vez a SWLS para a população portuguesa. Posteriormente, Simões (1992), levou a cabo uma nova validação da escala, constituída por 74 alunos do Curso de Ciências da Educação, do Curso de Psicologia e do Mestrado em Ciências da Educação, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, e por 130 adultos de diversas idades e categorias profissionais, com predominância de indivíduos da classe média ou média superior, tendo obtido uma consistência interna de 0.77 e um fator explicativo de 53,1%.

Foram realizados alguns ajustes gramaticais, de forma a tornar a interpretação da escala mais perceptível e ajustada a pessoas com inferiores níveis académicos, logo, mais acessível no seu preenchimento. Simões (1992) validou também este instrumento de medida e reduz a amplitude da escala de 7 para 5 pontos, podendo deste modo a pontuação alcançada pelo participante variar entre um mínimo de 5 e um máximo de 25 pontos, que traduz uma elevada satisfação com a vida. O ponto médio situa-se nos 15 pontos.

Os resultados de Simões (1992) vão ao encontro com os resultados de Diner (1985), pois também, neste estudo o item 5 registou o valor mais baixo de correlação item-total. Esta situação pode ser explicada, mas não é conclusiva por falta de validação empírica e pelo facto de a afirmação se encontrar formulada no passado, enquanto as restantes quatro questões se encontram formuladas no presente.

A SWLS revelou boas qualidades psicométricas e um pressuposto de unidimensionalidade da escala, surgindo a Satisfação com a vida como único fator.

Optou-se pela validação de Simões (1992), por esta ser mais acessível a pessoas de nível académico mais baixo, o que iria de encontro a grande parte da população. Tal como já

foi referido, a SWLS demonstra índices de fidelidade e de validade adequados associados a uma fácil aplicação. Estes resultados, e a facilidade em proceder a uma aplicação imediata, levaram a escolha da escala para utilização na presente investigação, com o objetivo de verificar qual o nível de satisfação com a vida em geral dos familiares cuidadores.

3.6.1.3 - Escala de Afeto Positivo e de Afeto Negativo (PANAS)

A Escala de Afeto Positivo e de Afeto Negativo foi desenvolvida e validada por Watson, Clark e Tellegen (1988) sendo o instrumento utilizado para avaliar a componente afetiva do bem-estar subjetivo. A escala original de PANAS foi construída por Zevon e Tellegen (1982), sendo constituída por 60 termos descritores de afetos (Watson & Clark, 1994). Após revisão da escala, a escala atual é composta por duas subescalas com 10 itens cada, na qual a subescala Afeto Positivo corresponde 10 itens de domínios de afeto positivo e a subescala Afeto Negativo corresponde 10 itens de afeto negativo.

A PANAS é constituída por uma escala de resposta de tipo Likert de 5 pontos, onde o participante deve responder qual a extensão do sentimento que experienciou, num determinado período de tempo. Os termos descritores de afetos estão distribuídos aleatoriamente pela PANAS. O desenvolvimento da PANAS teve como base a utilização de 60 termos descritores de afetos positivos e negativos, que após serem sujeitos a análise, foram considerados apenas os descritores com uma saturação igual ou superior a 0.40.

A escala foi validada em diferentes amostras, com bons valores de consistência interna, para a subescala PA entre 0.86 e 0.90 e para a subescala NA entre 0.84 e 0.87, não sendo a sua estabilidade afetada por quadros temporais considerados, nomeadamente até sete anos. A validade do constructo tem sido evidenciada por significativas correlações entre a PANAS e outras escalas de medição de afeto positivo e de afeto negativo (Watson & Clark, 1994).

Simões (1993) validou para a população portuguesa a PANAS. Tal como a SWLS também a esta escala foram realizadas algumas alterações, por o autor examinar que a tradução do conteúdo dos termos não era adequada a população portuguesa. Deste modo, foram introduzidos dois novos termos, um termo na PA e outro termo na NA, totalizando 22 termos. Tal como a escala validada por Watson, Clark & Tellegen (1988), a escala validada por Simões apresenta bons índices de validade e fidelidade, apresentando um alfa de Cronbach para a PA de 0.82 e para a NA de 0.85. Mediante estes resultados, e a oportunidade em proceder a uma rápida aplicação, levaram a escolha da escala para desenvolvimento do estudo, com o objetivo de medir a vertente afetiva do bem-estar subjetivo.

3.6.1.4 - Escala de Avaliação Espiritual (SAS)

Em 1982, Elizabeth O'Brien desenvolve uma escala para avaliação cognitiva de adultos conscientes das suas crenças e práticas religiosas. Esta escala é denominada de *Spiritual Assessment Guide* e era constituída por 53 itens, organizados em 6 subescalas. Ao longo dos anos a SAG foi utilizada em diversas amostras e em diferentes contextos, contudo dado a sua dimensão era morosa. É no sentido de simplificar a SAG que surge a SAS ou Escala de Avaliação Espiritual, formada por 21 itens de avaliação de bem-estar espiritual, dividida em 3 subescalas, com 7 itens cada: a Fé Pessoal, a Prática Religiosa e a Paz Espiritual (O'Brien, 2003).

A SAS, criada para medir o Bem-estar espiritual, é um instrumento de medida tipo Likert de 5 pontos, em que a subescala Fé Pessoal e Prática Religiosa são expressas de forma positiva, em que varia entre 7 e 35 pontos, e que corresponde a um maior bem-estar espiritual e a subescala Paz Espiritual encontra-se construída na forma inversa, ou seja de forma negativa. Nesta subescala a contabilização dos pontos é invertida.

Para validação do constructo, a SAS foi aplicada a 179 doentes crónicos, da qual obteve uma consistência interna global de 0.92 e para as escalas Fé Pessoal um alfa de Cronbach de 0.89, para a Prática Religiosa de 0.89 e para Fé Pessoal de 0.76. Estes resultados demonstram uma boa consistência interna, assim como a SAS apresenta significativas correlações quando analisada com outras escalas de bem-estar espiritual (O'Brien, 2003).

Em 2007, Rego validou para a população portuguesa a SAS. O estudo foi realizado em pessoas em situação de doença oncológica, do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil. Tal como os instrumentos de medida anteriores, também esta sofreu alterações, com a supressão do item 17 e 18, por apresentarem baixas correlações, ficando a versão portuguesa com 19 itens. Tal como o instrumento de medida validado por O'Brien também a validação de Rego (2007) apresenta uma boa consistência interna, com alfa de *cronbach* de 0.89 para a escala global e de 0.95, 0.82 e 0.75, para as subescalas Fé Pessoal, Prática Religiosa e Paz Espiritual, respetivamente.

Perante estes resultados, e dado a rápida aplicabilidade do instrumento, foi escolhida a SAS como instrumento de medida para progresso do estudo, com o objetivo de medir o Bem-estar Espiritual.

4 - ASPETOS ÉTICOS E FORMAIS

Por este ser um trabalho de investigação que inclui pessoas, levantam-se questões de ordem ética e moral. Desta forma, foi nossa preocupação o respeito, a proteção dos direitos e liberdade dos inquiridos. Asseguraram-se que os princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana foram tidos em conta ao longo de todo o estudo (Roldão, et. al. 2013; Deodato, 2012; Marques, 2007).

Deste modo, solicitou-se a autorização aos diretores e/ou coordenadores de 23 instituições com valência de apoio domiciliário se mostraram disponíveis para colaborar, tendo sido aplicado o questionário a familiares cuidadores de 8 instituições com apoio domiciliário.

Como o respeito pela pessoa é uma constante, foram realizados pedidos formais de autorização deste estudo a cada diretor das instituições intervenientes (Apêndice 2) e posteriormente realizado contato telefónico a todos os familiares cuidadores, garantindo que estes estavam disponíveis para colaborar no estudo.

Após este contato os familiares cuidadores selecionados foram visitados pelos investigadores, e foram explicados novamente os objetivos do trabalho, na presença de um elemento da instituição. Foi garantida a liberdade nas respostas, o ato voluntário da participação, bem como a confidencialidade dos dados, explicando que a sua identidade não seria registada em nenhuma base de dados, mas sim transformada em código, impossibilitando a sua identificação.

A página de rosto do questionário apresentava uma breve apresentação do estudo, seguindo-se o termo de consentimento, que era preenchido em duplicado, sendo um para o inquirido e outro para nós, e por fim o questionário (Apêndice 3).

Deste modo, os questionários foram aplicados diretamente a cada pessoa interveniente, após obtenção de consentimento livre e esclarecido. Para que pudessem ainda esclarecer dúvidas posteriores, fazer sugestões ou outra apreciação, foi facultado contato telefónico na folha de consentimento.

Algumas das pessoas apresentavam idade avançada ou dificuldade na leitura e escrita, pelo que foi solicitado por muitas pessoas que o questionário fosse lido em voz alta e anotado pelo investigador. Cada encontro teve a duração, aproximadamente de 30 minutos e decorreu em casa das pessoas cuidadas.

De um modo geral, a participação dos inquiridos foi positiva, manifestada pela rápida aprovação em responder às questões e vontade em partilhar a sua história. Esse facto era justificado pela vontade em que no futuro, as suas respostas pudessem ajudar outros familiares cuidadores, e isso demonstrou-se pela ausência de não-respostas.

5 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Ao longo deste capítulo apresentam-se os resultados, tendo em conta as questões de investigação formuladas, os objetivos propostos e as hipóteses formuladas. O tratamento e análise dos dados decorreram após a aplicação dos instrumentos de colheita de dados e refere-se à transcrição dos dados adquiridos, no decorrer do processo.

Primeiramente, observaram-se os dados obtidos diretamente do questionário sociodemográfico. Os dados obtidos através deste questionário relacionados com a caracterização da amostra, são apresentados e analisados em quadros compostos por distribuição de frequências absolutas, cálculo de média, mediana e desvio padrão.

Após esta análise, procedeu-se à análise global das escalas utilizadas. Analisaram-se as correlações entre cada item e escala global, assim como a coerência interna da escala, e seguiu-se com a realização de testes de fidelidade, de forma a determinar se os nossos instrumentos de dados fornecem resultados consistentes e precisos. Os dados obtidos através da aplicação das escalas SWLS, PANAS e SAS encontram-se expostos, tal como realizado para o questionário sociodemográfico em quadros com as suas respetivas frequências absolutas, média, mediana, desvio padrão, correlação item-escala global e teste de fiabilidade *alpha de cronbach*.

5.1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS FAMILIARES CUIDADORES

A amostra é constituída por 103 familiares cuidadores de idosos dependentes. No que respeita aos dados obtidos a partir das questões sociodemográficas recorreremos a um quadro para descrever que a distribuição dos prestadores segundo o género é de 77 prestadores do género feminino, correspondente a 74.8%, e 26 prestadores de cuidados do género masculino, correspondente a 25.2% (Quadro 1).

Em relação à idade optou-se por dividir em quatro classes etárias: menos de 31 anos, entre os 31 e 49 anos, entre os 50 e 64 anos e acima dos 65 anos. A faixa etária mais referida corresponde acima dos 65 anos, representando 61.2% dos familiares cuidadores. Segue-se o grupo com idades entre 50-64 anos, representando 30.1%, seguindo-se do grupo dos 31 aos 49 anos, com 7.8%. A faixa etária abaixo dos 31 anos representa 1% dos familiares cuidadores. A média de idades é de 67.75, a mediana de 69.00 e um desvio-padrão de 12.95. O cuidador mais jovem tem 30 anos e o mais idoso 93 anos.

Quanto à situação conjugal, a maioria dos familiares cuidadores (85.4%), referiu ser casado ou viver em união de facto, sendo que os solteiros representam 6.8%, os divorciados 4.9% e os viúvos 2.9%.

Relativamente à profissão, 56.3%, dos familiares cuidadores, referiu estar reformado. 24.3% exercem atividade profissional e 16.5% têm a condição de doméstico. Em situação de desempregado encontram-se 2.9% dos inquiridos.

Quanto ao local de residência 50.5% vive em local predominantemente urbano, enquanto 49.5% vive em zona predominantemente rural.

Observa-se que, 55.3% dos familiares cuidadores se encontram a prestar cuidados ao seu conjugue, seguindo-se o grupo dos familiares cuidadores que prestam cuidados ao seu progenitor, com 29.1%. Os familiares cuidadores que dedicam cuidados ao sogro/sogra representam 7.8% da nossa amostra, sendo os restantes 7.8%, categorizado por outros, tais como a prestação de cuidados a avós, tios ou vizinhos.

Relativamente ao tempo de prestação de cuidados ao idoso, pode ser referido que em 54.4%, dos casos a situação de prestação de cuidados situa-se entre 2 a 5 anos. Seguem-se 28.2%, com mais de 6 anos de duração e os restantes 17.5% correspondem a prestação de cuidados que não é superior a 1 ano.

Quadro 1- Caracterização sociodemográfica dos familiares cuidadores

Variáveis	Frequência (N=103)	Percentagem (%)
Género		
Masculino	26	25.2
Feminino	77	74.8
Grupo Etário		
<=30 anos	1	1.0
31-49 anos	8	7.8
50-64 anos	31	30.1
>=65 anos	63	61.2
Situação Conjugal		
Solteiro	7	6.8
Casado ou União de facto	88	85.4
Divorciado ou Separado	5	4.9
Viúvo	3	2.9
Profissão		
Reformado	58	56.3
Domestico	17	16.5
Desempregado	3	2.9
Outras	25	24.3
Local de residência		
Urbana	52	50.5
Rural	51	49.5
Relação com o idoso		
Esposo (a)	57	55.3
Filho (a)	30	29.1
Genro/ Nora	8	7.8
Outros	8	7.8
Tempo de prestação de cuidados		
<= 1 ano	18	17.5
2-5 anos	56	54.4
>=6 anos	29	28.2

5.2 - CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA (SWLS)

Seguidamente, procurou-se responder às questões de investigação anteriormente formuladas, cujos objetivo procurava:

-Conhecer os níveis de espiritualidade e de satisfação com a vida, afetos positivos e negativos, dos familiares cuidadores de idosos com dependência física.

Tendo como início a análise descritiva dos resultados da SWLS, pode-se verificar, pelo quadro 2, que relativamente à satisfação com a vida a maioria das respostas obtidas pela SWLS, aproxima-se da resposta 3 da escala “Não concordo, nem discordo”. Esta pontuação confirma-se, ao ser verificado que a média obtida foi de 14.10, traduzindo-se num resultado médio por item de 2.82.

Quadro 2- Estatística descritiva da SWLS

Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
14.10	14	4.656	5	24

Seguidamente, procedeu-se à análise de fidelidade da SWLS.

A fidelidade é a medida segundo a qual um instrumento de medição fornece resultados consistentes e precisos, ou seja, quanto a variação da escala é real e quanto da variação é devida a erros aleatórios. Para testarmos a fidelidade utilizámos o teste de homogeneidade de *alpha de Cronbach*, que permite determinar até que ponto cada enunciado da escala mede um conceito da mesma forma que mede os restantes conceitos. O valor deste coeficiente pode variar entre 0.00 e 1.00, sendo recomendado como valor mínimo de *alpha* 0.60 (Hill & Hill, 2012).

Assim, e de acordo com os resultados por obtidos, pode-se inferir que o instrumento de dados utilizado apresenta uma boa consistência interna, ao apresentar um valor de *alpha* de 0.777. Estes dados, vão de encontro à versão validada por Simões (1992) para a população portuguesa, em que o valor de *alpha de cronbach* era de 0.77, podendo assim ser considerado um instrumento fiável.

Pode ainda ser constatado através da análise global da escala que as correlações existentes entre a totalidade dos itens com o total da escala são superiores a 0.4. No quadro 3, podem ser observados os dados estatísticos referentes a correlação entre itens e escala total e fidelidade da SWLS.

Quadro 3- Estatística de homogeneidade dos itens e fidelidade da SWLS

Item	Média	Quadrado da correlação múltipla	Correlação item-total corrigido	Alpha c/ exclusão do item
1	2.475	0.453	0.646	0.703
2	2.835	0.349	0.523	0.744
3	2.583	0.469	0.652	0.700
4	3.291	0.255	0.484	0.757
5	2.912	0.251	0.460	0.769
Alpha Cronbach total- 0.777				

Continuamente, procedeu-se ao estudo da normalidade através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, com correção de *Lilliefors*. Os valores obtidos em significância foram inferiores a 0.05, pelo que pode ser afirmado que a distribuição não segue uma distribuição normal no teste *Kolmogorov-Smirnov* (Quadro 4).

Quadro 4 – Teste de Normalidade *Kolmogorov-Smirnov*

	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>		
	Statistic	df	Sig.
Satisfação com a Vida	0.100	103	0.014

Através da análise dos componentes principais, com rotação de *varimax*, podemos ainda analisar na SWBS uma variância de 53% da escala, com extração apenas de um fator, observando-se, que tal como a escala original o item 5 continua a ser menos convergente do que os restantes.

5.3 - CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DO AFETO POSITIVO E NEGATIVO- PANAS

Segundo análise descritiva dos resultados da PA, pode conferir-se que, a maioria dos itens da escala se aproxima dos 4 pontos “Muito”. Esta pontuação traduz-se através da média total obtida de 39,19 dividida pelos 11 itens, traduzindo-se num resultado médio por item de 3.56.

Relativamente à escala NA, o valor médio correspondente a divisão da média de 29.09 pelos restantes 11 itens, confere uma maioria de resultados de 3 pontos, correspondendo a “Assim, assim”.

Quadro 5- Estatística descritiva da PANAS

	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
PA	39.19	40	7.185	19	54
NA	29.09	29	9.246	11	49

Tal como anteriormente, também para a PANAS foram avaliados os valores de correlação item-total e consistência interna. Contudo, neste caso, por se tratar de uma escala com duas subescalas, afetos positivos (PA) e afetos negativos (NA), optou-se por analisá-las separadamente.

Nos quadros 6 e 7, serão analisados os dados estatísticos relativos à homogeneidade dos itens e à fidelidade da PA e NA, respetivamente.

Quadro 6- Homogeneidade dos itens e fidelidade da PA

Item	Média	Quadrado da correlação múltipla	Correlação item- total corrigido	Alpha c/ exclusão do item
1	3.708	0.374	0.501	0.767
3	2.728	0.476	0.562	0.760
5	3.796	0.336	0.477	0.770
9	2.669	0.519	0.639	0.750
10	2.893	0.160	0.353	0.790
12	4.097	0.312	0.391	0.779
14	3.029	0.404	0.586	0.758
16	3.748	0.444	0.518	0.765
17	4.349	0.279	0.305	0.786
19	4.165	0.401	0.547	0.766
21	4.010	0.374	0.081	0.808
<i>Alpha Cronbach total – 0.79</i>				

Quadro 7- Homogeneidade dos itens e fidelidade da NA

Item	Média	Quadrado da correlação múltipla	Correlação item- total corrigido	Alpha c/ exclusão do item
2	3.067	0.449	0.607	0.806
4	2.640	0.336	0.510	0.815
6	1.378	0.122	0.198	0.836
7	2.660	0.484	0.534	0.813
8	1.834	0.159	0.264	0.834
11	2.563	0.385	0.539	0.813
13	2.223	0.256	0.437	0.822
15	3.708	0.529	0.667	0.801
18	3.223	0.516	0.637	0.804
20	2.533	0.475	0.544	0.812
22	3.252	0.299	0.506	0.816
<i>Alpha Cronbach total – 0.83</i>				

Através da análise dos dados pode-se constatar que, para a escala PA, obteve-se um valor de *alpha* de 0.79, ou seja, próximo do bom. Embora os autores da escala alcançassem resultados de *alpha* para PA entre 0.86 e 0.90, também Simões (1993) na validação da escala para a população portuguesa encontrou valores de *alpha* de 0.82. Pode-se ainda observar que os itens 10 (orgulhoso/a), 12 (atento/a), 17 (atencioso/a) e 21 (emocionado/a) apresentam baixas correlações item-total corrigidas.

Relativamente à escala NA, obteve-se um valor de *alpha* de 0.83, ou seja, um valor bom e muito próximo do valor de 0.85 obtido por Simões, aquando da validação da escala para a população portuguesa e dos valores entre 0.84 e 0.87 obtidos por Watson et. al (1988). Relativamente ao estudo em desenvolvimento, as correlações entre item e escala global são superiores a 0.40, à exceção do item 6 (culpado/a) e 8 (hostil), que apresentam baixas correlações.

De forma a analisar o comportamento da PANAS, foi realizado sobre a mesma o teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*. Verificou-se que a subescala PA e a subescala NA apresentam uma distribuição normal, com valores de significância superiores a 0.05 (Quadro 8- Teste de Normalidade).

Quadro 8- Teste de Normalidade

	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>		
	Statistic	df	Sig.
Subtotal PA	0.079	103	0.126
Subtotal NA	0.079	103	0.123

5.4 - CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE AVALIAÇÃO ESPIRITUAL (SAS)

Tal como realizado anteriormente, será analisado a estatística descritiva dos resultados da SAS (Quadro 9). Deste modo, constatou-se que o item 4 foi maioritariamente respondido, nas subescalas Fé Pessoal, Prática Religiosa e Paz Espiritual. Contudo, este resultado não significa sempre “Concordo”, pois na subescala Paz Espiritual refere-se a “Discordo”, pela inversão da escala. Esta pontuação confirma-se, com uma média obtida para o total de 72.84, traduzindo-se num resultado médio por item de 3.83.

Quadro 9- Estatística descritiva da SAS

	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Subescala Fé pessoal	28.83	30	6.053	10	35
Subescala Prática religiosa	24.96	26	6.169	10	35
Subescala Paz espiritual	18.55	20	4.315	6	25
Escala SAS	72.34	26	13.865	27	92

Seguidamente, os resultados obtidos relativamente a consistência interna e características dos itens da SAS são apresentados nos Quadros 10, 11 e 12. Tal como a PANAS, também a SAS se encontra subdividida em 3 subescalas: subescala Fé Pessoal, subescala Prática Religiosa e subescala Paz Espiritual.

Quadro 10- Homogeneidade dos itens e fidelidade da subescala Fé Pessoal

Item	Média	Quadrado da correlação múltipla	Correlação item- total corrigido	Alpha c/ exclusão do item
1	3.456	0564	0.709	0.873
2	3.495	0.385	0.598	0.885
3	2.437	0.762	0.820	0.857
4	3.922	0.478	0.638	0.880
5	3602	0.797	0.861	0.851
6	4.156	0.547	0.703	0.874
7	3.893	0.309	0.503	0.895
<i>Alpha Cronbach – 0.891</i>				

Quadro 11- Homogeneidade dos itens e fidelidade da subescala Prática Religiosa

Item	Média	Quadrado da correlação múltipla	Correlação item- total corrigido	Alpha c/ exclusão do item
8	3.456	0.583	0.600	0.700
9	3.495	0.564	0.639	0.690
10	2.437	0.124	0.115	0.817
11	3.922	0.263	0.298	0.763
12	3.601	0.549	0.683	0.688
13	4.155	0.633	0.595	0.710
14	3.893	0.597	0.552	0.715
<i>Alpha Cronbach – 0.759</i>				

Quadro 12- Homogeneidade dos itens e fidelidade da subescala Paz Espiritual

Item	Média	Quadrado da correlação múltipla	Correlação item- total corrigido	Alpha c/ exclusão do item
15	1.980	0.040	0.022	0800
16	4.136	0.300	0.539	0.606
17	3.971	0.424	0.579	0.585
18	4.252	0.439	0.602	0.578
19	4.213	0.466	0.575	0.592
<i>Alpha Cronbach – 0.695</i>				

Através dos dados expostos pode-se afirmar que os valores de consistência interna obtidos são bastante dispersos nas três escalas. O valor de *Alpha de Cronbach* resultante da validação do estudo de Rego (2007) foi de 0.89, sendo o valor de *alpha* obtido exatamente igual (0.890). Estes valores encontram-se um pouco inferiores aos 0.92 obtidos por O'Brien (2003), sendo contudo valores reveladores de uma boa consistência interna.

A subescala Fé Pessoal apresenta uma consistência interna boa de 0.89, sendo este valor bastante semelhante ao resultado validado por O'Brien (2003), que se encontrava em 0.89 mas um pouco inferior ao resultado de Rego (2007), que na validação da escala para a população portuguesa, obteve uma consistência interna de 0.95. Relativamente, às subescalas Prática Religiosa e Paz Espiritual, foram obtidos resultados de consistência interna razoáveis, de 0.759 e 0.695, respetivamente. Estes valores encontram-se um pouco inferiores aos resultados obtidos por O'Brien (2003) e por Rego (2007), que obtiveram resultados *Alpha de Cronbach* de 0.82 e 0.89, para a subescala Prática Religiosa e de 0.75 e 0.76 para a subescala Paz Espiritual.

Relativamente às correlações obtidas em item-total corrigidas, a subescala Fé Pessoal apresenta correlações fortes em quatro itens, uma correlação moderada e os itens 2 e 7 com correlação inferior a 0.40. Seguidamente, a subescala Prática Religiosa apresenta correlações moderadas entre os itens, excluindo os itens 10 e 11, que apresentam uma baixa correlação e a subescala Paz Espiritual, que apresenta correlação item-total corrigida moderada, à exceção do item 15, que se apresenta com uma correlação fraca de 0.022.

Para analisar a normalidade das subescalas, recorreu-se ao teste de *Kolmogorov-Smirnov*, com correção de *Lilliefors*. Os valores obtidos em significância foram nas três subescalas e na escala global de 0.000, pelo que podemos afirmar que a distribuição não segue uma distribuição normal no teste K-S (Quadro 13).

Quadro 13- Teste de Normalidade

	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>		
	Statistic	df	Sig.
Subescala Fé Pessoal	0.174	103	0.000
Subescala Prática Religiosa	0.262	103	0.000
Subescala Paz Espiritual	0.190	103	0.000
Escala de Avaliação Espiritual	0.128	103	0.000

Foi ainda observado mediante análise dos componentes principais, com rotação de varimax, uma variância total de 57% da escala, com extração de três fatores, com valor próprio superior a 1, tal como o estudo efetuado por O'Brien.

5.5 - ANÁLISE DESCRITIVA DA ESCALA DE BEM-ESTAR SUBJETIVO (SWBS)

Ao longo do capítulo anterior, foi analisado e interpretado o conceito de bem-estar subjetivo (BES). Desta análise pode-se, sumariamente referir que o bem-estar subjetivo integra valores relativos à satisfação com a vida, aos afetos positivos e aos afetos negativos, e que apesar de estes três componentes se encontrarem inter-relacionados, são independentes uns dos outros, pelo que devem ser investigados individualmente (Diener, et al., 1999)

Foi ainda referido que as escalas envolvidas para a monitorização do bem-estar subjetivo, SWLS e PANAS, são escalas de resposta tipo Likert de 5 pontos, em que a SWLS é constituída por 5 itens e que a variabilidade das pontuações se situa entre 5 e 25, com ponto médio em 15, e que a escala PANAS é constituída pelas subescalas PA e NA, com 11 itens cada e em que a variabilidade das suas pontuações encontra-se entre 11 e 55, correspondendo 33 ao ponto médio.

Atendendo ao fato de o bem-estar subjetivo abranger uma componente afetiva e uma componente cognitiva (Diener, 1999), foi elaborado por Simões et al. (2001) uma medida composta do bem-estar subjetivo, somando os valores *standardizados* da SWLS (ZSWLS) com os valores *standardizados* da PA (ZPA), subtraindo os valores *standardizados* da NA (ZNA), tendo obtido como variável dependente, o ZBES (Quadro 14).

Quadro 14- Estatística descritiva do ZBES

Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
0.00	0.24	2.41	-5.10	5.62

De forma a analisar o comportamento da *ZBES*, foi efetuado o teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*, sendo possível verificar que a escala de bem-estar subjetivo estandardizada apresenta uma distribuição normal, com valores de significância de 0.20 (Quadro 15- Teste de Normalidade).

Quadro 15- Teste de Normalidade

<i>Kolmogorov-Smirnov</i>			
	Statistic	df	Sig.
ZSWBS	0.063	103	0.200

6 - TESTES DE HIPÓTESES

Ao longo desta investigação propôs-se determinar se existia relação entre espiritualidade e bem-estar subjetivo nos familiares cuidadores de idosos com dependência física, e ainda, determinar algumas variáveis possíveis de influenciarem as dimensões em estudo. Desta forma, serão testadas as hipóteses anteriormente colocadas, procurando deste modo responder aos seguintes objetivos:

- O₃- Verificar se existe relação entre espiritualidade e bem-estar subjetivo, em familiares cuidadores de idosos com dependência física;
- O₄- Avaliar a relação entre as variáveis sociodemográficas e satisfação com a vida, afetividade positiva e afetividade negativa;
- O₅- Conhecer a relação entre as variáveis sociodemográficas e espiritualidade;
- O₆- Determinar a natureza da relação entre espiritualidade e bem-estar subjetivo em magnitude e orientação.

Hipótese 1 - Há relação entre os níveis de espiritualidade e de bem-estar subjetivo dos familiares cuidadores de idosos com dependência física

Para determinar se existe relação entre espiritualidade e bem-estar subjetivo recorreu-se ao Coeficiente de Correlação de *Spearman*. A escolha deste teste em detrimento do Coeficiente de Correlação de *Pearson* deve-se ao facto de a distribuição da escala de avaliação espiritual, não seguir uma distribuição normal, tal como foi analisado anteriormente pelo teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*.

Dado que a escala de avaliação espiritual se divide em subescalas, avaliou-se a relação entre bem-estar subjetivo e a escala global e entre bem-estar subjetivo e as subescalas. Para o teste de hipóteses efetuado, foi admitido um nível de significância, p , igual ou inferior a 0,05.

Quadro 16- Teste de Correlação de *Spearman* entre espiritualidade e bem-estar subjetivo

		Bem-estar subjetivo
Subescala Fé Pessoal	Coeficiente Correlação Sig.	0.223* 0.023
Subescala Prática Religiosa	Coeficiente Correlação Sig.	0.251* 0.011
Subescala Paz Espiritual	Coeficiente Correlação Sig.	0.350** 0.000
Escala de Avaliação Espiritual	Coeficiente Correlação Sig.	0.320** 0.001

* Correlação significativa a $p < 0.05$ ** Correlação significativa a $p < 0.01$

Os dados expostos pelo teste de Correlação de *Spearman* revelam que existe uma correlação positiva, estatisticamente significativa entre as subescalas da espiritualidade, espiritualidade e bem-estar subjetivo. Podemos ainda referir que a subescala Paz Espiritual apresenta a correlação mais forte com o bem-estar subjetivo (Quadro 16).

Estes dados conduzem à prova de que existe relação direta entre as variáveis, espiritualidade e bem-estar subjetivo, nos familiares cuidadores de idosos com dependência física, validando assim a hipótese colocada.

H 2- Existe diferença entre os níveis de espiritualidade e de bem-estar subjetivo dos familiares cuidadores de idosos com dependência física em função das variáveis sociodemográficas

Esta hipótese foi testada tendo em conta as variáveis idade, género, profissão, situação conjugal, tempo de prestação de cuidados e local de residência. Para testar esta hipótese recorreu-se a testes não paramétricos, dado algumas das variáveis não seguirem uma distribuição normal.

Será utilizado o teste Mann-Whitney, pois trata-se de analisar médias de duas amostras independentes em que as variáveis não seguem uma distribuição normal e o teste de Kruskal-Wallis, pois trata-se de comparar mais de duas amostras, de modo a verificar se existem diferenças significativas entre médias, em que as variáveis não seguirem distribuições normais.

Iniciámos a análise entre as variáveis espiritualidade e bem-estar subjetivo, com o género, no sentido de poder compreender se as diferenças de género influenciam os níveis de espiritualidade e o bem-estar subjetivo dos familiares cuidadores (quadro 17).

Após verificados os dados, obtiveram-se valores de significância para a subescala Fé Pessoal e subescala Paz Espiritual inferiores a 0.05, pelo que verifica-se que existem diferenças significativas entre os géneros e estas subescalas. Relativamente à Prática Religiosa não se verifica diferença de acordo com o género.

Analisando globalmente a Espiritualidade, observam-se diferenças estatisticamente significativas, com $p=0.010$, sendo o género feminino a apresentar valores de mediana mais elevados.

Relativamente ao bem-estar subjetivo, pode-se constatar que para o género não existem diferenças estatisticamente significativas, pois nas três escalas representativas do mesmo (SWL, PA e NA) e pela escala do ZBES, observam-se valores de significância sempre superiores a 0.05.

Quadro 17- Teste de Mann-Whitney entre Bem-estar subjetivo, Satisfação com a Vida, Afetos positivos e negativos, Espiritualidade e Género

	Género	N (103)	Mean Rank	Sum of Ranks
Subescala Fé Pessoal (FP)	Masculino	26	39.40	1024.50
	Feminino	77	56.25	4331.50
Subescala Prática Religiosa (PR)	Masculino	26	45.71	1188.50
	Feminino	77	54.12	4167.50
Subescala Paz Espiritual (PE)	Masculino	26	40.67	1057.50
	Feminino	77	55.82	4267.50
Escala de Avaliação Espiritual (SAS)	Masculino	26	38.92	1012.00
	Feminino	77	56.42	4344.00
Satisfação com a Vida (SWL)	Masculino	26	52.85	1374.00
	Feminino	77	51.71	3982.00
Afeto Positivo (PA)	Masculino	26	57.62	1498.00
	Feminino	77	50.10	3858.00
Afeto Negativo (NA)	Masculino	26	49.58	1289.00
	Feminino	77	52.82	4067.00
Bem-estar subjetivo <i>standardizado</i> (ZSWBS)	Masculino	26	53.81	1399.00
	Feminino	77	51.39	3957.00

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig.
FP	673.500	1024.500	-2.501	0.012
PR	837.500	1188.500	-1.244	0.214
PE	706.500	1057.500	-2.253	0.024
SAS	661.000	1012.000	-2.583	0.010
SWL	979.000	3982.000	-0.167	0.867
PA	855.000	3858.000	-1.110	0.267
NA	938.000	1289.000	-0.479	0.632
ZSWBS	954.000	3957.000	-0.357	0.721

Tal como pode ser analisado no quadro 18, procedeu-se de seguida ao teste de Kruskal-Wallis entre bem-estar subjetivo, espiritualidade, satisfação com a vida, afetos positivos e negativos e idade, de forma a determinar se esta variável teria intervenção nos níveis de espiritualidade e bem-estar subjetivo dos familiares cuidadores.

Quadro 18- Teste Kruskal-Wallis entre bem-estar subjetivo, espiritualidade e Idade

	Grupo etário	N (103)	Mean Rank
Subescala Fé Pessoal	<=30	1	43.00
	31-49	8	50.75
	50-64	31	47.39
	>=65	63	54.57
Subescala Prática Religiosa	<=30	1	9.00
	31-49	8	47.06
	50-64	31	50.52
	>=65	63	54.04
Subescala Paz Espiritual	<=30	1	35.00
	31-49	8	67.50
	50-64	31	53.55
	>=65	63	49.54
Escala de Avaliação Espiritual	<=30	1	19.50
	31-49	8	52.69
	50-64	31	48.81
	>=65	63	54.00
Satisfação com a Vida (SWL)	<=30	1	75.00
	31-49	8	65.25
	50-64	31	58.34
	>=65	63	46.83
Afeto Positivo (PA)	<=30	1	67.50
	31-49	8	44.94
	50-64	31	63.34
	>=65	63	47.07
Afeto Negativo (NA)	<=30	1	33.00
	31-49	8	38.00
	50-64	31	48.31
	>=65	63	55.90
Bem-estar subjetivo standardizado (ZSWBS)	<=30	1	82.00
	31-49	8	58.63
	50-64	31	60.97
	>=65	63	46.27

	FP	PR	PE	SAS	SWL	PA	NA	ZSWBS
Chi-Square	1.326	2.670	3.034	1.826	5.470	6.916	3.712	6.512
Asymp. Sig	0.723	0.445	0.386	0.609	0.140	0.075	0.294	0.089

Após análise dos resultados apresentados, pode-se afirmar que não existem diferenças significativas entre bem-estar subjetivo, espiritualidade e grupos etários dos familiares cuidadores de idosos com dependência física.

De seguida, realizou-se o teste de Kruskal-Wallis, de acordo com os testes não-paramétricos, de forma a determinar a existência de influência entre bem-estar subjetivo, espiritualidade e a relação entre familiar cuidador e idoso dependente (Quadro 19).

Quadro 19- Teste Kruskal-Wallis entre bem-estar subjetivo, espiritualidade e relação com o cuidado

	Grupo etário	N (103)	Mean Rank
Subescala Fé Pessoal	Esposo(a)	57	59.49
	Filho(a)	30	38.75
	Genro/Nora	8	58.13
	Outros	8	42.19
Subescala Prática Religiosa	Esposo(a)	57	55.89
	Filho(a)	30	47.00
	Genro/Nora	8	63.00
	Outros	8	32.00
Subescala Paz Espiritual	Esposo(a)	57	51.09
	Filho(a)	30	46.93
	Genro/Nora	8	63.81
	Outros	8	65.69
Escala de Avaliação Espiritual	Esposo(a)	57	56.76
	Filho(a)	30	42.20
	Genro/Nora	8	64.31
	Outros	8	42.50
Satisfação com a Vida (SWL)	Esposo(a)	57	61.04
	Filho(a)	30	55.25
	Genro/Nora	8	48.24
	Outros	8	42.83
Afeto Positivo (PA)	Esposo(a)	57	59.10
	Filho(a)	30	49.84
	Genro/Nora	8	53.14
	Outros	8	35.15
Afeto Negativo (NA)	Esposo(a)	57	33.00
	Filho(a)	30	40.10
	Genro/Nora	8	47.51
	Outros	8	58.10
Bem-estar subjetivo standardizado (ZSWBS)	Esposo(a)	57	46.19
	Filho(a)	30	57.77
	Genro/Nora	8	69.63
	Outros	8	54.13

	FP	PR	PE	SAS	SWL	PA	NA	ZSWBS
Chi-Square	10.806	6.502	3.905	1.826	5.382	7.502	4.702	6.095
Asymp. Sig	0.013	0.090	0.272	0.609	0.163	0.021	0.294	0.107

Após análise dos resultados provenientes do teste pode-se afirmar que existem diferenças significativas entre as relações, na subescala Fé Pessoal, e na subescala Afetos Positivos. Relativamente a subescala Fé Pessoal são filhos os mais descrentes, pois apresentam a mediana mais baixa, contrariamente aos cônjuges, que apresentam uma mediana mais elevada, de acordo com a subescala afetos positivos a mediana mais baixa surge em “outros”, sendo estes os que apresentam menos afetos positivos quando na situação de familiares cuidadores.

Para a análise de diferenças nos índices de bem-estar subjetivo e espiritualidade em função da profissão, recorreu-se ao teste Kruskal-Wallis, pelos motivos anteriormente descritos. O teste veio revelar que não existem diferenças significativas entre as variáveis profissão, satisfação com a vida, afetos e espiritualidade, tal como pode ser observado no quadro 20, em que os valores de significância são sempre superiores a 0.05, rejeitando que os níveis de espiritualidade e de bem-estar subjetivo sejam diferentes mediante a atividade profissional (Quadro 20).

Quadro 20- Teste Kruskal-Wallis entre Bem-estar subjetivo, Espiritualidade e Profissão

	Profissão	N (103)	Mean Rank
Subescala Fé Pessoal	Aposentado/Reformado	58	54.10
	Domestico (a)	17	50.09
	Outras	25	49.92
	Desempregado	3	39.50
Subescala Prática Religiosa	Aposentado/Reformado	58	5.49
	Domestico (a)	17	47.53
	Outras	25	51.84
	Desempregado	3	49.83
Subescala Paz Espiritual	Aposentado/Reformado	58	51.41
	Domestico (a)	17	52.47
	Outras	25	53.12
	Desempregado	3	51.50
Escala de Avaliação Espiritual	Aposentado/Reformado	58	53.41
	Domestico (a)	17	50.56
	Outras	25	50.74
	Desempregado	3	43.33
Satisfação com a vida	Aposentado/Reformado	58	46.59
	Domestico (a)	17	51.62
	Outras	25	64.42
	Desempregado	3	55.17
Afetos positivos	Aposentado/Reformado	58	49.24
	Domestico (a)	17	58.74
	Outras	25	55.70
	Desempregado	3	36.33

Afetos negativos	Aposentado/Reformado	58	54.34
	Domestico (a)	17	62.53
	Outras	25	39.90
	Desempregado	3	47.83
Bem-estar subjetivo standardizado	Aposentado/Reformado	58	47.36
	Domestico (a)	17	52.06
	Outras	25	63.16
	Desempregado	3	48.33

	FP	PR	PE	SAS	SWL	PA	NA	ZSWBS
Chi-Square	1.015	0.604	0.064	0.467	6.284	2.574	6.637	4.931
Asymp. Sig	0.798	0.895	0.996	0.926	0.099	0.462	0.084	0.177

Seguidamente, procedeu-se à análise de relação entre bem-estar subjetivo, espiritualidade e situação conjugal. De acordo com os dados obtidos, apresentados no quadro 21, pode ser observado que as variáveis satisfação com a vida, afetos positivos e negativos e espiritualidade do familiar cuidador não se alteram mediante a sua situação conjugal. Contudo, ao analisar individualmente as subescalas, a subescala Fé Pessoal apresenta valor de significância inferior a 0.05, pelo que conclui-se que relativamente a fé pessoal existe relação com a situação conjugal, e que é grupo dos casados ou união de facto que essa influência é mais acentuada.

Quadro 21-Teste Kruskal-Wallis entre bem-estar subjetivo, espiritualidade e situação conjugal

	Situação conjugal	N (103)	Mean Rank
Subescala Fé Pessoal	Solteiro(a)	7	23.64
	Casado(a) / União de fato	88	55.20
	Divorciado(a)/ Separado(a)	5	34.70
	Viúvo(a)	3	53.00
Subescala Prática Religiosa	Solteiro(a)	7	46.86
	Casado(a) / União de fato	88	51.03
	Divorciado(a)/ Separado(a)	5	76.60
	Viúvo(a)	3	51.50
Subescala Paz Espiritual	Solteiro(a)	7	30.43
	Casado(a) / União de fato	88	53.62
	Divorciado(a)/ Separado(a)	5	56.00
	Viúvo(a)	3	48.17
Escala de Avaliação Espiritual	Solteiro(a)	7	25.21
	Casado(a) / União de fato	88	53.75
	Divorciado(a)/ Separado(a)	5	57.50
	Viúvo(a)	3	54.00

Satisfação com a Vida	Solteiro(a)	7	57.43
	Casado(a) / União de fato	88	50.93
	Divorciado(a)/ Separado(a)	5	56.70
	Viúvo(a)	3	62.83
Afetos positivos	Solteiro(a)	7	51.79
	Casado(a) / União de fato	88	50.90
	Divorciado(a)/ Separado(a)	5	67.50
	Viúvo(a)	3	58.83
Afetos negativos	Solteiro(a)	7	48.36
	Casado(a) / União de fato	88	52.30
	Divorciado(a)/ Separado(a)	5	53.20
	Viúvo(a)	3	49.67
Bem-estar subjetivo <i>standardizado</i>	Solteiro(a)	7	55.71
	Casado(a) / União de fato	88	50.78
	Divorciado(a)/ Separado(a)	5	61.60
	Viúvo(a)	3	63.00

	FP	PR	PE	SAS	SWL	PA	NA	ZSWBS
Chi-Square	9.102	3.704	4.110	6.118	0.866	1.626	0.140	1.177
Asymp. Sig	0.028	0.295	0.250	0.106	0.834	0.653	0.987	0.759

Relativamente ao tempo de prestação de cuidados o processo foi semelhante. Neste caso, e tal como com a variável anterior, continua-se a obter valores de significância superiores a 0.05, exceto na dimensão Fé Pessoal, em que pode observar-se que ao longo da prestação de cuidados a fé pessoal aumenta, tal como exposto no quadro 22.

Quadro 22- Teste Kruskal-Wallis entre bem-estar subjetivo, espiritualidade e tempo de prestação de cuidados

	Tempo de prestação de cuidados	N (103)	Mean Rank
Subescala Fé Pessoal	<=1 ano	18	37.00
	2-5 anos	56	52.40
	>=6 anos	29	60.53
Subescala Prática Religiosa	<=1 ano	18	42.22
	2-5 anos	56	55.16
	>=6 anos	29	51.97
Subescala Paz Espiritual	<=1 ano	18	41.06
	2-5 anos	56	55.87
	>=6 anos	29	51.33
Escala de Avaliação Espiritual	<=1 ano	18	38.31
	2-5 anos	56	54.25
	>=6 anos	29	56.16

Satisfação com a Vida	<=1 ano	18	43.81
	2-5 anos	56	55.60
	>=6 anos	29	55.93
Afetos positivos	<=1 ano	18	41.11
	2-5 anos	56	57.35
	>=6 anos	29	48.43
Afetos negativos	<=1 ano	18	52.14
	2-5 anos	56	50.38
	>=6 anos	29	55.05
Bem-estar subjetivo estandardizado	<=1 ano	18	26.44
	2-5 anos	56	28.04
	>=6 anos	29	37.32

	FP	PR	PE	SAS	SWL	PA	NA	ZSWBS
Chi-Square	6.993	2.564	3.420	4.666	1.887	4.613	0.469	43.320
Asymp. Sig	0.030	0.277	0.181	0.097	0.389	0.100	0.791	0.115

De seguida, foram analisados os níveis de espiritualidade e componentes do bem-estar subjetivo, com o local de residência, meio rural ou urbano, recorrendo ao teste de Mann-Whitney. O teste Mann-Whitney veio demonstrar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre bem-estar subjetivo, espiritualidade e local de residência. Tal como pode ser observado no quadro 23, obteve-se um valor de significância global sempre muito superior a 0.05. Tal como em variáveis anteriores, novamente a fé pessoal é a exceção, sendo esta estatisticamente significativa com o local de residência, apresentando o meio rural uma mediana mais elevada.

Quadro 23- Teste Mann-Whitney entre bem-estar subjetivo, espiritualidade e local de residência

	Residência	N (103)	Mean Rank	Sum of Ranks
Subescala Fé Pessoal	Urbana	52	45.95	2389.50
	Rural	51	58.17	2966.50
Subescala Prática Religiosa	Urbana	52	54.17	2817.00
	Rural	51	49.78	2539.00
Subescala Paz Espiritual	Urbana	52	46.63	2424.50
	Rural	51	57.48	2931.50
Escala de Avaliação Espiritual	Urbana	52	48.91	2543.50
	Rural	51	55.15	2812.50

Satisfação com a Vida	Urbana	52	51.76	2691.50
	Rural	51	52.25	2664.50
Afeto Positivo	Urbana	52	54.51	2834.50
	Rural	51	49.44	2521.50
Afeto Negativo	Urbana	52	55.81	2902.00
	Rural	51	48.12	2454.00
Bem-estar subjetivo estandardizado	Urbana	52	50.92	2648.00
	Rural	51	53.10	2708.00

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig.
FP	1011.500	2389.500	-2.086	0.037
PR	1213.000	2539.000	-0.747	0.455
PE	1046.500	2424.500	-1.858	0.063
SAS	1165.500	2543.500	-1.059	0.289
SWL	1313.500	2691.500	-0.083	0.934
PA	1195.500	2521.500	-0.0862	0.389
NA	1128.000	2454.000	-1.307	0.191
ZSWBS	1270.000	2648.000	-0.369	0.712

Face aos resultados expostos, conclui-se que não existem diferenças entre os níveis de espiritualidade e de bem-estar subjetivo dos familiares cuidadores comparativamente com as variáveis sociodemográficas analisadas. Assim, rejeitamos a hipótese formulada.

Hipótese 3 - Existe diferença entre os níveis de espiritualidade e de bem-estar subjetivo dos familiares cuidadores de idosos com dependência física, em função da religiosidade.

Esta hipótese foi testada considerando a religiosidade como variável. Esta variável foi extraída da subescala Prática Religiosa, sendo para tal utilizado o teste Kruskal-Wallis, e formado escala de acordo com o de forma a compreender se existe diferença entre espiritualidade e bem-estar subjetivo de acordo com religiosidade expressa pelos familiares cuidadores.

Deste modo, após a realização do teste pode ser averiguado que ocorrem diferenças significativas quer a nível da espiritualidade quer a nível do bem-estar subjetivo em função da religiosidade dos familiares cuidadores (Quadro 24).

Quadro 24- Teste de Kruskal-Wallis para as variáveis espiritualidade, religiosidade e bem-estar subjetivo.

	Religiosidade	N (103)	Mean Rank
Espiritualidade	<=21	28	19.57
	21-26	28	50.41
	26-29	24	62.35
	>=30	23	82.61
Bem-estar subjetivo	<=21	28	41.86
	21-26	28	53.75
	26-29	24	46.58
	>=30	23	67.87

	Espiritualidade	Bem-estar subjetivo
Chi-Square	60.159	10.601
Asymp. Sig	0.000*	0.014**

Correlação significativa a *p <0.01; ** p <0.05

H4- Quanto maior é o bem-estar espiritual dos familiares cuidadores maior é o seu bem-estar subjetivo

Para testar esta hipótese foi utilizado o teste de correlação de Spearman, pois tal como já foi analisado anteriormente, as variáveis não seguem uma distribuição normal.

De acordo com os dados apresentados pelo teste de correlação de Spearman, a relação é significativa e positiva. Assim, pode-se afirmar que a hipótese formulada é válida.

Quadro 25 – Teste correlação Spearman entre bem-estar espiritual e bem-estar subjetivo

		Espiritualidade	Bem-estar subjetivo
Espiritualidade	Coeficiente Correlação	1.000	0.320**
	Sig.	-	0.000
Bem-estar subjetivo	Coeficiente Correlação	0.320**	1.000
	Sig.	0.000	-

** correlação significativa a p<0.01

H5- Quanto maior é o bem-estar espiritual dos familiares cuidadores maior é a sua satisfação com a vida.

Após teste de correlação de Spearman, pode-se constatar que existe correlação entre bem-estar espiritual e satisfação com a vida. Esta correlação é positiva e significativa, ou seja, quanto maior é o bem-estar espiritual maior é a sua satisfação com a vida.

Quadro 26– Teste correlação Spearman entre espiritualidade e satisfação com a vida

		Espiritualidade	SWL
Espiritualidade	Coeficiente Correlação	1.000	0.222*
	Sig.	-	0.024
SWL	Coeficiente Correlação	0.222*	1.000
	Sig.	0.024	-

* correlação significativa a $p < 0.05$

H6- Quanto maior é o bem-estar espiritual dos familiares cuidadores maior é a sua afetividade positiva.

Os dados obtidos para o teste de correlação entre bem-estar espiritual e afetividade positiva, são positivos e significativos. Deste modo, pode ser inferido que a hipótese de relação entre bem-estar espiritual e afetos positivos é válida.

Quadro 27 – Teste correlação Spearman entre espiritualidade e afetos positivos

		Espiritualidade	PA
Espiritualidade	Coeficiente Correlação	1.000	0.207*
	Sig.	-	0.035
PA	Coeficiente Correlação	0.207*	1.000
	Sig.	0.035	-

* correlação significativa a $p < 0.05$

H7- Quanto maior é o bem-estar espiritual dos familiares cuidadores menor é a sua afetividade negativa;

A correlação medida pelo coeficiente de correlação de Spearman ($R_s = -0.337$) é negativa e significativa ($p = 0.001$) ou seja, quanto maior o bem-estar espiritual dos familiares cuidadores menor é a sua afetividade negativa. Como tal, esta hipótese também se considera válida.

Quadro 28 – Teste correlação Spearman entre bem-estar espiritual e afetos negativos

		Espiritualidade	NA
Espiritualidade	Coeficiente Correlação	1.000	-0.337**
	Sig.	-	0.001
NA	Coeficiente Correlação	-0.337**	1.000
	Sig.	0.001	-

** correlação significativa a $p < 0.01$

Após análise dos dados, foi possível responder a todas as questões inicialmente propostas, assim como aos respetivos objetivos. As hipóteses foram igualmente testadas, podendo deste modo, proceder à discussão de resultados. No próximo capítulo, pretende-se refletir e discutir, relacionando os dados expostos e corroborando-os com resultados obtido por outros investigadores.

7 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Surge neste capítulo o momento de reflexão e apresentação de discussão, mais detalhada, dos resultados obtidos, dando ênfase a aspetos que pelo seu significado, se destacam e se relacionam com outros trabalhos de investigação desenvolvidos sobre temáticas e/ou populações semelhantes.

De acordo com o processo de investigação, este estudo desenvolveu-se com percurso assente num quadro conceptual desenvolvido a partir de revisão bibliográfica, tendo sido posteriormente definidos os objetivos gerais e específicos com base nesse enquadramento, efetivados através de acompanhamento pelo apoio domiciliário prestado a pessoas idosas e seus familiares cuidadores do distrito de Setúbal.

As considerações serão efetuadas de acordo com os resultados e o tratamento estatístico dos dados relacionados com os familiares cuidadores, analisando as suas características sociodemográficas, a satisfação com a vida e a espiritualidade.

Ao longo deste capítulo pretende-se confrontar os resultados obtidos com os objetivos propostos, fazendo analogia com os resultados obtidos noutros trabalhos de investigação realizados sobre a mesma temática.

Este trabalho tem como objetivo geral determinar a existência de relação entre espiritualidade e bem-estar subjetivo dos familiares cuidadores e influência exercida pelas mesmas sobre os familiares cuidadores de idosos dependentes. Como tal, e de acordo com as variáveis que possibilitam alterações na satisfação com a vida e felicidade, iniciou-se com a contextualização das características sociodemográficas dos familiares cuidadores.

De acordo com as características dos familiares cuidadores, em estudo, podemos verificar que os familiares cuidadores são predominantemente mulheres (74.8%) dos idosos dependentes. Este resultado permanece constante ao longo das décadas, indo de encontro ao papel histórico, social e cultural da mulher face ao cuidar, à família e ao lar. As mesmas conclusões podem ser encontradas em diferentes estudos, ao longo do tempo (Marques & Dixe, 2010; Sarmiento, Pinto & Monteiro, 2010; Sequeira, 2010; Araujo, Paúl & Martins, 2009; Lage, 2007; Brito, 2002). No recente estudo de Sequeira (2010), 87% dos prestadores de cuidados são do género feminino, sendo semelhante aos resultados obtidos por Brito (2002) em que 92,7% dos familiares cuidadores eram mulheres.

Relativamente ao estado civil e situação profissional, as mulheres são casadas ou vivem em união de facto (85.4%), são maioritariamente esposas do idoso dependente (55.3%), e conseqüentemente também elas idosas (61.2%) e sem vida profissional ativa, sendo as mesmas domésticas ou reformadas (72.8%). Estes dados vão de encontro aos resultados obtidos por Sarmiento, Pinto e Monteiro (2010) em que 88% dos familiares cuidadores são casados, 90% encontram-se em situação de reforma ou doméstica, permitindo assim a permanência junto do idoso e 36% dos cuidadores familiares têm idades iguais ou superiores a 65 anos.

Quanto ao tempo de prestação de cuidados 54.4% dos familiares cuidadores presta cuidados entre 1 e 5 anos. Estes resultados corroboram o encontrado por Sarmento, Pinto e Monteiro (2010), em que 58% dos familiares cuidadores prestavam cuidados entre 1 e 5 anos. Relativamente à prestação de cuidados verifica-se uma amplitude considerável, que varia entre os 6 meses e os cerca de 22 anos, sendo a média cerca de 4 anos e 9 meses. Estes dados indicam-nos que ser cuidador familiar é tendencialmente uma tarefa a longo prazo, que os cuidadores revelam que quando a assumem não imaginam que ocupará tantos anos da sua vida. São as esposas quem mais tempo dispõe para cuidar. Deste modo, reforça-se a necessidade de apoio às esposas cuidadoras, pois a responsabilidade social que lhes está associada culturalmente, torna o seu empenho negligenciado pelas próprias, pois consideram que estão a fazer o seu papel, e negligenciado pelos outros, por considerarem que é sua obrigação (Araujo, Paúl & Martins, 2009).

Os dados obtidos em investigações sobre a mesma matéria sugerem que o cuidar recai principalmente sobre familiares cuidadores femininos. Pode-se constatar que a maioria são familiares diretos, conjugues ou filhas, corroborando ainda a ideia que a responsabilidade da prestação de cuidados incide sobre os mais próximos, à semelhança do que foi verificado no trabalho desenvolvido. Atualmente, a família encontra-se cada vez mais reduzida, encontrando-se cada vez mais pessoas idosas a viverem em casal, surgindo deste modo uma maior probabilidade de desenvolvimento de problemas de saúde, em casais que vivem isolados os últimos anos de vida.

Após a discussão dos resultados obtidos na caracterização sociodemográfica dos familiares cuidadores dos idosos com dependência física, passamos à discussão dos dados relativos aos níveis de satisfação com a vida e de espiritualidade dos familiares cuidadores. Tal como já referido, estes dados são relativos à aplicação das escalas de SWLS, PANAS e SAS.

Bem-estar subjetivo e Espiritualidade dos familiares cuidadores

Quanto aos níveis de satisfação com a vida podemos verificar que a maioria dos familiares cuidadores quando questionados diretamente sobre a sua satisfação com a vida, consideram-se insatisfeitos com a mesma (51.4%). Contudo, e apesar de a maioria referir que globalmente a sua vida não se assemelha com aquilo que desejariam que fosse (53.4%), quando questionados sobre se tivessem a oportunidade de recomeçar a sua vida, se não mudariam quase nada, as respostas entre discordo/concordo são semelhantes (45.6%/46.6%), sendo ainda observado que a maioria concorda (52.1%) que as coisas importantes que desejavam ter conseguido na vida, foram atingidas.

Globalmente, a média atingida pela SWLS foi de 14.1 pelo que aproxima-se de um grau de satisfação neutro. Estes resultados vão de encontro com resultados obtidos por Yoon, D. (2006) que ao analisar alguns fatores que afetavam a satisfação com a vida de idosos residentes em meio rural, obteve uma média de 14.6 de satisfação com a vida. Estes dados

são ligeiramente inferiores aos achados de Diener et al. (1985) que revelavam que a população americana se encontrava pouco satisfeita com a vida mas aproximando-se de bastante feliz com a sua vida.

Os familiares ao assumirem o papel de familiares cuidadores vêm surgir nas suas vidas profundas alterações, principalmente, na sua vida social, nas atividades de lazer e na sua vida profissional. Estas alterações geram sentimentos contraditórios de tristeza e satisfação (Araújo, Paúl & Martins, 2009) Quando questionados acerca do seu estado de saúde, os cuidadores mencionam que a sua saúde é débil e que agravou desde que é familiar cuidador (Marques & Dixe, 2010). Estes resultados são consistentes com os resultados obtidos, em que cerca de 64.1% dos familiares cuidadores se considera “nervoso”, sendo que uma elevada percentagem consome psicofármacos e 52.4% se considera “magoado” com a vida. Corroborando com os nossos resultados, Figueiredo e Sousa (2008) concluíram que o contexto da prestação de cuidado se repercute negativamente na perceção do estado de saúde dos cuidadores. O *stress* ou sobrecarga exerce uma influência negativa sobre a perceção do seu estado de saúde, estando estes associados a elevados níveis de depressão, ansiedade, irritação e consumo de psicofármacos. Também Schulz (1999) desenvolveu um estudo com familiares cuidadores de idosos, em que constatou que cuidadores de idosos apresentam maior tensão emocional, e conseqüentemente, maior taxa de mortalidade, por negligenciarem a sua própria saúde.

Todavia, os resultados obtidos não deixam de ser surpreendentes, parecendo até improváveis, pois apesar dos familiares cuidadores se encontrarem muitas vezes em situações graves e de elevado *stress* com os “seus” idosos, estes tendem a posicionar-se num estado neutro de satisfação com a vida e de afetos negativos, e com valores médios de manifestações de afetos positivos superiores, à média registada pelos afetos negativos. Estes resultados são explicados pela literatura, ao se demonstrar que a sobrecarga subjetiva acaba por ter mais influência na avaliação do que a sobrecarga objetiva e que há elevados ganhos para o cuidador com a prestação de cuidados, como seja cuidar de alguém de quem se ama (Figueiredo & Sousa, 2008).

No que respeita a caracterização da amostra segundo a sua religiosidade, todos os nossos inquiridos expressaram a sua opinião sobre Deus. De acordo com os nossos resultados são as mulheres que mais expressam a sua espiritualidade. Porém quando nos referimos a práticas religiosas ou religiosidade, não existem diferenças entre géneros.

A maioria dos familiares cuidadores acredita totalmente (62.1%) na existência de Deus, ou de um ser transcendente que se preocupa com eles, sendo que 77.7% crê que Deus toma conta de si e que são as suas crenças espirituais que trazem força e conforto (89.3%) para continuar a prestação de cuidados ao idoso. 63.2% dos inquiridos manifestou sentir-se mais forte aquando da participação em cerimónias religiosas. Estes dados vão de encontro com outros estudos em que o fortalecimento por meio da espiritualidade ajuda os cuidadores familiares a encontrarem significado e intenção para situações de stress, sustentando o seu bem-estar psicológico e aliviando os cuidadores de depressão, tornando-se um alicerce em momento de instabilidade e fortalecendo as relações familiares (Oliveira, Garanhani &

Garanhani 2011; Kim, et al., 2011; Vahia, et al. 2010; Kim, 2008). Caldeira, Carvalho e Vieira (2014) concluíram que pessoas em angústia espiritual, em situação de doença oncológica em tratamento, apresentavam sinais e sintomas de depressão, encontrando-se medicados com antidepressivos.

A oração é referida por 81,6% dos familiares cuidadores como meio de fortalecimento da sua relação com Deus. Estes dados são corroborados por Wittington e Scher (2010), que analisaram a influência que a oração tem no bem-estar subjetivo das pessoas, concluindo que a oração por adoração, por agradecimento ou por recetividade (atitude contemplativa de abertura, recetividade e paz) são preditores de satisfação com a vida, otimismo, autoestima e significado de vida.

A satisfação com a espiritualidade e bem-estar espiritual mostram um papel importante com a satisfação com a vida e no bem-estar subjetivo. Lawler-Row e Elliot (2009) concluíram que o bem-estar espiritual e oração contribuem para a predição de bem-estar psicológico, bem-estar subjetivo, físico e diminuição de ansiedade e depressão, tentando deste modo colmatar os elevados níveis de insatisfação e estados emocionais negativos vividos.

Quando relacionados os níveis de espiritualidade e de bem-estar subjetivo dos familiares cuidadores com a religiosidade concluímos que, tal como em outros estudos, os níveis de bem-estar subjetivo e espiritualidade aumentam em função da religiosidade (Weaver & Flannelly, 2004; Pashak & Laughter, 2012; Jafari., 2010; Lee, 2013).

Lee (2007) avaliou aspetos multidimensionais da religião, espiritualidade e bem-estar, obtendo como resultados uma utilização marcada de estratégias de *coping* religioso, associado a maior satisfação de vida. Pôde ser ainda analisado que o recurso ao Perdão, como prática regular, contribuiu também para um aumento da satisfação com a vida, assim como o apoio religioso foi associado com diminuição da depressão e aumento da satisfação com a vida.

Estes dados enquadram-se no perfil nacional e refletem a importância da cultura na expressão religiosa e conseqüentemente, na satisfação com a vida, felicidade, bem-estar subjetivo e espiritualidade. Naturalmente, podemos entender estes resultados como sinal de bem-estar espiritual, indo de encontro aos elevados resultados obtidos para a espiritualidade na SAS. Também Sequeira (2010) salienta a importância da distração, nomeadamente através de aspetos religiosos, verificando que cuidadores que recorrem à fé apresentam uma melhor relação com o idoso, menores índices de depressão e melhor perceção no cuidar. Esta estratégia permite-lhes encontrarem sentido para vida, ou seja, desenvolverem a sua espiritualidade.

Da análise da SAS pode-se constatar que os familiares em estudo apresentam em média elevados níveis de espiritualidade, dado que a média para a espiritualidade total foi de 72.84 pontos. Ao verificar individualmente as respostas apurou-se que estas tendem a centrar-se, nas subescalas Fé Pessoal e Prática Religiosa, em “concordo” ou “concordo totalmente”, ou quando nos referimos á subescala Paz Espiritual em “discordo totalmente”. Este valor é ligeiramente menor do que o valor obtido por O’Brien (2003), em que a média alcançada para uma escala de 21itens (a versão portuguesa suprimiu 2 itens) foi de 91.70.

Ao analisar a SAS item a item verificou-se que, tal como aconteceu com a análise da PANAS em que os afetos positivos se sobrepõem aos afetos negativos, o bem-estar espiritual é elevado apesar da situação de pertença em que os cuidadores e idosos dependentes se encontram. Esta situação é claramente expressa quando os familiares cuidadores são questionados sobre a dor e a sua vivência espiritual. Neste caso 77.7% dos familiares cuidadores afirmam que a dor faz parte da sua vivência espiritual. Estes resultados poderiam induzir em níveis baixos de paz espiritual. Contudo, podemos constatar que este sentimento não se sobrepõe a necessidade de acreditar que existe uma entidade superior que os protege e que os ajuda a ultrapassar todas as dificuldades na sua vida. Quando questionados sobre a existência de um ser supremo, transcendente ou Deus, 88.3% afirmaram que existia algo que os protegia.

Relativamente a sentimentos de abandono por parte de Deus, revolta com Deus por tudo o que acontece de menos bom e ausência de transmissão de amor por parte de Deus podemos observar que os resultados se encontram discordantes com aquilo que são as crenças dos familiares cuidadores, pois em todas as perguntas os resultados de discordância com as afirmações foram superior a 70%.

Todavia, não se pode resumir espiritualidade a religiosidade. Apesar da religiosidade se encontrar associada à espiritualidade, e com a idade as crenças e fé ocuparem um lugar mais central na vida dos idosos, é a necessidade de bem-estar espiritual que impele a pessoa olhar a vida com outra perspetiva, ao exercitar virtudes e dar um novo sentido á vida, e impele-a a tentar viver mais e melhor, perdoar, orar e deixar legado às gerações futuras (Negreiros, 2003). Os nossos resultados vão de encontro aos resultados obtidos por Pinto e Pais Ribeiro (2010) em que a dimensão da espiritualidade se encontra mais acentuada em mulheres em situação de reforma, ou com idade avançada, estabelecendo relação com a dimensão vertical da espiritualidade, que se caracteriza por um movimento a direção a algo Superior, a Deus, que os protege e que os ajuda a ultrapassar as dificuldades.

O papel da espiritualidade como contributo para a satisfação com a vida, foi explorado por Wills (2009) como novo domínio de avaliação do bem-estar pessoal: a satisfação com a espiritualidade e religiosidade, ao demonstrar que mulheres e adultos acima dos 55 anos apresentam maior bem-estar pessoal. Consolidando com a relação entre espiritualidade e satisfação com a vida, Jafari et al. (2010) demonstraram que existia relação significativa entre esperança, satisfação com a vida e bem-estar espiritual, em pacientes com cancro, e que a esperança e a espiritualidade eram determinantes para o processo de aceitação da doença e para a utilização de estratégias de *coping* (Landis, 1996).

Face ao exposto, e considerando a pergunta de investigação central do nosso trabalho, podemos afirmar que existe correlação significativa e positiva entre bem-estar subjetivo e espiritualidade.

8 - CONCLUSÃO

As famílias têm responsabilidades, que são indispensáveis para a manutenção da integridade da unidade familiar e que são esperadas pela sociedade. A doença crônica de um membro na família potencia mudanças previstas e imprevistas, surgindo, no seio familiar, desafios nas diferentes tarefas, funções e papéis de todos os membros. Cuidar de uma pessoa idosa dependente em domicílio, constitui um processo individual extremamente complexo, pois encontra-se rodeado de diferentes contextos e de diferentes personalidades. O cuidado associa-se a um conjunto de fatores externos que podem desencadear *stress* e que podem influenciar a prestação de cuidados, podendo resultar num aumento ou diminuição da satisfação com a vida, e afetos positivos e negativos do familiar cuidador.

Após realização de testes de hipóteses, e procurando responder às perguntas de investigação colocadas e objetivos propostos, conclui-se que espiritualidade e bem-estar subjetivo, se encontram positiva e significativamente relacionados.

Ao tentar compreender qual o nível de satisfação com a vida dos cuidadores familiares foi constatado que, as famílias assumem sozinhas a responsabilidade de cuidar, o que condiciona os cuidados prestados ao idoso e à própria saúde do seu cuidador. Contudo, verificou-se que os familiares cuidadores apresentam níveis de satisfação com a vida neutros e níveis de espiritualidade elevados. Demonstrou-se que são as mulheres, esposas e residentes em zona rural que apresentam níveis de espiritualidade mais elevados. Variáveis sociodemográficas como a relação de parentesco com o idoso dependente, o tempo de prestação de cuidados e a religiosidade afetam o bem-estar subjetivo, dos familiares cuidadores. Verificou-se que, esposas, prestadoras de cuidados entre 2 e 6 anos apresentam níveis de afetos positivos mais elevados. A religiosidade e prática religiosa associada aumentam o nível de bem-estar subjetivo, tal como, o nível de espiritualidade. As restantes variáveis não interferiram na satisfação com a vida, nos afetos positivos e negativos e na espiritualidade.

Constatou-se ainda que, cuidar de um idoso em domicílio reflete-se numa total reorganização familiar e numa completa ocupação dos tempos livres. Estes resultados são cruciais e despertam para a necessidade de cuidar também dos cuidadores familiares, pois sem a atenção adequada e apoio necessário, emerge o risco destes também se tornarem pacientes. Alerta-se ainda, para a importância de manter os familiares cuidadores apoiados, ajudando-os desta forma a encontrar o sentido para a vida ao promover uma espiritualidade saudável.

A prática de cuidados espirituais revelam uma nova prática em enfermagem, mais dirigida a pessoa, tendo em conta as suas dimensões. A consolidação da espiritualidade como dimensão integrativa e transversal do ser humano, identifica o verdadeiro cuidar em Enfermagem, levando a uma aumento da satisfação de vida da pessoa e conseqüentemente a

ganhos em saúde. Os enfermeiros devem avaliar o estado de saúde da família, na tentativa de atingir o bem-estar do doente e da família cuidadora.

Ao longo deste estudo foi possível analisar a congruência entre autores e os resultados obtidos, relativamente à importância da espiritualidade, e da própria religiosidade como estratégia de *coping*, e o aumento da qualidade de vida e consequentemente aumento do bem-estar subjetivo. A adoção de estratégias para promover o bem-estar espiritual é determinante para elevados níveis de bem-estar subjetivo do familiar cuidador, ou seja, quanto maior o bem-estar espiritual mais elevados são os níveis de satisfação com a vida, a promoção de afetos positivos e a diminuição de afetos negativos.

Após a constatação da realidade das nossas hipóteses subscrevemos a necessidade de (re)organizar e remodelar as nossas intervenções, e transformar aquelas que são intervenções pontuais, em intervenções constantes aos familiares cuidadores. Assim, considera-se ter sido dado um contributo válido para a prestação de cuidados aos doentes, visto ter sido demonstrado por vários profissionais de saúde dúvidas relativamente à escolha do tema. Em muitas das vezes não houve conhecimento pela razão de abordar espiritualidade, confundindo-a com religiosidade, considerando que outros profissionais se encontram mais preparados na abordagem. Esta situação vem demonstrar a falta de formação neste âmbito, especialmente nos enfermeiros. Face ao exposto, considera-se fundamental a realização de estudos com enfermeiros, argumentando-se a necessidade de investir na formação da espiritualidade, como essencial para prática e para o cuidar em enfermagem. A nível internacional, esta é já uma realidade bem consolidada, sendo a espiritualidade desenvolvida sem preconceito. Contudo, esta ainda é uma realidade distante, sendo para tal necessário, o incentivo à investigação.

A análise das necessidades espirituais do familiar cuidador assumiu-se como um indicador indispensável do bem-estar da díade familiar cuidador/idoso. As intervenções aos familiares cuidadores a implementar, deverão ter em conta as estratégias por eles já utilizadas com eficácia para promoção da espiritualidade, nomeadamente a distração, a oração, a reflexão e o perdão. Promovendo estas intervenções a enfermagem terá resultados positivos como a manutenção do idoso no domicílio, associado a uma maior satisfação, menores dificuldades e maiores afetos positivos e consequentemente maior respeito pela dignidade do familiar cuidador e do idoso dependente.

Tendo em conta o envelhecimento demográfico da população portuguesa e o aumento da morbilidade causada por doenças crónicas, o reconhecimento de que os familiares cuidadores são indispensáveis na prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes a longo prazo deve constituir uma prioridade para as políticas de saúde.

Por estas razões, torna-se indispensável, a intervenção da Enfermagem na díade cuidador familiar-idoso como estratégia de reduzir o impacto provocado pela dependência do idoso, na saúde familiar, e como elemento facilitador de adaptação de ambos a realidade de dependência e cuidador, sendo ainda visível que a vantagens da promoção dos cuidados espirituais vão para além da satisfação das necessidades dos doentes, pois dado o seu valor

terapêutico a sua promoção poderá trazer benefícios a nível económico e social. Com efeito, diversos estudos têm vindo a demonstrar que as práticas espirituais diminuem a ansiedade, aumentam a longevidade e a capacidade de adaptação da pessoa e reduzem custos com o recurso a fármacos.

A realização deste estudo resultou para a investigadora principal, alegria e desenvolvimento da sua própria espiritualidade. Com o seu fim, surge o sentimento de trabalho cumprido e a vontade de reiniciar e percorrer novos caminhos.

A dificuldade na aproximação às instituições da RNCCI e conseqüentemente aos familiares cuidadores, com o tempo a escassear, marcou indubitavelmente o desenvolvimento da investigação e, por isso, foram tomadas algumas opções, de modo a atingir os objetivos propostos. Os objetivos foram atingidos e as questões iniciais respondidas. Todavia, é pertinente sugerir que, em trabalhos futuros se expandisse o âmbito do estudo, sugerindo-se investigação a familiares cuidadores de pessoas em situação de demência, e a familiares cuidadores de pessoas em situação de fim de vida, de modo a ser explorado as variáveis que, condicionam a vivência de uma espiritualidade saudável, diminuindo o bem-estar da pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Organization of Nurse Executives (2005)- **AONE Guiding Principles- For the role of the nurse in future patient care delivery** . Chicago : American Organization of Nurse Executives.
- Albuquerque, I.; Lima, M. (2007) - Personalidade e bem estar subjectivo: Uma abordagem com os projectos pessoais.. **Psicologia.pt- o portal dos Psicólogos** [on line] Disponível em: http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0373.
- Almeida, A. (2010)- **Prática desportiva, Bem-estar subjectivo e Auto-percepções físicas em idosos**. Porto: Dissertação de mestrado em Ciências do Desporto apresentada na Universidade do Porto.
- American Association of Critical-Care Nurses (2009)- **Handing off critically ill patients to family caregivers: What are your best practices?** Columbia: Critical Care Nurse. Vol. 29.
- Andrade, F. (2009). **O cuidado informal à pessoa idosa em contexto domiciliário: Necessidades educativas do cuidador principal**. Braga: Dissertação de mestrado em Ciências de Educação apresentada na Universidade do Minho.
- Aranjo-Lasprilla, J.; Plaza, S.; Drew, A. (2010)- Family needs and psychosocial functioning of caregivers of individuals with spinal cord injury. **NeuroRehabilitation**. Vol. 27, pp. 83-93.
- Araújo, I. (2010)- **Cuidar da família com um idoso dependente: Formação em enfermagem**. Porto: Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Araújo, I.; Paúl, C.; Martins, M. (2008)- Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: do hospital à comunidade- um desafio. **Referência**. Vol. 7, pp. 43-53.
- . 2009. Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida. **Ciência, Cuidado e Saúde**. 2009, Vol. 8, pp. 191-197.
- Bevis, O; Watson, J. (2005)- **Rumo a um curriculum de cuidar: Uma nova pedagogia para a enfermagem**. Loures : Lusociencia. ISBN: 972-8383-98-3.
- Brito, L. (2002)- **A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos**. Coimbra : Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-19-9.
- Caldeira, S. (2011)- **Espiritualidade no cuidar: um imperativo ético**. Lisboa : Coisas de ler. ISBN 978-989-8218-63-6.
- Caldeira, S. (2009)- Cuidado espiritual- rezar como intervenção de enfermagem. **Cuid`art enfermagem**, pp. 157-159.
- Caldeira, S.; Carvalho, E.; Vieira, M. (2014)- Entre o bem-estar espiritual e a angústia espiritual: possíveis fatores relacionados a idosos com cancro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem (Janeiro-Fevereiro, 2014)**. Vol. 1.
- Carneiro, R.; Chau, F.; Soares, C.; Fialho, J.; Sacadura, M. (2012)- **Envelhecimento da população: Dependência, Activação e Qualidade**. Lisboa: Relatório final do centro de estudos dos povos e culturas de expressão portuguesa da Faculdade Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa.
- Carstensen, L. (1995)- Evidence for a Life-Span Theory of Socioemotional Selectivity. **Current Directions in Psychological Science**, pp. 151-156.
- Centre for Reviews and Dissemination (2009)- **Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care**. University of York : York Publishing Services Ltd. ISBN 978-1-900640-47-3.

- Collière, M. (1999)- **Promover a vida**. Lisboa : LIDEL. ISBN 972-757-109-3.
- Debout, C. (2012) – Méthodologie quantitative et études descriptives simples. **SOINS**, Vol. 768, pp. 55-60.
- Deodato, S. (2012)- **Direito da Saúde**. Coimbra : Edições Almedina. ISBN 9789724047508
- . 2008- **Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade**. Coimbra: Edições Almedina. ISBN 978-972-40-3401-0
- Diener, E. (2000)- Subjective Well-Being: the science of happiness and proposal for a national index. **American Psychologist**, pp. 34-43.
- Diener, E.; Emmons, R.; Larsen, R.; Griffin, S. (1985)- The Satisfaction With Life Scale. **Journal of Personality Assessment** , pp. 71-75.
- Diener, E. & Kesebir, P. (2013)- **A Virtuous Cycle: The Relationship Between Happiness and Virtue**. Nova Iorque : Routledge.
- Diener, E.; Oishi, S.; Lucas, E. (2003)- Personality, culture and subjective wellbeing: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. **Annual Review of Psychology**, pp. 403-425.
- Diener, E. & Ryan, K. (2009)- Subjective Well-Being: A General Overview. **South African Journal of Psychology**, pp. 391-406.
- Diener, E.; Suh, E.; Lucas, R.; Smith, H. (1999)- Subjective Well Being: their decades of progress. **Psychological Bulletin**. Vol, 125, pp. 276-302.
- Diener, E.; Suh, E.; Oishi, S. (1997)- Recent findings in subjective well-being. **Indian journal of clinical psychology**, pp. 25-41.
- Direção Geral da Saúde (2010)- **Evolução dos Indicadores do PNS 2004-2010**. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2012)- **Plano Nacional de saúde 2012-2016: versão completa**. Lisboa: Direção Geral de saúde.
- Direção Geral da Saúde (2004)- **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2010)- **Elementos estatísticos: Informação Geral de Saude**. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ellis, P. (2013) - **Understanding Research for Nursing Students**. Londres: SAGE publications. ISBN 978-1-44626-761-5
- Ferreira, S. (2002)- **O prestador informal de cuidados à pessoa idosa alvo de apoio domiciliário integrado: uma análise exploratória como suporte à garantia da efetividade de um programa de promoção da Saúde**. Lisboa: Dissertação de mestrado apresentado na Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- Figueiredo, D.; Sousa, L. (2008)- Perceção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 2008, Vol. 26, pp. 15-23.
- Galinha, I. & Pais-Ribeiro, J. (2005)- História e evolução do conceito de Bem-estar subjetivo. **Psicologia, Saúde e Doenças**, pp. 203-214.
- Gan, C.; Gargaro, J.; Brandys, C.; Gerber, G.; Boschen, K. (2010)- Family caregivers' support needs after brain injury: A synthesis of perspectives from caregivers, programs, and researchers. **NeuroRehabilitation**. IOS Press, Vol. 27, pp. 5-18.
- Govier, I. (2000)- **Spiritual care in nursing: a systematic approach**. Nursing standard, pp. 32-36.

- Grove, S.; Burns, N.; Gray, J. (2013)- **Practice of Nursing Research**. Missouri: Elsevier Saunders, 2013. ISBN 978-1-455-70736-2.
- Hesbeen, W. (2001)- **Qualidade em Enfermagem- pensamento e ação na perspectiva do cuidar**. Loures : Lusociencia. ISBN 972-8383-20-7.
- Hill, M. & Hill, A. (2012)- **Investigação por questionário**. Lisboa : Edições Silabo. ISBN 978-972-618-273-3.
- Instituto Nacional Estatística (2011)- **Censos 2011 - Resultados Provisórios**. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jafari, E.; Najafi, M.; Sohrabi, F.; Dehshiri, G.; Soleymani, E.; Heshmati, R. (2010)- Life satisfaction, spirituality well-being and hope in cancer patients. **Procedia Social and Behavioral Sciences**, pp. 1362-1366.
- Kim, S.; Reed, P.; Hayward, R.; Kang, Y.; Koenig, H. (2011)- Spirituality and Psychological Well-Being: Testing a theory of family interdependence among family caregivers and their elders. **Research in nursing and health**. Vol. 34, pp. 103-115.
- Kim- Prieto, C. & Diener, E. (2009)- Religion as a source of variation in the experience of positive and negative emotions. *Journal of Positive Psychology*, pp. 447-460.
- Kim, S. (2008)- **Interdependence of spirituality and well-being among korean elders and family caregivers**. Arizona: Dissertação de doutoramento em Filosofia apresentado na Universidade de Arizona.
- Kwon, S. (2008)- Well-being and Spirituality from a Korean Perspective: Based on the Study of Culture and Subjective Well-being. **Pastoral Psychol**, pp. 573-584.
- Lage, M. (2007)- **Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal**. Porto: Tese de dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem apresentado ao Instituto de Ciências Biomedicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Landis, B. (1996)- Uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adjustment to chronic illness. **Mental Health Nursing**, pp. 217-321.
- Lawler-Row, K. & Elliot, J. (2009)- The role of religious activity and spirituality in the health and well-being of older adults. **Journal of Health Psychology**, pp. 43-52.
- Lee, E. (2007)- Religion and Spirituality as predictors of Well-Being among Chinese American and Korean American older adults. **Journal of Religion, Spirituality & Aging**, pp. 77-100.
- Lee, H.; Vlaev, I.; King, D.; Mayer, E.; Darzi, A.; Dolan, P.(2013)- Subjective well-being and the measure of quality in healthcare. **Social Science e Medicine**, pp. 27-34.
- Lima, A.; Silva, H.; Galhardoni, R .(2008)- Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Comunicação, Saúde, Educação**, pp. 795-807.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y., & Diener, E. (2003). Re-examining adaptation and the setpoint model of happiness: Reactions to changes in marital status. **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol. 84, 527-539.
- Marques, P. & Vieira, M. (2007)- Princípios éticos gerais no agir em enfermagem: condicionamentos às intervenções de enfermagem promotoras de dignidade das pessoas em fim de vida, internadas em unidades de cuidados intensivos. **Bioethikos**. Centro Universitário de São Camilo, Vol. 2, pp. 45-55.

Marques, R. & Dixe, M. (2010)- Dificuldades dos cuidadores de doentes dependentes. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**. (abril 2010), Vol. 1, pp. 487-497. acedido através do RCAAP.

Marques-Vieira, C; Roldão, L; José, H. (2012). **Sobrecarga dos Cuidadores Familiares do Idoso: Necessidades em Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Trabalho apresentado na 2ª Conferência Internacional Sobre Enfermagem Geriátrica, In- Livro de atas do 2º Congresso Nacional da CIEG.

Martín-Caro, C. & Martín, M. (2001)- **Historia de la enfermería- Evolución historica del cuidado enfermero**. Madrid : Harcourt. ISBN 978-84-8174-546-7.

Martins, T. (2006)- **Acidente Vascular Cerebral, Qualidade de Vida e Bem-Estar de doentes e Familiares Cuidadores**. Coimbra : Formasau. ISBN 972-8485-65-4.

Molzahn, A. & Shields, L. (2008)- Why is it so hard to talk about spirituality? **Canadian Nurse**, pp. 25-29.

Moniz, J. (2003)- **A enfermagem e a pessoa idosa**. Loures : Lusociencia. ISBN 972-8383-49-5.

Monod, S.; Rochat, E.; Büla, C.; Jobin, G.; Martin, E.; Spencer, B. (2010)- The spiritual distress assessment tool: an instrument to assess spiritual distress in hospitalised elderly persons. **BioMed Central Geriatrics**, pp. 01-09.

National Alliance for Caregiving (2010)- **Care for the family caregiver: a place to start**. [Online] março 2010. [Cited: março 08, 2014.] http://www.caregiving.org/data/Emblem_CfC10_Final2.pdf.

Negreiros, T. (2003)- Espiritualidade: desejo de eternidade ou sinal de maturidade?. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, pp. 275-291.

Neves, M. (2011)- Prefacio. [book auth.] S. Caldeira. **Espiritualidade no cuidar**. Lisboa : Coisas de Ler. ISBN 978-989-8218-63-6.

Neves, M. (2001)- A bioética de ontem, hoje e amanhã- interpretação de um percurso. In. Archer, L. **Novos desafios à Bioética**. Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-06036-0.

Nunes, L. (2003)- **Um olhar sobre o ombro- enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 978-972-8383-60-2.

O'Brien, M E. (2011)- **Spirituality in Nursing: Standing on Holy Ground**. Canada : Jones and Bartlett Publishers. ISBN 978-0-7637-9650-1.

Oliveira, B.; Garanhani, M.; Garanhani, M. (2011) Cuidador de pessoa com acidente vascular encefálico-necessidades, sentimentos e orientações recebidas. **Ata Paulista de Enfermagem**. Vol. 1, pp. 43-49.

Ordem dos Enfermeiros (2010)- **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. [Online] Ordem dos Enfermeiros, outubro 06, 2010. [Cited: maio 21, 2012.] <http://www.ordemenfermeiros.pt/projetos/Paginas/ClassificacaoInternacionalPraticaEnfermagem.aspx>.

—(2001)- **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem**. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros.

—(2002)- **Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos**. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros.

Otta, E. & Fiquier, J. (2004)- Bem estar subjetivo e regulação de emoções. **Psicologia em revista**, pp. 144-149.

Oupra, R.; Griffiths, R.; Mott, S. (2010)- Effectiveness of Supportive Educative Learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand. **Health Socare Community**. 1, 2010, Vol. 18, pp. 10-20.

Pais-Ribeiro, J. & Cummins, R. (2008)- **O bem estar pessoal: estudo da validação da versão portuguesa da escala**. Lisboa : ISPA. Atas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde. pp. 505-508.

Panzini, R., Rocha, N.; Bandeira, D.; Fleck, M. (2007)- Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista psicologia clinica**, pp. 105-115.

Pashak, T. & Laughter, T. (2012)- Mensuring service-mindedness and its relationship with spirituality and life satisfaction. **College Student Journal**, pp. 183-192. Paúl, M. (1997)- **Lá Para o fim da Vida- idosos, família e meio ambiente**. Coimbra : Edições Almedina, 1997. ISBN 978-972-4010-00-7.

Pavot, W. & Diner, E. (1993)- Review of the Satisfaction with Life Scale. **Psychological Assessment**, pp. 164-172.

Pavot, W., Diener, E.; Colvin, CR.; Sandvik, E. (1991)- Further validation of the satisfaction with life scale: evidence for the cross-methods convergence of well-being measures. **Journal of Personality Assessment**, pp. 149-161.

Pesut, B. (2002)- The development of nursing students`spirituality and spiritual care-giving. *Nurse Education Today*, pp. 128-135.

Petronilho, F. (2007)- **Preparação do regresso a casa**. Coimbra : Formasau, 2007. ISBN 978-972-8485-91-7.

Pimenta, S. (2010)- **A enfermagem e o sofrimento espiritual do doente em fase final de vida**. Porto: Dissertação de mestrado em Bioética apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Pinto, C. & Pais-Ribeiro, J. (2010)- Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, pp. 49-56.

Portela, L. (2013)- **Ser espiritual; da evidência à ciência**. Lisboa : Gradiva, 2013. 978-989-616-535-2.

Pressler, S., Gradus-Pizlo I.; Chubinski, SD.; Smith, G.; Wheeler, S; Wu, J.; Sloan R. (2009)- Family caregiver outcomes in heart failure. **American Journal of Critical Care**. Vol. 18, pp. 149-159.

Puchalski, C. (2001)- The role of spirituality in health care. **Baylor University Medical Center**, pp. 352-357.

Renaud, I. (2010)- O cuidado em Enfermagem. **Pensar enfermagem**, pp. 2-8.

Renaud, M. (2008)- Do espírito à espiritualidade. In Biscaia, J.; Renaud, I.; Renaud, M. **A que pais têm os filhos direito**. Coimbra : Gráfica de Coimbra. ISBN 978-972-6034-39-1

Roldão, L.; Alves, J.; Lopes, V.; Marques-Vieira, C.; José, H.; Deodato, S. (2013). **Direito da Pessoa à Informação – Revisão do Regime Constitucional da Saúde**. Viseu: Trabalho apresentado em 2º Congresso Nacional da ACEPS, In Revista Servir- Resumos, Atas e Comunicações do 2º Congresso Nacional da ACEPS.

Roldão, L.; Marques-Vieira, C.; José, H. (2013)- **Espiritualidade e Bem-Estar Subjetivo em cuidadores familiares: Revisão Sistemática da Literatura**. Lisboa : Trabalho apresentado na 3ª Conferência Internacional Sobre Enfermagem Geriátrica, In- Livro de atas do 3º Congresso Internacional da CIEG

Rykkje, L.; Eriksson, K.; Raholm, M. (2012)- Spirituality and caring in old age and the significance of religion – a hermeneutical study from Norway. **Canadian Journal of Caring Sciences**, pp. 275–284.

Sarmiento, E.; Pinto, P.; Monteiro, S. (2010)- **Cuidar do Idoso- dificuldades dos cuidadores**. Coimbra : Formasau. ISBN 978-989-8269-14-0.

Schulz, R. & Beach, SR. (1999)- Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *Journal of the American Medical Association*. Vol. 282, pp. 2215-2219.

Seco, G.; Pereira, I.; Dias, I.; Casimiro, M.; Custódio, S. (2005)- Para uma abordagem psicológica da transição do ensino secundário para o ensino superior: Pontes e Alçapões. **Psicologia e Educação**, Vol. IV, pp. 07-21

Sequeira, C. (2010)- **Cuidar de idosos com dependência física e mental**. Lisboa : Lidel. ISBN 978-972-757-717-0.

—(2007)- **Cuidar de idosos dependentes**. Coimbra : Quarteto Editora. ISBN 978-989-558-092-7.

Siqueira, M. & Padovam, V (2008)- Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e de bem-estar no trabalho. **Psicologia: teoria e pesquisa**, pp. 201-209.

Silva, I.; Oliveira, M.; Silva, S.; Polaro, S.; Radunz, V.; Santos, E.; Santana, M. (2009)- Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. São Paulo: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, pp. 697-703.

Silva, C. (2012)- **Espiritualidade e religiosidade das pessoas idosas: Consequências para a saúde e bem-estar**. Lisboa : Dissertação de doutoramento apresentada ao Instituto Ciências da saúde, Universidade Católica Portuguesa.

Simões, A. (2006)- **A nova velhice- um novo público a educar**. Porto : Ambar. 978-972-4310-59-6.

Simões, A.; Lima, M.P.; Vieira, C.; Ferreira, J. A; Oliveira, Albertina L.; Neto, F. F. M; Ruiz, F.; Cardoso, A. P; Felizardo, S.; Sousa (2006)- Promover o bem estar dos idosos: um estudo experimental. **Psicologia, Educação e Cultura**, pp. 115-131.

Simões, A.; Ferreira, J. A; Lima, M.P.; Pinheiro, M. R; Vieira, C.; Matos, A., P; Oliveira, Albertina L. (2000)- O bem-estar subjetivo: estado atual dos conhecimentos. **Psicologia, Educação e Cultura**, pp. 243-279.

Simões, M. (2010)- **Exercício físico e felicidade**. Porto : Dissertação de mestrado em ciências do desporto apresentada na Universidade do Porto.

Selli, L. & Alves, J. (2007)- O cuidado espiritual ao paciente terminal no exercício da enfermagem e a participação da bioética. **Centro Universitario São Camilo**, pp. 43-52.

Taylor, E. (2003)- Nurses caring for the spirit: Patients with cancer and family caregiver expectations. **Oncology nursing forum**, pp. 585-590.

Vahia, I.; Depp, CA.; Palmer, BW.; Fellows, I.; Golshan, S.; Thompson, W.; Allison, M.; Jeste, DV. (2010)- Correlates of spirituality in older women. **Aging and Mental Health**, pp. 97-102.

Veenhoven, R. (2005)- Is life getting better? How long and happily do people live in modern society?. **European Psychologist**, pp. 330-343.

Verissimo, C. (2004)- **Cuidar do idoso dependente em contexto comunitario**.

Watson, D. & Clark, A. (1994)- **The PANAS-X: Manual for the Positive and Negative Affect Schedule - Expanded Form**. Iowa : The University of Iowa.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegan, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. **Journal of Personality and Social Psychology**, 54(6), 1063–1070.

Watson, J. (2002)- **Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem**. Loures : Lusociencia, 2002. 972-8383-33-9.

Weaver, A. & Flannelly, K. (2004)- The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers. **Southern Medical Association**, pp. 1210-1214.

Williams, M., Donnelly, JP.; Holmlund, T.; Battaglia, M. (2008)- Amyotrophic Lateral Sclerosis: Family caregiver needs and quality of life. **Informa Health Care**. 2008, Vol. 9, pp. 279-286.

Wills, E. (2009)- Spirituality and Subjective Well-Being: Evidences for a New Domain in the Personal Well-Being Index. **Journal Happiness Stud**, pp. 49-69.

Wirtz, D.; Chiu, C.; Diener, E.; Oishi, S. (2009)- What constitutes a good life? Cultural differences in the role of positive and negative affect in subjective well-being. **Journal of Personality**, pp. 1167-1196.

Wittington, B. & Scher, S. (2010)- Prayer and subjective well-being: An examination of six different types of prayer. **International Journal for the Psychology of Religion**, pp. 59-68.

Wood, J. & Ross-Kerr, J. (2011) – **Basic Steps in Planning Nursing Research: From Question to Proposal**. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers. ISBN 978-0-7637-7179-9.

Wright, L. & Leahey, M. (2002)- **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. São Paulo : Roca. ISBN 978-857-2417-74-7.

Yoon, D. (2006)- Factors affecting subjective well-being for rural elderly individuals: The importance of spirituality, religiousness, and social support. **Journal of religion & spirituality in social work**, pp. 59-75.

APÊNDICE 1

INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Mestrado em Enfermagem Avançada

Instituto Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa

Por favor, dê a sua opinião o mais fielmente possível. Todas as respostas estarão corretas, não existindo respostas mais ou menos desejáveis. É muito importante que preencha todo o questionário, pela ordem que se encontra. Todas as opiniões são válidas, pelo que em caso de hesitação, dê a resposta que mais se assemelha à sua forma de agir, pensar ou sentir.

O questionário é confidencial e os dados recolhidos serão apenas utilizados neste trabalho de investigação.

O questionário demora cerca de 20 minutos a ser completado.

Muito obrigado pela sua disponibilidade e colaboração.

1- Questionário Sócio-Demográfico

As questões que se seguem deverão ser respondidas o mais breve possível no espaço marcado na folha ou com uma cruz (X) dentro do quadrado que mais se ajusta ao seu caso.

Idade: _____ anos

Género: Masculino

Feminino

Situação conjugal:

Solteiro (a)

Casado (a) / união de facto

Divorciado (a) / separado (a)

Viúvo (a)

Há quanto tempo presta cuidados: _____

Relação com a pessoa: _____

Profissão: _____

Local de residência:

Predominantemente rural

Predominantemente urbana

2- Escala de Satisfação com a Vida (Satisfaction With Life Scale de Diner et al., 1985; versão portuguesa de Simões, 1992)

Esta escala apresenta cinco frases com as quais pode concordar ou discordar. A sua opinião pode variar entre Discordo muito ou Concordo muito, marcando com uma cruz (X) a resposta que mais se adequa a si.

	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo, nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito
1 - A minha vida parece-me em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.					
2 - As minhas condições de vida são muito boas.					
3 - Estou satisfeito (a) com a minha vida.					
4 - Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.					
5 - Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada					

3 – Escala de Afetos Positivos e de Afetos Negativos (Watson, Clark e Tellegen, 1988; versão portuguesa de Simões, 1993)

De seguida encontra uma lista de sentimentos e emoções. Indique o quanto experienciou esses sentimentos e emoções. Por favor, marque uma cruz (X) no quadrado que melhor reflete a sua resposta.

	Muito pouco ou nada	Um pouco	Assim, assim	Muito	Muitíssimo
1- Interessado					
2- Aflito					
3- Estimulado (animado)					
4- Aborrecido					
5- Forte					
6- Culpado					
7- Assustado					
8- Hostil (inimigo)					
9- Entusiasmado (arrebatado)					
10- Orgulhoso					
11- Irritável					
12- Atento					
13- Envergonhado					
14- Inspirado					
15- Nervoso					
16- Decidido					
17- Atencioso					
18- Agitado					
19- Ativo					
20- Medroso					
21- Emocionado					
22- Magoado					

4- Escala de Avaliação Espiritual (O'Brien1982, versão portuguesa de Rego, 2007)

Esta escala apresenta frases que identificam a sua crença pessoal. A sua opinião pode variar entre Concordo Totalmente ou Discordo Totalmente, marcando com uma cruz (X) a resposta com que mais se identifica.

	Concordo Totalmente	Concordo	Indeciso	Discordo	Discordo Totalmente
1- Existe um ser supremo, ou Deus, criador da humanidade que se preocupa com as suas criaturas.					
2- Sinto-me em paz com Deus.					
3- Acredito que Deus toma conta de mim.					
4- As minhas crenças espirituais dão-me força e conforto.					
5- Acredito que Deus se interessa por todos os aspetos da minha vida.					
6- Confio o futuro a Deus.					
7- O meu espiritual dá-me uma imagem positiva de mim e dos outros, enquanto membros de uma família.					
8- Pertencer a uma igreja ou grupo espiritual é importante para a minha vida.					
9- Sinto-me mais forte quando participo em cerimónias religiosas.					
10- Para além de participar em cerimónias religiosas, sinto-me feliz por participar em serviços de voluntariado e em outras atividades.					
11- Sinto-me apoiado por familiares e amigos que partilhem as minhas crenças religiosas.					
12- Sinto-me confortado e apoiado na partilha espiritual com um membro da Igreja ou um amigo, por exemplo.					

13- A oração em privado fortalece o meu relacionamento com Deus.					
14- A leitura e reflexão sobre assuntos religiosos ou espirituais ajudam-me a falar com Deus.					
15- A dor faz parte da minha vivência espiritual.					
16- Sinto-me “longe” de Deus.					
17- Sinto-me revoltado com Deus por permitir que aconteçam “coisas más” a mim ou às pessoas de quem gosto.					
18- Sinto que perdi o amor de Deus.					
19- Não acredito ser possível receber o amor de Deus.					

APÊNDICE 2

PEDIDO PARA REALIZAÇÃO DE COLHEITA DE DADOS



Nossa Referência
ICS/162/2013

Data de Expedição
2013-03-19

ASSUNTO: Pedido para realização de colheita de dados

Exmo. Senhor,

O Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa vem por este meio, solicitar a V. Ex.cia autorização para que a aluna Liliana Isabel Faria Roldão, do Mestrado em Enfermagem – Especialidade de Enfermagem Avançada, portadora do Cartão de Cidadão nº 13021955, residente na Rua António Sérgio, Lote 15 - R/C Esq., Pinhal Novo, 2955-041 Pinhal Novo, possa realizar a colheita de dados para o estudo académico com vista à obtenção do grau de Mestre, cujo projeto intitulado: “Espiritualidade e bem-estar subjetivo em familiares cuidadores”, foi aprovado pelo Conselho Científico do ICS.

Da recolha de dados a fazer junto dos familiares cuidadores dos utentes dessa Instituição, não resultará quaisquer encargos, financeiros ou outros, para a Instituição, sendo garantido o anonimato dos intervenientes que voluntariamente aceitem participar no estudo.

A recolha dos dados será realizada em data a definir posteriormente.

Agradecendo desde já o tempo dispensado por parte de V. Ex.cia, ficamos a aguardar resposta tão breve quanto possível.

Estamos disponíveis para outros esclarecimentos.

Com os meus melhores cumprimentos,

Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas
Diretor

RESUMO

Objetivo: Explorar a relação existente entre espiritualidade e bem-estar subjetivo em familiares cuidadores de idosos com dependência física.

Contextualização: Numa época de elevado desenvolvimento médico-científico, e em que se reconhece que o crescente progresso da tecnociência na saúde trouxe inúmeros benefícios para a humanidade, a instrumentalização do cuidar não seguiu os mesmos passos. A pessoa incorre no risco de ser tratada como um mero objeto instrumentalizado, devido a um elevado tecnicismo de reduzidos valores e baixo sentido de dignidade humana.

O paradigma holístico nos cuidados de saúde, que pressupõe uma visão global da pessoa, referente às dimensões física, social, cultural, psicológica e espiritual, é uma forma de humanizar os cuidados, para além de, a sua não concretização ou desrespeito ser considerado um ato incongruente com o Ser Enfermeiro.

Material e Métodos: Desenvolvimento de um estudo quantitativo correlacional, aplicando numa amostra de cuidadores familiares de idosos com dependência física, sendo aplicados as versões validadas e adaptadas à população portuguesa da *Escala de Satisfação com a Vida* (SWLS), da *Escala de Afeto Positivo e de Afeto Negativo* (PANAS) e da *Escala de Avaliação Espiritual* (SAS).

Resultados: Alguns estudos revelam que a satisfação de vida correlaciona-se positivamente com experiências espirituais e essas experiências foram ainda relacionadas positivamente com o propósito de vida. Contudo, as especificidades destas relações ainda não são conhecidas.

Conclusões: De acordo com a evidência científica, a inclusão da espiritualidade nos cuidados, representa inquestionáveis ganhos na qualidade de vida para a pessoa. Todavia, a relação existente entre Satisfação com a Vida e Espiritualidade requer ainda muito aprofundamento e despertar para uma problemática de elevado cariz ético, científico e social

Palavras-Chave: Familiar Cuidador; Bem-Estar Subjetivo; Espiritualidade; Enfermagem.

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Espiritualidade e Bem-Estar Subjetivo dos Familiares cuidadores

No âmbito da tese do Mestrado em Enfermagem Avançada, a decorrer na Universidade Católica Portuguesa, Eu, mestranda Liliana Roldão, sob orientação da Professora Doutora Helena José, encontro-me a desenvolver um trabalho de investigação sobre a influência da Espiritualidade sobre o Bem-Estar Subjetivo, em familiares cuidadores de idosos com dependência física.

Este tema é bastante atual e pertinente, não só pelo significativo aumento da população idosa, como também pela importância de se estudar as necessidades espirituais daqueles que prestam cuidados informais.

Esta investigação permitirá conhecer a relação existente entre espiritualidade e bem-estar subjetivo em familiares cuidadores de idosos com dependência física e compreender a relação entre espiritualidade e Bem-Estar Subjetivo na sua orientação e intensidade.

De modo a realizar esta investigação pedimos a sua colaboração.

A participação é voluntária, não havendo qualquer prejuízo para quem não participe.

As respostas são anónimas e absolutamente confidenciais.

Não existem respostas certas ou erradas, devendo responder o mais sinceramente possível. Para as respostas terem valor científico devem refletir a sua realidade interior.

A sua colaboração no presente estudo não apresenta qualquer tipo de risco para si ou para outros e será um contributo para o progresso da investigação em Enfermagem.

A sua participação é livre e voluntária, pelo que o seu consentimento poderá ser retirado a qualquer momento, sem haver nenhuma alteração no estudo. Caso deseje pode desistir em qualquer momento.

Os dados servem meramente para fins estatísticos, sendo que os resultados da investigação apenas se destinam a objetivos científicos.

Ao assinar este formulário de consentimento não irá comprometer nenhum dos seus direitos legais, nem afastar os investigadores das suas responsabilidades legais e profissionais.

Afirmação do Consentimento

Eu, _____ reconheço que a investigação acima descrita me foi explicada e que todas questões que surgiram me foram esclarecidas. Sei que em qualquer momento posso colocar questões sobre o estudo.

Possuo uma cópia do presente documento e foi-me explicado que não existem riscos na participação do estudo e que os dados serão guardados confidencialmente e que nenhuma informação será transmitida ou publicada revelando a minha identidade, sem existir o meu consentimento livre e esclarecido, por escrito.

Foi-me explicado ainda que em qualquer momento me poderei retirar do estudo, sem que, em nenhum momento, a qualidade dos cuidados prestados ao meu familiar sejam afetados.

Pelo que foi explicado no presente, eu consinto livremente em participar no estudo.

Nome e assinatura do participante:

Nome e assinatura do investigador:

Data: _____

Se tiver alguma questão, pode comunicar por telefone com Liliana Roldão para o telem.916570226.

