

INALDO KLEY DO NASCIMENTO MORAES
PATRÍCIA GONÇALVES DE FREITAS
ORGANIZADORES

Ciências da Saúde:

PESQUISAS E PRÁTICAS MULTIDISCIPLINARES



2022

INALDO KLEY DO NASCIMENTO MORAES
PATRÍCIA GONÇALVES DE FREITAS
ORGANIZADORES

Ciências da Saúde:

PESQUISAS E PRÁTICAS MULTIDISCIPLINARES



2022

2022 by Editora e-Publicar
Copyright © Editora e-Publicar
Copyright do Texto © 2022 Os autores
Copyright da Edição © 2022 Editora e-Publicar
Direitos para esta edição cedidos à Editora e-Publicar pelos
autores

Editora Chefe

Patrícia Gonçalves de Freitas

Editor

Roger Goulart Mello

Diagramação

Dandara Goulart Mello

Lidiane Bilchez Jordão

Roger Goulart Mello

Projeto gráfico e Edição de Arte

Patrícia Gonçalves de Freitas

Revisão

Os autores

**CIÊNCIAS DA SAÚDE: PESQUISAS E PRÁTICAS MULTIDISCIPLINARES,
VOLUME 1.**

Todo o conteúdo dos capítulos, dados, informações e correções são de responsabilidade exclusiva dos autores. O download e compartilhamento da obra são permitidos desde que os créditos sejam devidamente atribuídos aos autores. É vedada a realização de alterações na obra, assim como sua utilização para fins comerciais.

A Editora e-Publicar não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

Conselho Editorial

Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade Federal de Santa Catarina

Alessandra Dale Giacomini Terra – Universidade Federal Fluminense

Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Andrelize Schabo Ferreira de Assis – Universidade Federal de Rondônia

Bianca Gabriely Ferreira Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Cristiana Barcelos da Silva – Universidade do Estado de Minas Gerais

Cristiane Elisa Ribas Batista – Universidade Federal de Santa Catarina

Daniel Ordane da Costa Vale – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes

Dayanne Tomaz Casimiro da Silva - Universidade Federal de Pernambuco

Deivid Alex dos Santos - Universidade Estadual de Londrina

Diogo Luiz Lima Augusto – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Edilene Dias Santos - Universidade Federal de Campina Grande

Edwaldo Costa – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Elis Regina Barbosa Angelo – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Ernane Rosa Martins - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás

Fábio Pereira Cerdera – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Francisco Oricelio da Silva Brindeiro – Universidade Estadual do Ceará



2022

Glaucio Martins da Silva Bandeira – Universidade Federal Fluminense
Helio Fernando Lobo Nogueira da Gama - Universidade Estadual De Santa Cruz
Inaldo Kley do Nascimento Moraes – Universidade CEUMA
Jesus Rodrigues Lemos - Universidade Federal do Delta do Parnaíba
João Paulo Hergesel - Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Jordany Gomes da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Jucilene Oliveira de Sousa – Universidade Estadual de Campinas
Luana Lima Guimarães – Universidade Federal do Ceará
Luma Mirely de Souza Brandão – Universidade Tiradentes
Marcos Pereira dos Santos - Faculdade Eugênio Gomes
Mateus Dias Antunes – Universidade de São Paulo
Milson dos Santos Barbosa – Universidade Tiradentes
Naiola Paiva de Miranda - Universidade Federal do Ceará
Rafael Leal da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Rita Rodrigues de Souza - Universidade Estadual Paulista
Rodrigo Lema Del Rio Martins - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Willian Douglas Guilherme - Universidade Federal do Tocantins

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

C569 Ciências da saúde [livro eletrônico] : pesquisas e práticas multidisciplinares: volume 1 / Organizadores Inaldo Kley do Nascimento Moraes, Patrícia Gonçalves de Freitas. – Rio de Janeiro, RJ: e-Publicar, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5364-090-0

1. Ciências da saúde – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde pública.
I. Moraes, Inaldo Kley do Nascimento. II. Freitas, Patrícia Gonçalves de.

CDD 617.5547

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora e-Publicar

Rio de Janeiro, Brasil

contato@editorapublicar.com.br

www.editorapublicar.com.br



2022

CAPÍTULO 1

PROGRAMA DE INFORMAÇÃO AOS CUIDADORES INFORMAIS

Ana Mateus Silva
Cláudia Paixão

There are only four kinds of people in this world: those who have been caregivers; those who currently are caregivers; those who will be caregivers and those who will need caregivers. (CARTER, apud PAIXÃO, 2017, p. 25)

RESUMO

Abordamos neste artigo a importância da realização de visitas domiciliárias e a forma como a implementação de um programa de informação em contexto de domicílio podem influenciar o desenvolvimento de competências no cuidador informal. Apresentamos alguns dados da investigação realizada em 2014, em que foi utilizada uma metodologia na componente da ação e que consistiu na realização de um conjunto de sessões em contexto de domicílio com os cuidadores informais. Pretendeu-se com esta estratégia expor os cuidadores a um conjunto de informações e intervenções planeadas de acordo com as suas necessidades previamente avaliadas. O programa foi aplicado a seis cuidadores do distrito de Portalegre, com familiares acompanhados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano. Durante o estudo foram realizadas oito sessões, com a duração de 60/90 minutos cada, em contexto de domicílio, no decorrer das quais os cuidadores foram expostos a um conjunto de informações. Foram ainda utilizados instrumentos de recolha de dados de natureza quantitativa (Questionários de Perfil do Cuidadores Informais e de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal-QASCI) e qualitativa (entrevistas semiestruturadas). Após a realização do estudo foi possível verificar que as visitas domiciliárias são uma estratégia de ação eficaz de intervenção e transmissão de informação influenciando de uma forma positiva o desenvolvimento de competências sociais no cuidador informal.

PALAVRAS-CHAVE: Programa de informação; Competências Sociais; Cuidador Informal; Visita Domiciliária.

INTRODUÇÃO

Portugal à semelhança de outros países tem registado profundas alterações na estrutura etária da população e o agravamento do envelhecimento demográfico vai manter-se, e prevê-se a sua estabilização daqui a cerca de 40 anos. O número de jovens vai diminuir de 1,5 para 0,9 milhões; há uma diminuição do número de nascimentos, devido à redução de mulheres em idade fértil. Por sua vez o número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões.

Face ao decréscimo da população jovem, e ao aumento da população idosa, o índice de envelhecimento passa de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens, em 2080. (INE, 2017). A população idosa na sua maioria não é doente, nem dependente. Contudo, as

transformações biopsicossociais, pelas quais o indivíduo passa ao longo da vida, levam ao desenvolvimento de algumas deficiências e ao aumento de uma predisposição para a doença. Tal facto é comprovado pela Direção Geral de Saúde referindo que “*os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionadas com situações suscetíveis de prevenção*” (DGS, 2004, p.7).

Com o aumento da necessidade de prestação de cuidados à pessoa idosa, apareceram diversas políticas sociais, entre as quais destacamos a Rede Nacional de Cuidados Continuados, com o objetivo de dar resposta a este desafio. No entanto, apesar do aparecimento de respostas formais promovidas pelo Estado e por Instituições Particulares de Solidariedade Social, a família continua a surgir como um suporte informal imprescindível na prestação de cuidados. Em Portugal as famílias surgem maioritariamente como responsáveis pelos seus familiares sendo comumente aceite a ideia de que este fenómeno é um processo natural, justificado cultural e socialmente (SOUSA; FIGUEIREDO, 2004 apud CARVALHO, 2015).

Os cuidados de saúde desenvolvem-se, assim, no sistema informal, composto essencialmente pela família, e formal constituído por instituições e por respostas sociais. O cuidado informal pode ser definido, como a prestação de cuidados não remunerado. Lage (2005, p. 205-206) sobre a definição de cuidado informal, afirma que “*é aquela prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte da família, amigos, vizinhos, ou outros grupos de pessoas, que não recebem renumeração económica pela ajuda que oferecem*”. De acordo com a autora referida, o cuidado informal diz respeito a cuidados prestados por indivíduos não pagos.

Ao longo da História, o cuidado informal na sua maioria é prestado por alguém de família, não havendo um contrato formal, não se baseia em serviços específicos, mas na existência de laços entre os sujeitos (Santos, 1993; Alves, 2011 apud Paixão, 2017). É no seio da família que todos os cuidados informais começam. De acordo com a Organização Mundial de Saúde 2003 apud Leandro, Nossa, Rodrigues, 2009 a família afigura-se como uma unidade básica da organização social com maior acessibilidade às intervenções do foro preventivo, terapêutico e de promoção e é o meio onde o comportamento de saúde e as decisões sobre a saúde se estabelecem inicialmente.

As famílias são diferentes reagindo de forma distinta perante a situação de dependência; algumas organizam-se em torno da pessoa que precisa de cuidados e prestam esses mesmos cuidados, outras organizam-se, mas como não conseguem prestar os cuidados, solicitam os mesmos e outras afastam-se do problema e deixam que os outros resolvam. A qualidade do

cuidado depende de como a família está preparada e da sua organização. A forma como a família enfrenta a situação e as dificuldades do dia-a-dia depende da competência que tem para conviver com as peculiaridades e complexidades de cuidar, da sua experiência como cuidador e da sua resiliência.

Na perspectiva de Collière (1999) o cuidado é visto como um ato de reciprocidade em que prestamos a uma pessoa que tem necessidade de ajuda temporariamente ou definitivamente a nível das necessidades vitais.

Na maioria das vezes quando existe um cônjuge é este que cuida, no entanto este ou esta também são idosos, o que acarreta todas as dificuldades físicas e mentais que daí podem surgir.

A família surge no perfil dos participantes da nossa investigação como entidade de primeira linha na prestação de cuidados ao idoso dependente, sendo os cuidados assumidos na sua maioria por mulheres. A mulher assume assim um papel preponderante nos cuidados, sendo o género feminino o dominante, o que está de acordo com Paixão, Silva, 2015, que salientam que na temática dos cuidadores informais as mulheres surgem como as personagens principais a assumir os cuidados à pessoa dependente, essencialmente a esposa ou filha, surgindo, assim, as personagens fundamentais dos cuidados.

Assumir a prestação de cuidados pode levar conseqüentemente a limites de esforço físico, mental, psicológico, social e económico. Quando o cuidador e o núcleo familiar não conseguem encontrar estratégias e alternativas, existe a necessidade de desenvolver uma intervenção para ajudar a desencadear e a refletir habilidades que levem a uma nova organização dos problemas existentes, podendo diminuir desta forma algumas conseqüências negativas do cuidado, nomeadamente da sobrecarga (Gomes, Mata, 2012; Paixão, 2017). Assim, surge a palavra sobrecarga, que pode ser definida como a conseqüência do decréscimo dos sentimentos de bem-estar e do aumento de problemas de saúde (PEARLIN, 1990 apud FIGUEIREDO, 2007).

Na nossa investigação, notamos que o cuidador informal, ao prestar cuidados no domicílio ao idoso dependente, sente um conjunto de necessidades, sendo estas: ajudas técnicas, práticas inerentes ao ato de cuidar, necessidade de apoio financeiro, necessidade de apoio psicossocial, necessidade de tempo livre e de informação/formação. De entre estas necessidades destacamos a necessidade de informação – os cuidadores necessitam de saber os seus direitos, respostas existentes e, em particular, desenvolvimento de competências sociais, tal como Figueiredo, 2007 já o referia. Familiares, em especial conjuge e filhas, que prestam

cuidados sem qualquer preparação, referem um conjunto de necessidades sentidas por estas pessoas, essencialmente a falta de informação. Acreditamos que fornecer informação/educação de acordo com as necessidades dos prestadores de cuidados pode contribuir para o desenvolvimento de competências sociais, o que vai facilitar o desempenho do papel de cuidador, diminuindo algumas das dificuldades e consequências que advêm do ato de cuidar, potencializando alguns mecanismos protetores que ajudam a conviver com a prestação de cuidados.

Em todas as etapas da vida necessitamos de desenvolver habilidades sociais e competências de acordo com as solicitações que nos vão surgindo. As habilidades sociais são muito relevantes na vida dos indivíduos. Os contextos sociais e os agentes que fazem parte de cada situação exercem uma forte influência no desenvolvimento de todas as etapas de vida (TRIANES, MUÑOZ; JIMÉNEZ, (1997/2003) apud PAIXÃO, 2017).

Aprender a relacionar-se e a comportar-se de forma positiva fazem parte de um crescimento e desenvolvimento saudável. Esse relacionamento corresponde a um comportamento social que engloba um conjunto de ações, atitudes e pensamentos que a pessoa apresenta relativamente aos outros com quem interage, e em relação a si próprio. LOUREIRO (2011, p. 7)

O treino de aptidões sociais é uma abordagem do comportamento social, realizando-se no campo teórico complexo. O treino de aptidões sociais *“é um conjunto de técnicas, aplicando-se a todo e qualquer défice de natureza interpessoal.”* (HARGIE, SANDERS; DICKSON, 1994 apud SILVA, 2004: 62).

De acordo com algumas investigações, nomeadamente, Gresham, 1981/1985; Spence, 2003 apud Loureiro, 2013, os programas de desenvolvimento de competências sociais, aplicados em diversas áreas das ciências sociais, têm demonstrado resultados eficazes e melhorias a curto prazo. O Treino de competências sociais permite que se desenvolva no indivíduo novas capacidades e maximize as relações positivas e de interação social.

O mais importante ao realizar o treino de competências num indivíduo é seguir os diversos procedimentos que devem ser realizados, tais como, a utilização de instrumentos de auto registo, escalas, registos de observação de ocorrências, testes de desempenho de papéis e entrevistas, ensaios comportamentais, o role playing, a modelação, o reforço e o feedback (DEL PRETE, DEL PRETTE, 1999; LEMOS, MENEZES, 2002; SPENCE, 2003; LOUREIRO, 2013, apud PAIXÃO, 2017).

Para além do que já foi referido é muito importante no desenvolvimento de competências sociais estimular as pessoas em diversos momentos e diversas situações. Esta

nossa ideia é corroborada por Caballo, 2008 apud Loureiro, 2013; Paixão, 2017, ao referirem que o desenvolvimento de competências sociais deve ser desenvolvido em diversos momentos, não devendo apenas existir contatos isolados com a população em que está a ocorrer a intervenção.

As visitas domiciliares são definidas como visitas à casa de uma pessoa por profissionais de saúde, que podem ser: enfermeiros, assistentes sociais, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos entre outros especialistas (Tourigny, et al., 2015). Dependendo do profissional de saúde o objetivo da visita domiciliária poderá ser diferente, no entanto, se for uma equipa multidisciplinar, o apoio ao idoso e ou ao cuidador será sempre mais eficaz e abrangente.

As visitas domiciliárias podem ser consideradas de cinco tipos diferentes: visitas domiciliares paliativas, de reabilitação, de manutenção de longo prazo, terapêuticas e preventivas (Elkan, Kendrick, 2004). O primeiro serviço de visita domiciliária foram do foro preventivo e de acordo com Grant et al., 2014, são oferecidos há décadas com o objetivo de manter e promover a saúde e o funcionamento independente dos idosos. Para além disso, também sabemos que manter os idosos no seu domicílio vai reduzir os gastos a nível dos hospitais e a admissão a nível dos lares.

As visitas domiciliares permitem que os profissionais de saúde avaliem possíveis problemas no ambiente de vida de idosos ou dos cuidadores, avaliem seu estado de saúde física e mental, forneçam apoio profissional aos idosos e cuidadores e se necessário encaminhem para o respetivo serviço: hospital, Unidade Saúde Familiar ou outros.

No contexto do nosso trabalho, a visita domiciliária foi um meio através do qual o Assistente Social se debruçou sobre a realidade social com a intenção de a conhecer, descrever, compreender e explicar. Esta técnica é diferente de todas as outras, porque tem como local de ação o meio social, especialmente *“o local social mais privativo e que diz respeito ao território social do sujeito: a sua casa ou local de domicílio.”* (AMARO, 2015: 15, apud PAIXÃO, 2017).

A visita domiciliária permite ao profissional de saúde conhecer as mudanças comportamentais e os processos cognitivos que influenciam determinados comportamentos e sentimentos. A maneira como cada pessoa e a família encaram os problemas do dia a dia é influenciada pela resiliência, capacidade de adaptação, pelas suas competências sociais e pelas emoções positivas.

O objetivo da visita domiciliária é tanto mais atingido se o profissional de saúde inclui a pessoa, neste caso o cuidador informal na resolução do problema, encorajando-o(a) a identificar as suas preocupações e os seus objetivos, capacitando-o(a) para resolver as suas próprias dificuldades (PENA, 2015).

A visita no domicílio é um espaço privilegiado de construção da relação de confiança, em que a pessoa cuidada permanece no domicílio e o profissional de saúde desloca-se ao espaço privado. Para que a visita domiciliária resulte é necessário ter em atenção, entre outros aspetos, a comunicação, esta assume um papel preponderante, devendo ser assertiva, simpática, agradável, descomplicada e prática, nunca perdendo de vista o rigor metodológico e o objetivo em vista (AMARO, 2015 apud PAIXÃO, 2017).

De entre a atuação no domicílio, destacamos a intervenção realizada com os cuidadores informais, que tem como objetivo possibilitar momentos de aprendizagem relativamente ao ato de cuidar, com *“equipas de prestação de cuidados (...) através de treino individual.”* (Ribeirinho, 2013:194; Paixão, 2015:65). O profissional deve programar, realizar e avaliar as sessões de (in)formação, avaliar a potencial sobrecarga do cuidador, elaborar estratégias que levem à diminuição dessa sobrecarga, através de plano de cuidados que inclua as necessidades do cuidador. Nas visitas domiciliárias deve ser avaliado e trabalhado com o cuidador, as redes sociais informais do cuidador principal e potenciar novas formas de relação com o meio. A visita, enquanto técnica, tem de ser organizada, utilizando-se pelo menos três técnicas: a observação, a entrevista e o método biográfico.

A observação é uma ferramenta indispensável, permitindo conhecer de uma forma mais pormenorizada, os aspetos pessoais e particulares do indivíduo, o local e as suas circunstâncias, ações, conflitos e sintonia das relações interpessoais e sociais (AMARO, 2015, apud PAIXÃO, 2017).

A comunicação não é menos importante do que a observação, uma vez que a comunicação, para além de ser uma ferramenta imprescindível, cria condições imprescindíveis para facilitar um bom clima que transmite segurança ao entrevistado. Enquanto a observação é uma técnica mais mental e refletiva, a entrevista é um instrumento mais interativo, permitindo nortear os resultados e objetivos. A visita como técnica que tem como base o diálogo entre o profissional e o entrevistado, devendo a conversa ter um caráter simples. Metodologicamente, esse diálogo é chamado de entrevista, funcionando as visitas domiciliárias como “entrevistas semiestruturadas”. Desta forma, a entrevista em contexto de visita tem como objetivo conhecer

e compreender a realidade da situação em causa. O método de entrevista em contexto de visita domiciliária é um processo complexo de escuta sensível do entrevistado e do seu discurso (PAIXÃO, 2017).

O método biográfico permite, de acordo com Amaro, 2015, revelar como as pessoas se organizam e como dão sentido à sua vida. O objetivo do profissional é perceber as atitudes, comportamentos e maneiras de aceitação dos problemas e de resolução dos mesmos da pessoa que está a ser visitada.

MÉTODO

Durante o trabalho foi utilizada a metodologia Investigação-Ação, tendo em conta o nosso objetivo: avaliar o desenvolvimento de competências sociais no cuidador informal através de um programa de informação para os cuidadores em contexto de domicílio.

Como tal, a presente investigação teve em linha de conta as componentes existentes na metodologia descrita. Para além da componente teórica, ocorreu um contacto (prático/interventivo) com os cuidadores informais com o programa de informação para os cuidadores em contexto de domicílio.

Participantes

A nossa amostra foi probabilística com seis cuidadores com familiares inseridos na resposta de Cuidados Continuados Integrados – Rede Nacional de Cuidados Continuados, da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano.

Os cuidadores tinham uma média de idades de 67,3 anos, sendo a idade mínima de 58 anos e máxima de 77 anos, apenas um era do sexo masculino e os restantes cinco do sexo feminino. Na análise dos dados foram atribuídos pseudónimos aos cuidadores informais, de forma a garantir a confidencialidade.

Instrumentos

Para a recolha de dados, foi utilizado como instrumento:

- entrevista;
- questionário de Avaliação de Sobrecarga no Cuidador Informal (QASCI)

A entrevista foi preparada para ser realizada antes e depois das sessões e teve como objetivo estabelecer uma relação mais próxima com o cuidador informal e conseguir informações enriquecedoras. A entrevista devido à sua estrutura permite flexibilidade na

informação, podendo surgir novas questões, sempre que necessário. Os dados recolhidos nas entrevistas foram tratados com recurso à análise de conteúdo.

O Questionário de Avaliação de Sobrecarga no Cuidador Informal (QASCI) foi cotado de acordo com as indicações de um dos seus autores, a Professora Doutora Teresa Martins. O QASCI permitiu avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais em diferentes vertentes, sendo reconhecido como um instrumento com critérios de validade e fidelidade (Martins, Peixoto, Araújo, Rodrigues, Pires, 2014 apud Paixão, 2017). A escala apresenta 7 dimensões de estudo nomeadamente SE (Sobrecarga emocional), IVP (Implicações na vida pessoal), SF (Sobrecarga financeira), RE (Reações às exigências), MEC (Mecanismo de eficácia e de controlo) e SupF (Suporte familiar), SPF (Satisfação com o papel e com o familiar) (MARTINS, RIBEIRO, GARRETT, 2004 apud PAIXÃO, 2017).

Procedimentos

Durante os procedimentos de investigação, foi desenvolvido, conjuntamente com os cuidadores informais, um programa de intervenção em contexto de visita domiciliária, que consistiu em transmitir aos cuidadores um conjunto de informações, permitindo-lhes o desenvolvimento de competências sociais para lidarem com o papel de cuidar com maior sucesso. As sessões realizadas no domicílio dos cuidadores foram desenvolvidas com temas específicos e adaptadas de acordo com as informações recolhidas e dificuldades sentidas. Durante a exposição à informação, foram abordados diferentes temas, de entre os quais se destacam os seguintes: conceito de cuidado formal e informal, processo de envelhecimento, desmistificação da sobrecarga, terapia de reminiscência, reforço da importância das relações interpessoais, roleplaying sobre diversas temáticas, nomeadamente sobre a família e relações familiares, respostas sociais existentes, entre outros.

O programa de visitas domiciliárias desenvolveu-se em oito sessões com a duração de 60/90 minutos cada uma, em 2014. Na primeira sessão foi aplicado o Questionário do Perfil dos Cuidadores Informais, com objetivo de caracterizar social e demograficamente o perfil da população em estudo. De salientar que na primeira e última sessão foram utilizados os instrumentos de natureza quantitativa (QASCI) e entrevista inicial/final. Estes instrumentos foram utilizados com o objetivo de proceder à avaliação/diagnóstico da situação e traçar planos de ação individualizados para cada um dos cuidadores.

RESULTADOS

Os Cuidadores informais do nosso grupo tinham 65 ou mais anos, encontrando-se a média de idades nos 67,3 anos, sendo a idade mínima de 58 anos e máxima de 77 anos, com exceção de uma cuidadora, a Joana, com 58 anos, como podemos verificar na tabela 1.

Tabela 1: Caracterização do perfil dos cuidadores informais.

<i>Participantes</i>	<i>Idade</i>	<i>Género</i>	<i>Estado Civil</i>
<i>Lurdes</i>	68	Feminino	Casado
<i>Joana</i>	58	Feminino	Casado
<i>Mariana</i>	65	Feminino	Casado
<i>António</i>	77	Masculino	Casado
<i>Ana</i>	71	Feminino	Casado
<i>Paula</i>	65	Feminino	Casado

Fonte: Questionário do Perfil dos Cuidadores Informais, 2015, PAIXÃO 2017, p.89.

A nível de escolaridade, estes cuidadores informais apresentavam, na sua maioria, como grau de escolaridade o 1.º Ciclo do ensino básico (4.ª classe), com exceção de António, que tem o ensino secundário.

A nível profissional, quatro dos participantes estão reformados e/ou são pensionistas, e duas participantes encontram-se profissionalmente ativas, a Lurdes é empregada doméstica e o Joana empregada de limpeza.

No âmbito das interações familiares e sociais, salientamos que a família assume um papel preponderante, sendo indicados por todos os elementos como o principal apoio e convivência frequente. Estes cuidadores referiram conviver com amigos e vizinhos, assumindo também estes um papel com relevo, o mesmo já não se verifica com as organizações sociais, uma vez que estas não assumem neste campo nenhuma posição relevante.

Neste estudo, as causas de dependência dos idosos que necessitam de cuidados informais são essencialmente serem portadores de doenças com características demenciais. Os idosos dependentes são essencialmente cuidados pelo Cônjuge/Companheiro(a) e Filha(o). Estes cuidados são de carácter permanente com um número de horas semanais superior a 40. O número de anos é de mais de 5 anos em todas as situações, variando o número de anos entre os 5 e os 30 anos.

Os cuidadores informais revelaram ter ajuda parcial de terceiros, como por exemplo, de filhos, irmãos e cônjuge, tendo, para além destes, apoio de respostas formais.

Os e as participantes do programa de informação sofrem de problemas de saúde do foro físico e mental, nomeadamente hipertensão, distúrbios do sono, ansiedade e problemas

cardíacos. A residência destes participantes é maioritariamente na mesma habitação do idoso dependente, verificando-se ainda uma situação de residência no mesmo prédio e na mesma rua ou vila.

Com o desenvolvimento do programa de informação com os cuidadores informais, foi possível verificar que ocorreram alterações a nível da sobrecarga e do conhecimento dos cuidadores, relativamente ao ato de cuidar.

A componente da informação adequada ao cuidador informal em contexto de visita domiciliária levou a um conjunto de alterações no âmbito do conhecimento dos cuidadores informais acerca do ato de cuidar, permitindo entenderem melhor o papel que desempenham, as repercussões inerentes ao ato de cuidar, gerirem mais facilmente as emoções e sentimentos, compreenderem as dinâmicas familiares e diminuírem, através da informação, algumas das suas dúvidas, diminuindo conseqüentemente as suas preocupações.

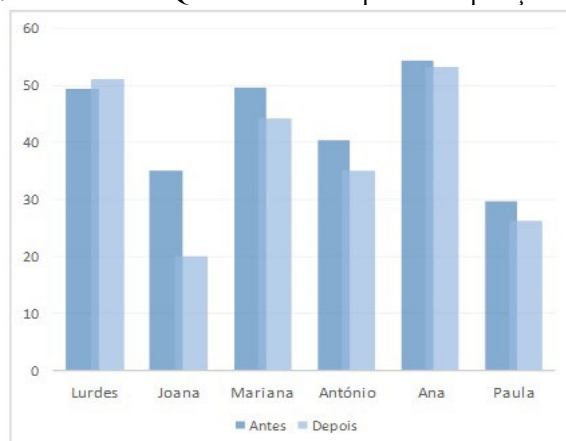
Os cuidadores com a exposição à informação, relativamente ao significado de cuidar, passaram a ter noções sobre o cuidado formal e informal. Esta situação pode verificar-se na análise das entrevistas com o aparecimento da subcategoria *“Distinção entre o cuidado formal e informal”* nas entrevistas realizadas após as sessões. Esta situação está presente no discurso de Joana *“mas...não recebo nada em troca recebo o amor dela e o carinho.”* e de António *“Tenho de a acompanhar sei lá, a gente não recebe nada em troca praticamente, no campo afetivo, estamos a falar para um mundo (...)”*. Paixão, 2017, p. 124-125. Os cuidadores informais passaram a compreender melhor ao debater o tema das motivações e retribuições obtidas com o ato de cuidar, nomeando, como retribuições, o amor, afetividade e carinho, chegando até mesmo a referir que não recebem remuneração. As informações prestadas em torno das dúvidas diagnosticadas em cada um dos cuidadores informais levaram ao desaparecimento de algumas dúvidas nos cuidadores informais, facto também demonstrado através das afirmações dos cuidadores em contexto de entrevista.

Os cuidadores informais com o desenvolvimento de competências sociais e com a informação transmitida passaram a dialogar mais facilmente sobre a sobrecarga, aparecendo após as sessões informativas discursos mais descritivos do que sentem e em maior número.

Ao relacionarmos os dados obtidos, é possível sistematizar os níveis médios de sobrecarga dos cuidadores informais no geral para cada uma das subescalas. Ao analisarmos os dados, verificamos que, de uma forma geral, a sobrecarga diminuiu, passando a pontuação global de 43,31 para 38,3, mantendo-se no nível de sobrecarga moderada. Ao analisarmos as

subescalas, verificamos que onde ocorreram maiores alterações foi a nível da sobrecarga emocional e menores nas subescalas de Reações às exigências e Satisfação com o papel e com o familiar. O quadro seguinte sistematiza a média obtida para a Sobrecarga no Cuidador Informal, antes e depois da realização do programa.

Gráfico 1: Resultados do QASCI antes e depois da exposição ao programa.



Fonte: Paixão, 2017, p. 102.

Verificamos que onde ocorreram maiores alterações foi a nível da sobrecarga emocional e menores nas reações às exigências e satisfação com o papel e com o familiar. No quadro seguinte podemos verificar a média obtida para a sobrecarga no cuidador informal.

Tabela 2: Média obtida em cada subescala a nível global no QASCI.

Subescalas	QASCI (Antes)	QASCI (Depois)
<i>Sobrecarga Emocional</i>	55,20	45,83
<i>Implicações na Vida Pessoal</i>	69,67	64,39
<i>Sobrecarga Financeira</i>	72,91	72,91
<i>Reações às Exigências</i>	26,55	30
<i>Mecanismo de Eficácia e Controlo</i>	30,55	19,44
<i>Suporte Familiar</i>	37,5	29,16
<i>Satisfação com o papel e com o familiar</i>	3,33	0,83

Fonte: Paixão, 2017, p. 103.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a implementação do programa de informação aos cuidadores informais de forma a desenvolver as competências sociais, através das visitas domiciliárias, foi possível verificar que o programa é eficaz e que conseguimos desenvolver competências sociais, o que, por sua vez, levou a uma diminuição da sobrecarga do cuidador informal. Verificamos que as visitas domiciliárias se demonstraram uma ação *in loco* e uma estratégia da componente da ação

(característica da metodologia) adequada para o desenvolvimento de competências sociais no cuidador informal, permitindo o desenvolvimento de uma relação de empatia com o indivíduo e consequentemente alterações positivas a nível da sobrecarga do cuidador informal. Acreditamos, assim, que esta estratégia permitiu o desenvolvimento pessoal do cuidador, a consciencialização do papel que desempenha, bem como das dinâmicas e relações familiares que detém e das emoções e sentimentos existentes, tendo sido estabelecida uma relação de ajuda e de proximidade. Esta ideia já era partilhada por outros investigadores, nomeadamente Pena, 2015 ao salientar como a visita domiciliária é um espaço privilegiado em que se pode construir uma relação ao afirmar.

Este programa de informação só teve sucesso por ter sido desenvolvido através de visitas domiciliárias, constituindo uma estratégia de ação que influenciou o desenvolvimento de competências sociais no cuidador em estudo. Toda esta situação levou-nos a constatar que as visitas domiciliárias conduzem ao desenvolvimento de fatores facilitadores de mudança no indivíduo. O desenvolvimento de competências sociais contribuiu para a diminuição da sobrecarga nestes cuidadores informais, verificando-se esta situação nos dados obtidos, reveladores de que os cuidadores, de forma geral, diminuíram a sobrecarga, essencialmente a sobrecarga emocional e de suporte familiar.

Este estudo permitiu apurar que a intervenção realizada em contexto domiciliário consistiu uma mais-valia na intervenção com os cuidadores informais. Podemos pensar que a intervenção prolongada, por parte de um profissional formado na área da saúde e com especialização em gerontologia, pode levar a mudanças de comportamentos, melhorando a qualidade de vida dos cuidadores informais.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, M. *Cuidados Familiares Prestados a Pessoas Idosas*. In Carvalho, M. (org.), Serviço Social com Famílias. Lisboa: Pactor, 2015.

COLLIÈRE, M. *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE [DGS]. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Ministério da Saúde, 2004.

ELKAN R, KENDRICK D. *What is the effectiveness of home visiting or homebased support for older people?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004. Disponível em: <http://www.euro.who.int/Document/e83105.pdf>. Acesso em: 28 de jan 2022.

- FIGUEIREDO, D. *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Climepsi, 2007.
- GRANT S, PARSONS A, BURTON J, MONTGOMERY P, UNDERHILL K, WILSON E. *Home visits for prevention of impairment and death in older adults: a systematic review*. *Campbell Syst Rev*. 2014;10(1):1–85.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA [INE] *Projeções de População Residente em Portugal*. Lisboa: INE., 2017. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt. Acesso em: 20 de março de 2022.
- LAGE, I. *Cuidados Familiares a idosos*. In Paúl, C. & Fonseca, A. (org.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi, 2005.
- LEANDRO, M.; NOSSA, P. & RODRIGUES, V. *Saúde e Sociedade: os contributos* (in) *Visíveis da família*. Viseu: Psicossoma, 2009.
- LOUREIRO, C. Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: conceptualização e modelos teóricos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 6, p.7-14, 2011.
- LOUREIRO, C. Treino de competências sociais- uma estratégia em saúde mental: técnicas e procedimentos para a intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 9, 41-47, 2015. Disponível em: https://issuu.com/spesm/docs/revista_n__9. Acesso em: 22 de março 2022.
- PAIXÃO, C.; SILVA, A. *Cuidadoras e leigas: cuidar na invisibilidade*. In livro de Resumos do Congresso Internacional A vez e a voz das mulheres migrantes em Portugal e na diáspora, 7, Porto, 2015 - "Congresso internacional: mobilidades, tempos e espaços: livro de resumos". Organizado por Maria da Conceição Pereira Ramos, Natália Ramos, Ana Isabel Mateus da Silva. Lisboa: Universidade Aberta. CEMRI, 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.2/4392>. Acesso em: 02 de março de 2022.
- PAIXÃO, C. *Desenvolvimento de Competências Sociais no Cuidador Informal*. Editorial Cáritas. Lisboa, 2017.
- PENA, M. *A Visita Domiciliária na Relação de Ajuda em Serviço Social*. In Carvalho, M. (org.), *Serviço Social com Famílias* (1ª edição-pp.109-123). Lisboa: Pactor. 2015.
- RIBEIRINHO, C. *Serviço Social Gerontológico: Contextos e Práticas Profissionais* In Carvalho, Maria Irene, *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa, Pactor, 2013.
- SILVA, A. *Desenvolvimento de Competências Sociais nos Adolescentes*. Lisboa: Climepsi Editores, 2004.
- TOURIGNY A, BÉDARD A, LAURIN D, KRÖGER E, DURAND P, BONIN L, et al. *Preventive home visits for older people: a systematic review*. *Can J Aging*. 2015;34(4):506–23.