

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor João Emílio Alves pela disponibilidade, compreensão e orientação.

À Professora Doutora Ana Isabel Silva por todo o empenho, sugestões e confiança.

À ULSNA pela colaboração e autorização para a realização do trabalho.

Aos cuidadores informais, sem a sua disponibilidade e confiança este trabalho não seria possível.

À Assistente Social Paula Ramos por toda a ajuda prestada na seleção dos participantes e informações essenciais para o desenvolvimento do trabalho.

Aos meus pais, Américo e Joana, pela compreensão nos momentos mais difíceis. Por compreenderem e incentivarem os meus sonhos e objetivos. Obrigado por serem tão maravilhosos e por me acompanharem de uma forma tão única que só vocês sabem.

Ao Filipe, o meu noivo e companheiro, por todo o amor, carinho e compreensão. Por acreditar sempre e incondicionalmente nas minhas capacidades e ter sempre a palavra e gesto certo.

A todos os que não mencionei mas que fizeram parte da minha caminhada.

*“Quem se arrisca a andar por ares nunca antes respirados ou a pensar fora do sistema tem grandes hipóteses de encontrar pedras no caminho (...) ninguém é digno de contribuir para a ciência se não usar as suas dores e insónias nesse processo (...) Risos e lágrimas, sucessos e fracassos, aplausos e vaias fazem parte do currículo de cada ser humano, em especial daqueles que são apaixonados em produzir novas ideias.”*

*Augusto Cury, 2013:40 in Ansiedade*

## **RESUMO**

O cuidador informal tem nos últimos anos ganho visibilidade em inúmeras investigações. No entanto, não foram encontrados registos em Portugal relativamente às competências do cuidador informal e a forma como a exposição a um programa de informação o pode influenciar. Desta forma, foi desenvolvido o presente estudo no âmbito do desenvolvimento de competências no cuidador informal, recorrendo à metodologia de investigação ação.

A estratégia metodológica utilizada na componente da ação (característica basilar na metodologia selecionada) 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.

Durante o estudo foram utilizados instrumentos de recolha de dados de natureza quantitativa e qualitativa. Salientamos ainda que em contexto de domicílio, foram também utilizadas outras estratégias e técnicas de desenvolvimento de competências sociais que permitiram complementar a informação a que os cuidadores foram expostos.

Os instrumentos referidos anteriormente foram utilizados numa população de seis cuidadores provenientes do distrito de Portalegre.

Após a realização do estudo foi possível verificar que as visitas domiciliárias são uma estratégia de ação que influenciam o desenvolvimento de competências sociais no cuidador informal, a informação adequada ao cuidador influencia o conhecimento dos cuidadores informais relativamente ao ato de cuidar, os cuidadores informais que têm redes familiares apresentam uma maior resiliência, o desenvolvimento de competências sociais influencia a sobrecarga no cuidador informal, que o aumento da resiliência influencia os níveis de sobrecarga nos cuidadores informais e que os cuidadores informais que identificam e gerem as emoções apresentam menor sobrecarga.

Palavras-chave: Cuidador Informal, Competências Sociais, Programa de Visitas Domiciliárias

## **Abstract**

The informal caregiver has in recent years gained visibility in numerous investigations. However, records were not found in Portugal towards the skills of the informal caregiver and how exposure to an information program can influence him. So the present study was developed within the framework of skills development in the informal caregiver, using action research methodology.

The methodological strategy used in the action component (basic feature of the selected methodology) consisted of a set of sessions at home context with informal caregivers. It is intended with this strategy to expose caregivers to a planned set of information and interventions according to their needs.

During the study we used instruments of quantitative data collection quantitative and qualitative. We point out that in home context, were also used other strategies and social skills development techniques that allowed to add the information that caregivers were exposed.

The instruments mentioned above were used in a population of six caregivers from the Portalegre district.

After the study we found that home visits are an action strategy that influence the development of social skills in the informal caregiver, adequate information to the caregiver influences the knowledge of informal carers regarding the act of caring, informal caregivers who have family networks have increased resilience , the development of social skills influences the overload on informal caregiver which influences the overload levels in informal caregivers and informal caregivers who identify and manage emotions have lower overhead.

**Keywords:** Informal Caregiver, Social Skills, home visits program

**Abreviaturas**

CRP- Constituição da República Portuguesa

ECCI- Equipas de Cuidados Continuados Integrados

IVP- Implicações na Vida Pessoal

MEC- Mecanismos de Eficácia e Controlo

PRF- Questionário de Resiliência Familiar

QASCI- Questionário de Avaliação de Sobrecarga no Cuidador Informal

RE- Reação às Exigências

SAD- Serviço de Apoio Domiciliário

SE- Sobrecarga Emocional

SF- Sobrecarga Financeira

SPF- Satisfação com o Papel e com o Familiar

ULSNA- Unidade de Saúde do Norte Alentejano

## **Índice**

<b>INTRODUÇÃO</b>	12
<b>I PARTE- PROBLEMATIZAÇÃO E ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	16
<b>CAPÍTULO I-CUIDADOS INFORMAIS: ALGUMAS QUESTÕES DE NATUREZA TEÓRICA</b>	16
1. CUIDADOR INFORMAL	16
1.1. EMOÇÕES NO CUIDADOR	18
1.2. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS INFORMAIS À PESSOA NO DOMICÍLIO	21
<b>CAPITULO II- OS CUIDADOS INFORMAIS: IMPACTOS, SOBRECARGAS E RESILIÊNCIA</b>	27
2. IMPACTO DO CUIDADO NO CUIDADOR INFORMAL	27
2.1. SOBRECARGA NO CUIDADOR INFORMAL	29
2.2. RESILIÊNCIA FAMILIAR	31
<b>CAPITULO III- OS PROCESSOS DE ENVELHECIMENTO: DESAFIOS À PRÁTICA PROFISSIONAL EM SERVIÇO SOCIAL E EM GERONTOLOGIA</b>	34
3. ASSISTENTE SOCIAL COM FORMAÇÃO EM GERONTOLOGIA	34
3.1. GERONTOLOGIA EDUCATIVA:A SUA IMPORTÂNCIA NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E NAS RLAÇÕES INTERPESSOAIS	35
3.2. PASSAGEM À REFORMA	38
<b>CAPITULO IV- COMPETÊNCIAS SOCIAIS</b>	40
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS	40
4.1. TERAPIA DE REMINISCÊNCIA	42
4.2. IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO	43
4.3. VISITAS DOMICILIÁRIAS	45
<b>II PARTE-ESTUDO EMPÍRICO</b>	49
<b>CAPITULO V- METODOLOGIA</b>	49
5. METODOLOGIA INVESTIGAÇÃO AÇÃO	49
5.1. OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	52
5.2. PARTICIPANTES	54
5.3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	56
5.4.ESTRATÉGIA METODOLÓGICA NA COMPONENTE DA AÇÃO	63
<b>CAPÍTULO VI-ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS</b>	68
6. CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS CUIDADORES INFORMAIS	68

6.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIOGRAFICA	69
6.2. CARACTERIZAÇÃO DAS INTERAÇÕES FAMILIARES E SOCIAIS E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	69
6.3. BREVE CARACTERIZAÇÃO SOCIAL	71
6.4. SOBRECARGA NO CUIDADOR E NA RESILIÊNCIA FAMILIAR	72
6.5. SOBRECARGA NO CUIDADOR	79
6.6. O SIGNIFICADO DE CUIDAR E ADAPTAÇÕES NO QUOTIDIANO	80
6.7. PREOCUPAÇÕES E EMOÇÕES	85
6.8. RESPOSTAS SOCIAIS E APOIOS	89
6.9. APOIO AOS CUIDADORES E IMPORTÂNCIA DA INFORMAÇÃO	91
<b>CAPÍTULO VII- ANÁLISE TRANSVERSAL DOS RESULTADOS EMPÍRICOS</b>	95
<b>CONCLUSÕES E SUGESTÕES</b>	108
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	113
<b>ANEXOS</b>	124
<b>Anexo 1:</b> Autorização da ULSNA para a realização do estudo	125
<b>Anexo 2:</b> Consentimento Informado para participação no estudo	126
<b>Anexo 3:</b> Decreto-Lei nº 50-B/2007 de 28 de fevereiro	127
<b>Anexo 4:</b> Análise de conteúdo- Entrevistas Iniciais	128
<b>Anexo 5:</b> Análise de conteúdo- Entrevistas Finais	129
<b>Anexo 6:</b> Ecomapas e Genogramas	130
<b>Anexo 7:</b> Fotografias das sessões realizadas	131
<b>Anexo 8:</b> Questionário QASCI	132
<b>Anexo 9:</b> Autorização da autora do PRF para utilização da escala	133
<b>Anexo 10:</b> Questionário PRF	134
<b>Anexo 11:</b> Questionário de Perfil dos Cuidadores Informais	135

## **Índice de figuras**

Figura 1: Fórmula utilizada para calcular cada subescala	59
Figura 2: Fórmula utilizada para calcular a pontuação global da escala QASCI	60
Figura 3: Esquema geral do programa de visitas domiciliares	67

## **Índice de gráficos**

Gráfico 1: Resultados da QASCI antes e depois da exposição ao programa de informação	77
---	----

## **Índice de tabelas**

Tabela 1: Quadro síntese de subescalas no QASCI	58
Tabela 2: Esquema da informação/componente da ação	65
Tabela 3: Caracterização dos participantes quanto à idade, género e estado civil	68
Tabela 4: Caracterização dos participantes quanto ao grau de escolaridade, condição perante o trabalho e profissão	69
Tabela 5: Caracterização dos participantes quanto ao grau de interação social com familiares e outros	69
Tabela 6: Caracterização dos participantes quanto à causa de dependência, relação com a pessoa a quem presta cuidados e número de horas a cuidar por semana	70
Tabela 7: Caracterização dos participantes quanto à ajuda de terceiros, doenças existentes e distância entre a habitação do cuidador e do idoso dependente	71
Tabela 8: Breve descrição social dos participantes	72
Tabela 9: Média obtida em cada subescala a nível global no QASCI	78

## **INTRODUÇÃO**

Nos últimos anos assiste-se a um aumento demográfico das pessoas idosas em Portugal associado à melhoria das condições de vida e desenvolvimento social. Com o aumento da esperança média de vida ocorreu conseqüentemente o aumento da dependência e da morbilidade. O aumento populacional desta faixa etária provocou a nível nacional, um aumento do interesse individual e coletivo de forma crescente, sobre as implicações deste desafio na organização/reorganização das famílias, aumentando o número de estudos e investigações neste âmbito (Osório, 2007).

Os desafios e oportunidades que advêm de uma sociedade cada vez mais constituída por pessoas idosas tornam este tema pertinente e atual exigindo uma visão multidimensional e análises efetuadas por áreas diversas, entre as quais a Gerontologia (INE, 2002). De acordo com Pereira & Pimentel, 2012:27 “a pertinência social da gerontologia está ligada aos fenómenos demográficos do envelhecimento nas sociedades ocidentais, assim com à exigência crescente da qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa.”

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 surge 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 e Figueiredo, 2004 cit. in Carvalho, 2015).

Temos verificado um aumento significativo dos estudos relativamente aos cuidadores informais, sendo este um tema que nos causa interesse pessoal e profissional. Este interesse surgiu no âmbito do 1º Ciclo de Estudos em Serviço Social onde desenvolvemos também um trabalho sobre esta temática, nomeadamente em contexto de estágio curricular. Desta forma, a presente dissertação constitui uma continuidade de trabalho e interesse sobre os cuidados informais.

Em grande parte das investigações sobre esta temática são debatidas dificuldades, necessidades, qualidade de vida, etc. dos cuidadores informais. No entanto, não temos conhecimento da reflexão sobre a forma o desenvolvimento de competências sociais, nomeadamente através da exposição à informação, poderia ou não ajudar o cuidador a conviver com o papel. Muitas vezes o cuidador informal, também é uma pessoa idosa, tornando-se

importante direcionar um novo olhar sobre esta população. O cuidador também merece atenção e é necessário desenvolver estudos que facilitem o seu desenvolvimento no “cuidar do outro” e o aumento da sua qualidade de vida.

Têm sido desenvolvidos estudos que têm como objetivo identificar as variáveis capazes de proteger os indivíduos de situações difíceis e traumáticas, numa perspectiva de envelhecimento bem-sucedido. Áreas como a gerontologia propõem que para compreender o processo de envelhecimento é necessário identificar e relacionar um conjunto de determinantes. Desta forma, variáveis como a resiliência, sobrecarga e a influência da informação do cuidador informal devem ser testadas em novos estudos (Lampert, 2009). Os estudos existentes até então, apesar de constituírem ferramentas teóricas essenciais, diagnosticando os problemas existentes no cuidador informal, poucas vezes testam soluções tendo como base o desenvolvimento de competências sociais. Os cuidadores informais sempre foram um tema que nos despertou interesse pessoal e profissional, principalmente no que toca a aspetos sociais e a forma como estes podem influenciar este papel, visto que a nossa formação base é em Serviço Social. Foi nesta perspectiva que surgiu e foi desenvolvido o tema: *Desenvolvimento de Competências no Cuidador Informal*.

O estudo realizado tem como questão de partida “A exposição dos cuidadores informais a um programa de informação influenciará o desenvolvimento de competências nos cuidadores informais?”.

O objeto de estudo desenvolveu-se assim em torno da importância do desenvolvimento de competências no cuidador informal. De forma a concretizar eficazmente o estudo, foi necessário clarificar os objetivos gerais e específicos. Assim, o objetivo geral consistiu em desenvolver competências sociais no cuidador informal e os objetivos específicos em implementar o programa de informação aos cuidadores, de forma a desenvolver competências sociais; avaliar o impacto do desenvolvimento de competências sociais para a diminuição da sobrecarga no cuidador informal; estudar a relação entre a sobrecarga e a resiliência no cuidador informal; avaliar o impacto das emoções na sobrecarga do cuidador informal e verificar o impacto da informação no conhecimento dos cuidadores relativamente ao ato de cuidar.

A investigação desenvolvida procurou dar resposta às seguintes questões de investigação:

As visitas domiciliárias como estratégia de ação influenciam o desenvolvimento de competências sociais no cuidador informal?

A informação adequada ao cuidador influencia o conhecimento dos cuidadores informais relativamente ao ato de cuidar?

Os cuidadores informais que têm redes familiares apresentam uma maior resiliência?

O desenvolvimento de Competências sociais influencia a sobrecarga no cuidador informal?

O aumento da resiliência influencia os níveis de sobrecarga nos cuidadores informais?

Os cuidadores informais que identificam e gerem as emoções apresentam menor sobrecarga?

De forma a concretizar todos os objetivos que nos propusemos e a dar resposta a todas as questões colocadas, utilizamos a metodologia investigação-ação.

Consideramos este estudo relevante, pois a sua divulgação pode contribuir para que os profissionais da área social e de saúde estejam mais despertos para as potencialidades do desenvolvimento de competências sociais.

A dissertação encontra-se organizado em duas partes (a primeira com características de enquadramento teórico e a segunda de natureza empírica), sendo possível encontrar sete capítulos distintos. A primeira parte diz respeito à abordagem teórica onde são abordados temas que consideramos essenciais para enquadrar a problemática do estudo. Desta forma, é possível encontrar uma abordagem sobre os cuidados informais, nomeadamente no seio da família, emoções inerentes ao ato de cuidar, cuidados informais prestados no domicílio, impacto do cuidado no cuidador informal e uma abordagem às variáveis em estudo, nomeadamente a sobrecarga no cuidador informal e a resiliência familiar. Abordamos também teoricamente temas que consideramos pertinentes para a contextualização dos resultados obtidos tais como, visitas domiciliárias, assistente social com formação em gerontologia, processo de envelhecimento, passagem à reforma. Por último, é possível encontrar na primeira parte um capítulo dedicado ao desenvolvimento de competências sociais, tema central do presente estudo.

Na segunda parte do trabalho, denominada de estudo empírico, é possível encontrar a descrição dos processos metodológicos (descrição da metodologia utilizada, objetivos e questões de investigação, participantes, instrumentos de recolha de dados e as estratégias utilizadas para concretizar a componente da ação do estudo). Nesta parte encontramos, por último, uma análise pormenorizada do perfil dos cuidadores informais em estudo, os resultados obtidos através dos instrumentos utilizados, uma análise pormenorizada das categorias encontradas nas entrevistas realizadas e uma análise transversal dos resultados empíricos.

Terminamos o trabalho com a apresentação de conclusões onde abordamos algumas dificuldades sentidas e sugestões, para futuras intervenções por parte dos profissionais de saúde e social tendo como base os resultados obtidos.

De salientar que é possível encontrar referências bibliográficas utilizadas para o desenvolvimento do estudo e anexos, que consideramos imprescindíveis para uma melhor compreensão de todo o caminho percorrido.

## **I PARTE- PROBLEMATIZAÇÃO E ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **CAPÍTULO I- CUIDADOS INFORMAIS: ALGUMAS QUESTÕES DE NATUREZA TEÓRICA**

Neste primeiro capítulo contextualizamos a pertinência do tema dos cuidadores informais, abordando teoricamente conceitos essenciais, tendo em conta a natureza do nosso estudo. Abordamos o cuidador informal, as emoções inerentes ao ato de cuidar e cuidados informais prestados no domicílio.

#### **1. CUIDADOR INFORMAL**

*“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.”*  
*Rosalynn Carter, former First Lady*

Portugal à semelhança de outros países, tem registado profundas alterações na estrutura etária da população. O aumento da população idosa está associada à diminuição dos números de natalidade e ao aumento da qualidade de vida. É considerado um fenómeno irreversível na medida em que as gerações deixaram de se renovar (INE, 2002).

Numa esfera individual, o envelhecimento assenta numa maior longevidade dos indivíduos, isto é, num aumento da esperança média de vida. No entanto, o processo de envelhecimento não deve ser apenas definido e caracterizado por fenómenos cronológicos, mas sim de acordo com uma abordagem holística em que um conjunto de condições físicas, funcionais, mentais e de saúde devem ser tidas em conta (Andrade, 2009).

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 “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, 2004:7)

O aumento do número de pessoas idosas com dependência tem provocado uma necessidade crescente de cuidados de saúde adequados e de assistência, garantidos por estruturas de suporte formais e informais (Andrade, 2009).

Os cuidados de saúde desenvolvem-se 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, 2005:205-206 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 remuneração económica pela ajuda que oferecem”. De acordo com a autora referida, o cuidado informal diz respeito a cuidados prestados por indivíduos não pagos.

Historicamente, o cuidado informal é assegurado pela família, não sendo baseado em nenhum contrato formal, ou em serviços específicos mas, na existência de laços entre os sujeitos (Santos, 1993 *et al, cit. in* Alves, 2011). De acordo com a Organização Mundial de Saúde 2003:1 *cit. in* Leandro, Nossa & Rodrigues, 2009 a família afigura-se como “a unidade básica da organização social mais acessível as intervenções preventiva, terapêuticas e de promoção (...) e, como o meio onde o comportamento de saúde e as decisões de saúde são inicialmente estabelecidos.”

A família de acordo com Figueiredo, 2007 tem sido considerada a principal prestadora de cuidados e de apoio ao idoso dependente, tal situação deve-se ao fato de culturalmente a família ser considerada “ (...) o centro da tradição da responsabilidade coletiva pela prestação de cuidados (...) ” (Anderson, 1992:50 *cit. in* Figueiredo, 2007). Lage, 2005:203 afirma que “cuidar faz parte da história, experiência e valores da família”. Os cuidados prestados no início e no fim de vida, são essencialmente prestados pelas famílias, sendo estas uma unidade reconhecida como a promotora e a responsável pela manutenção da independência e da saúde dos seus membros. De acordo com Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004 *cit. in* Gomes & Mata, 2012:163 a família representa um lugar de “aconchego, segurança, identidade, e lembranças e, ainda que as relações se tornem mais difíceis e os conflitos emirjam, ela continua a ser o nosso lugar.”

A família surge assim, como um elemento de socialização fundamental, formadora do indivíduo no que toca aos aspetos sociais afetivos e educativos (Gutierrez & Minayo, 2008 *cit. in* Gomes & Mata, 2012). As famílias são únicas reagindo de forma diferente perante a situação de dependência, e qualidade do cuidado depende de como a família está preparada e organizada.

A forma como a família enfrenta a situação e as dificuldades do dia-a-dia dependem da competência que têm para conviver com as peculiaridades e complexidades de cuidar.

Na perspectiva de Collière, 1999: 235-236 cuidar é

“ Um ato individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais.”

De acordo com Leme, 2000:119-120 cit. in André, Cunha, & Rodrigues, 2010:132, estudos ingleses referem que 95% dos cuidados de saúde aos idosos são realizados por cuidadores informais

“ (...) tratando-se de uma legião de cônjuges, filhos e filhas, noras e genros, sobrinhos e netos, amigos, membros de entidades paroquiais e de serviços que se dispõem, sem uma formação profissional de saúde, a dar aos doentes sob a sua responsabilidade os cuidados indispensáveis, tendo como a sua maior arma a sua disponibilidade e boa vontade.”

Cuidar de idosos, ao contrário de crianças, envolve uma dependência crescente, sendo a necessidade de cuidado cada vez mais exigente, devido ao agravamento das dependências. No entanto, prestar cuidados a alguém que por motivos de idade ou doença, manifesta dificuldades na autonomia, transforma-se com o tempo em cuidado. A partir do momento em que a ajuda passa a ser permanente, esta passa a ser cuidado e o familiar passa a ser cuidador (Félix, 2010).

## **1.1. EMOÇÕES E SENTIMENTOS NO CUIDADOR**

*“Preciso despir-me do que aprendi. Desencaixotar minhas emoções verdadeiras. Desembrulhar-me e ser eu! Uma aprendizagem de desaprendizagem (...)”*

*Alberto Caeiro*

O termo emoção deriva do latim “*emovere*” que significa movimentar/deslocar. As emoções são reações às condições afetivas que “pela sua intensidade, nos mobilizam para algum tipo de ação.” (Martins & Melo, 2008:125).

De acordo com Damásio, 1995 as emoções podem categorizar-se em emoções primárias e secundárias, sendo as primeiras inatas estando presentes em todos os indivíduos (como por exemplo, o medo de um urso de grande porte ou de um réptil) e as segundas resultam de fenómenos mais complexos de interação e aprendizagem social (constituem exemplos do autor

a morte de um amigo próximo ou o reencontro com um amigo de longa data). De acordo com Abreu, 2013:47

“A emoção é um fenómeno individual e elementar, facilmente reconhecível na sua existência (geralmente perturbadora da razão e da vontade pela emergência de fenómenos vegetativos e automatismos motores) e na sua diversidade qualitativa: alegria, tristeza, medo, raiva, repugnância, surpresa, vergonha, culpa, inveja, ciúme.”

Para o mesmo autor as emoções podem distinguir-se em dois tipos: elementares e complexas. O ciúme inclui emoções básicas como o desejo, raiva, repugnância e tristeza. Desta forma, e de acordo com este exemplo, as emoções estão interligadas umas às outras, daí esta temática ser tão complexa.

As emoções, do ponto de vista fisiológico, organizam-se de forma rápida, provocando diferentes sistemas biológicos tais como a expressão facial, o tónus muscular e a voz (Vaz Serra, 1999 cit. in Martins & Melo, 2008). Algumas emoções estão inatas na personalidade do indivíduo, dependendo do seu desenvolvimento cognitivo e do meio sociocultural em que se insere. Desta forma, as emoções podem estar ligadas a comportamentos naturais ou a manifestações desadaptadas (Averill, 1996 cit. in Martins & Melo, 2008).

As emoções constituem um elemento fundamental a ter em conta, tanto na perspetiva psicológica, como biológica e social. Deve-se trabalhar neste tema, o equilíbrio entre estas perspetivas e não a eliminação das emoções. De acordo com Martins & Melo, 2008 os sentimentos têm o seu valor e sentido, devendo ser trabalhados proporcionais às circunstâncias.

Ao abordar as emoções consideramos que é impossível desassociar este tema dos sentimentos, não podendo intervir apenas na emoção e/ou apenas nos sentimentos. De acordo com Damásio, 1995: 157 “apesar de alguns sentimentos estarem relacionados com as emoções, existem muitas que não estão.” De acordo com o autor, as emoções despertam apenas obrigatoriamente sentimentos, caso o indivíduo esteja desperto e atento, podendo-se concluir que “nem todos os sentimentos provêm de emoções.”

A educação emocional não surge apenas como a formação em torno dos afetos, surgindo também como uma formação que desenvolve no sujeito a capacidade para se fortalecer como protagonista do seu bem-estar e saúde (Ansensio *et al.*, 2006 cit. in Veiga-Branco, 2012a). De acordo com a autora Veiga-Branco, 2012a:276 “ (...) a educação emocional deveria ser tema

por direito próprio na formação da saúde em geral, e de gerontologia em particular, e portanto, necessariamente, dos respetivos atores educativos, no seu estatuto de gerontólogos (...)”.

De acordo com Bisquerra, 2000 cit. in Veiga-Branco, 2012a ocorre de uma forma contínua e permanente, desenvolvendo assim as capacidades emocionais. Na área da gerontologia, especificamente no trabalho desenvolvido com cuidadores informais, o profissional tem a responsabilidade de apresentar e defender a pertinência do trabalho desenvolvido na área das emoções.

Sequeira, 2000 defende que o mundo sem emoções seria estranho e sem sentido, funcionando as emoções como uma função essencial para o quotidiano, permitindo-nos adotar comportamentos adequados às circunstâncias. Desta forma, é importante desenvolver com os idosos, nomeadamente com a população do estudo, ferramentas que permitam identificar o desespero como um momento oportuno para abandonar objetivos, a frustração como a necessidade de tentar soluções diferentes, o aborrecimento como sendo a altura de encontrar novos objetivos e o medo como sendo necessário adotar novas estratégias e medidas de proteção.

Os gerontólogos devem assim, juntamente com os idosos adotar ambientes positivos com o objetivo de educar emocionalmente e de forma positiva, para proporcionar oportunidade de pensar e viver com a gestão dos seus afetos, tornando possível ao cuidador sentir maior facilidade em tomar decisões a partir de emoções geridas (Veiga-Branco, 2012a).

As emoções são importantes nas tomadas de decisão, por exemplo em decidir quem aceitar, quem perdoar, com quem e o que partilhar, necessitando de um grande número de informações e de “marcadores somáticos”. De acordo com Damásio, 1995 os marcadores somáticos permitem ao indivíduo aumentar a precisão e eficácia das decisões a tomar. De acordo com o autor os marcadores somáticos, apesar de constituírem uma ajuda na tomada de decisões, não decidem por si só as decisões a tomar. Os marcadores somáticos

“ (...) são, pois, adquiridos através de experiência, sobre o controlo de um sistema interno de preferências e sob a influência de um conjunto externo de circunstâncias que incluem não só entidades e fenómenos com os quais o organismo tem de interagir mas também convenções sociais e regras éticas.” (Damásio, 1995:191).

A aprendizagem do ser humano é seletiva (LeDoux, 2000 cit. in Veiga-Branco, 2012a). O sujeito atribui significados e simbolismos, ficando apenas na memória o residual. Quando um idoso consegue manter a essência marcada pela tonalidade de emoções positivas, este voltará

ao assunto, podendo realizar novas abordagens, estimulando novas aprendizagens, oriundas da curiosidade, alegria ou até mesmo pela ansiedade. Estes sentimentos descritos “são a melhor arma para as descobertas do saber, que derrotam de vez a cegueira e os reducionismos.” (Veiga-Branco, 2012a:280).

Os cuidadores informais experienciam sentimentos e emoções de motivação como amor, retribuição, prazer e satisfação. De acordo com o estudo realizado por Souza & Rua, 2013 as emoções básicas referidas pelos cuidadores informais são interesse, alegria, surpresa, cólera, nojo, desprezo, medo, agustia, vergonha e tristeza.

A dificuldade inerente ao ato de cuidar, resultam em sentimentos que os desmotivam, experimentando um desgaste muito grande, afetando a sua autoestima e o seu estado de saúde. Tendo em conta a diversidade de emoções e sentimentos vividos pelos cuidadores, é essencial oferecer um maior conhecimento para ajudar a lidar da melhor forma com as experiências vivenciadas. Temos assim como desafio ao abordar este tema, avaliar as forças necessárias para intervir em emoções e sentimentos com potencial lesivo para o cuidador informal, tais como o medo, o mau humor e/ou a ansiedade (Lage, 2007). Torna-se assim um desafio urgente, treinar, educar e mobilizar estratégias de treino de emoções que permitam gerir as emoções. O autoconhecimento das emoções e o seu treinamento permite ao prestador de cuidados “encontrar equilíbrio e força necessários para se envolver de forma significativa no processo de cuidar” (Moreira, 2012:88).

## **1.2. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS INFORMAIS Á PESSOA EM DOMICÍLIO**

*“O que opõe ao descuido e ao descanso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização de envolvimento afeto com o outro.”*

*Leonardo Bolf*

Existem atualmente condições demográficas que provocam uma maior discussão sobre a prestação de cuidados, nomeadamente o crescimento do número de pessoas idosas, taxa crescente do número de pessoas idosas com problemas de dependência, as necessidades das pessoas que prestam cuidados, as mudanças nos padrões de fertilidade marital e a participação crescente das mulheres no mundo do trabalho. As políticas sociais e de saúde atuais encaminham-se para a manutenção das pessoas idosas no seu domicílio levando

consequentemente a uma crescente relevância do cuidado informal (Paúl, 1997 cit. in Andrade, 2009).

O cuidador informal ao prestar cuidado no domicílio ao idoso dependente, sente um conjunto de necessidades, nomeadamente de ajudas técnicas e nas 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 onde os cuidadores necessitam de saber os seus direitos, respostas existentes e em particular, desenvolvimento de competências sociais (Figueiredo, 2007).

Os cuidados prestados pelos familiares cobrem as necessidades que contribuem para a saúde e para o bem-estar das pessoas idosas, “proporcionando-lhes suporte psicológico, emocional, financeiro e cuidados e assistência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária.” (Lage, 2005b cit. in Andrade, 2009).

O leque de serviços prestados pelos familiares é vasto, sendo os mais frequentes por ordem decrescente de importância: o transporte, o verificar o bem-estar da pessoa idosa, os serviços domésticos, a assistência administrativa e legal, a preparação de refeições, a coordenação, as compras, a supervisão contínua, a enfermagem e a ajuda financeira geral (Paúl, 1997 cit. in Andrade, 2009).

Os cuidadores informais, como pessoas que desenvolvem tarefas de cuidado, podem ser identificados em dois tipos diferentes quanto ao cuidado que prestam: cuidadores primários (onde irá incidir o estudo), também designados de cuidadores principais e cuidadores secundários, não sendo consensual a sua distinção em todos os estudos (Martín, 2005 cit. in Andrade, 2009).

A aquisição do papel de cuidador primário é explicada pelo Modelo Hierárquico Compensatório, também denominado de Substituição Hierárquica de Cantor desenvolvido no ano de 1983 (Paúl, 1997 cit. in Andrade, 2009: 50). Este modelo defende a existência de uma ordem de preferência na aquisição do papel de cuidador (cônjuge-filhos-outros familiares-amigos) (Andrade, 2009).

Existe uma grande dificuldade em dar uma definição precisa sobre o que é um cuidado informal e em conhecer quem cuida, não só devido à discrepância das fontes utilizadas, mas também por esta ser uma atividade desenvolvida em âmbito doméstico (Gledinninget al, 2009 cit. in Alves, 2011).

Quando uma pessoa dependente está casada, o cuidado irá para o conjugue, sobretudo em famílias uni geracionais, sendo grande parte das vezes o conjugue também idoso. Os conjugues idosos constituem um dos maiores suportes de dependência ao domicílio, isto porque prestam inevitavelmente mais horas de assistência e têm mais probabilidades de fornecer cuidados pessoais, aceitando e sendo inevitavelmente mais tolerantes (Paúl, 1997 cit. in Andrade, 2009). No entanto ao analisar o casal, a mulher surge como a que tem maior probabilidade de ser cuidadora, porque coabita com o marido e na maior parte das vezes é o elemento mais novo do casal.

Na segunda linha de prestação de cuidados a pessoas dependentes idosas surgem as filhas. Matthews e Rosner, 1988 cit. in Paúl, 1997 cit. in Andrade, 2009 desenvolveram um trabalho acerca da divisão dos trabalhos pelos filhos, concluindo que os cuidados de rotina retaguarda eram essencialmente realizados pelas filhas, enquanto os cuidados exercidos de forma esporádica eram mais comuns nos filhos. Concluíram ainda que as filhas têm maiores probabilidades do que os filhos de olhar pelos pais, quer em termos de magnitude, quer de responsabilidade. O facto de as filhas assumirem um papel mais preponderante é explicado à luz das normas sociais que reforçam que qualquer prestação de cuidados é da responsabilidade feminina (Paúl, 1997 cit. in Andrade, 2009). Por outro lado, quando os cuidados são assumidos pelos filhos, muito do trabalho é prestado pelas noras (Paúl, 1997 cit. in Andrade, 2009)

Para além dos conjugues e filhos, surgem os irmãos como potenciais cuidadores. Grande parte dos idosos dependentes encara os irmãos como potenciais cuidadores, no entanto apenas uma pequena parte recebe de facto ajuda deles Cicirelli, Coward e Dwyer, 1992 cit. in Paúl, 1997 cit. in Andrade, 2009. De acordo com os mesmos autores, as mulheres recebem mais ajuda das irmãs do que os homens, verificando-se igualmente uma ligação mais forte às irmãs, quer para os homens, quer para as mulheres.

Litwak, 1985 cit. in Martín, 2005 cit. in Andrade, 2009 defende que existem diferentes pessoas que se encontram em melhores condições para ocupar determinadas tarefas. Afirma ainda que os grupos primários (família, amigos e vizinhos) são os que se encontram melhor capacitados para aportar a maior parte dos cuidados informais, porque possuem determinadas características estruturais que facilitam a resposta de ajuda a pessoas que dela necessitam para determinados tipos de tarefas.

Ao debater o cuidado informal é de elevada importância olhar também para quem cuida: os cuidadores. De acordo com Godhead, *et al.*, 2007 cit. in Alves, 2011:13-14 os cuidadores

informais podem ser definidos “exatamente, como os atores que cuidam de um amigo, de um familiar ou de um vizinho que, em resultado de doença, fragilidade ou deficiência, não consegue viver quotidianamente sem ajuda ou apoio”.

O ato de cuidar por parte dos cuidadores informais assume um carácter diverso e cada vez mais complexo, onde a preocupação não passa apenas pelo alimentar, lavar e medicar, mas também por um esforço contínuo, muitas vezes levado ao extremo, a nível emocional, físico e cognitivo. Para cuidar, é necessário conhecer o idoso no seu todo, onde a pessoa cuidada deve de ser vista como um todo indissociável, um ser holístico, com várias dimensões (Grelha, 2009).

Cuidar é ir ao encontro “ (...) numa abertura de espírito e tolerância, de calor humano, de autenticidade, de respeito a fim de construir uma relação de confiança e segurança respeitando as suas escolhas.” (Grelha, 2009: 36). Cuidar é assistir nas satisfações básicas de vida diária e aceitar sem julgamentos. Desta forma, pode entender-se como cuidado:

“ (...) zelar pelo bem-estar de alguém, prestando - lhe assistência, assumindo a responsabilidade e os encargos inerentes a esse ato, também designado como o facto de estar atento a alguém ou a alguma coisa para se ocupar do seu bem-estar ou do seu estado, no seu bom funcionamento nas diferentes etapas da vida.” (Grelha, 2009:37).

Os sistemas familiares têm sofrido nos últimos anos modificações, no entanto, apesar das transformações, a família continua a ser “o principal apoio nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos contactos sociais à pessoa idosa dependente” (Pimentel, 2001 e Paúl, 1997 cit. in Andrade, 2009:2).

As famílias de forma a prestarem apoio ao idoso dependente nomeiam um cuidador principal (Andrade, 2009). A cultura portuguesa atribuiu às famílias, em especial aos membros femininos, a responsabilidade de cuidar. Cuidar de um idoso dependente apresenta-se como uma extensão de papéis familiares, que aliado à hostilidade de algumas instituições pressiona a família no sentido de manter esse papel (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006 cit. in Félix, 2010).

O ato de cuidar é encarado com um sentimento de gratidão, obrigação e reconhecimento perante a pessoa idosa que foi cuidadora de outros. O cuidador informal é alguém que presta cuidado, sem receber qualquer tipo de contrapartida, de forma gratuita (Sousa, 2006 cit. in Félix, 2010).

De acordo com Brêtas e Yashitome, 2000 cit. in Andrade, 2009 o cuidador formal é contratado pela pessoa idosa ou familiares, sendo renumerado pela prestação de serviços, enquanto o cuidador informal é uma familiar, amigo ou vizinho que assume o cuidado à pessoa idosa quase sempre sem preparação ou renumeração.

As políticas sociais e de saúde cada vez mais encaminham a manutenção da pessoa idosa no domicílio, assumindo o cuidador informal tarefas que deveriam ser garantidas pelos serviços de saúde e sociais (Lage, 2005b cit. in Andrade, 2009).

O facto de não existir um cuidador substituto, a falta de conhecimentos sobre a doença e as técnicas cuidativas e a preocupação de quanto tempo vai durar a situação são alguns problemas que irão favorecer a sobrecarga do cuidador (Andrade, 2009).

Cuidar de uma pessoa idosa dependente no domicílio é difícil, implicando ao cuidador e à família a privação de atividades sociais e profissionais. Muitos cuidadores assumem uma “carreira de cuidadores”, assumindo uma nova profissão e desenvolvendo novas necessidades (Veríssimo e Moreira, 2004 cit. in Andrade, 2009).

O significado de necessidade modifica de individuo para individuo. As necessidades não podem ser vistas como absolutas, variando de acordo com os contextos em que o individuo está inserido (Andrade, 2009).

O cuidador e a pessoa dependente são uma unidade, que se influenciam mutuamente. As dificuldades sentidas pelo cuidador são interpretadas como fatores que limitam a qualidade do cuidado prestado. Deste modo, é imprescindível que se conheça e analise as necessidades sentidas pelo cuidador (Andrade e Rodrigues, 1999 cit. in Andrade, 2009).

Palma, 1999 cit. in Andrade, 2009:66 ao estudar as expectativas da família com pessoas idosas dependentes, definiu o problema como “ (...) algo que impede ou dificulta a prestação de cuidados informais ao idoso” e necessidade como “ (...) uma falta de algo essencial, um vazio a preencher. Representa o necessário para remediar um problema identificado.”

As dificuldades existentes nos cuidadores informais dependem, entre outras razões, da falta de conhecimentos sobre as técnicas cuidativas e os recursos comunitários, a falta de conhecimento dos cuidadores para lidar com o *stress* provocado pelo ato de cuidar (Paúl, 1997 cit. in Andrade, 2009).

As principais necessidades identificadas por Palma, 1999 cit. in Andrade são fisiológicas, económicas, de ajuda de outros e de formação/informação. As necessidades fisiológicas (necessidade de dormir) surgiam devido ao esforço desenvolvido pelos cuidadores, impedindo o repouso (Palma, 1999 cit. in Andrade, 2009).

As dificuldades económicas incluem a dificuldade em obter recursos materiais (fraldas, medicamentos, ajudas técnicas) e recursos humanos (ajuda de terceiros na prestação de cuidados).

A dificuldade em obter ajuda de outros para a prestação de cuidados é apontada como outra necessidade. Os cuidadores que têm apoio, apenas o recebem de forma pontual, tornando-se insuficiente.

Por último, a necessidade de formação/informação está relacionada com a falta de informação relativamente à situação de saúde da pessoa idosa e às técnicas de cuidar. Se esta necessidade fosse suprimida, seria possível diminuir o esforço físico e o risco de acidentes na prestação de cuidados à pessoa idosa. (Palma, 1999 cit. in Andrade, 2009).

De acordo com vários autores (Palma, 1999, Sotto Mayor, Sequeira e Paúl, 2006 e Almeida, Miranda, Rodrigues e Monteiro, 2005 cit. in Andrade, 2009) existem outras necessidades e dificuldades sentidas pelo cuidador, como a satisfação das necessidades das pessoas idosas e dificuldade em proporcionar companheirismo ao utente dependente devido à falta de tempo. Neste sentido, os profissionais deverão ver o cuidador informal como uma unidade recetora de cuidados, e não apenas a pessoa idosa dependente (Andrade, 2009).

Leme, 2000 cit. in Andrade, 2009:68 apoia e complementa a ideia defendida anteriormente, referindo que

“ (...) os mais modernos conceitos terapêuticos em geriatria, e gerontologia priorizam uma abordagem profissional destes cuidadores através de cursos de formação, informações continuadas e treino/capacitação do cuidador em contexto institucional, no sentido de o preparar para a prestação de cuidados no domicílio.”

Os serviços destinados a ajudar os cuidadores informais são essencialmente de dois tipos: intervenção psicoeducativa e de “alívio”. As intervenções psicoeducativas têm como principal objetivo o desenvolvimento de competências no cuidador informal de forma a facilitar as exigências do papel e a responsabilidade da prestação de cuidados, provendo esta intervenção apoio emocional. Relativamente aos programas de “alívio” são procurados recursos que ajudem a libertar o cuidador de algumas tarefas.

## **CAPÍTULO II- OS CUIDADOS INFORMAIS: IMPACTOS, SOBRECARGAS E RESILIÊNCIA**

No segundo capítulo abordamos o impacto do ato de cuidar no cuidador informal, sintetizando teoricamente aspetos como a sobrecarga social física e psicológica e a resiliência.

*“Quando agente gosta, é claro que agente cuida”  
Caetano Veloso*

### **2. IMPACTO DO CUIDADO NO CUIDADOR INFORMAL**

Cuidar de um idoso dependente gera diferentes impactos sobre os cuidadores informais. Assumir a prestação de cuidados pode levar consequentemente 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 que desenvolva a reflexão em torno de habilidades e de nova organização dos problemas existentes, podendo diminuir desta forma, algumas consequências negativas do cuidado (Gomes & Mata, 2012).

Um dos motivos que levam o cuidador a envolver-se no cuidado é a preocupação de não recorrer à institucionalização, sendo esta preocupação partilhada por idosos e familiares. O idoso encara a institucionalização como “ um abandono, como a família a desfazer-se de um inútil ou um estorvo.” (Félix, 2010:37). De acordo com Félix, 2010:37 “A figura de cuidador está baseada no conceito de que o ser humano tem inato direito de poder funcionar ao seu melhor nível e o cuidador deve promover a independência da pessoa a seu cargo, ao nível físico, intelectual, emocional e espiritual.”

A família assume os cuidados para dar o exemplo aos filhos ou para contornar possíveis críticas sociais. A opção de internamento num lar de idosos é difícil porque existe uma pressão social que condiciona negativamente essa opção e porque a consciência individual é confrontada com o dever de reciprocidade e solidariedade (Félix, 2010).

No fim do ciclo de vida, a casa onde a pessoa idosa vive contém histórias de vida e objetos que desempenham funções familiares, sendo grande parte das vezes os únicos bens que o idoso tem. No entanto, o cuidado informal ao ser prestado em ambiente domiciliar leva à existência de um contexto complexo entre o idoso, o cuidador e outros agentes (nomeadamente cuidadores formais) (Félix, 2010).

As situações de dependência dos idosos podem ser agravadas como o tempo levando a um aumento da responsabilidade ao cuidar, podendo provocar alterações nas relações entre o idoso e o cuidador, e entre ambos e a família. Esta situação associa-se a vários fatores, ligados à matriz emocional e psicológica/psiquiátrica do doente. São exemplos a solidão e sensação de invasão do seu espaço, síndromes depressivas e demências e ocupação de espaços estranhos quando coabitando com os filhos. A envolvimento existente no ato de cuidar pode desencadear padrões de *stress* no cuidador, devido ao número de horas despendidas com o cuidado e da dificuldade em conciliar as tarefas com horas de lazer e de convívio (Félix, 2010).

Alguns autores Baumgarten, 1994; Luders & Storani, 1999 cit. in Félix, 2010 alertam para as necessidades sentidas resultantes do ato de cuidar, por poder ser desvalorizado e poder comprometer a independência do cuidador. O cuidador passa a viver a vida do idoso.

Quando o cuidador perde a sua independência e se encontra com sobrecarga, podem existir situações em se desenvolvem distúrbios comportamentais, sobretudo quando o cuidado é desenvolvido no apoio a idosos com alterações psiquiátricas (demências). O cuidador ao encontrar-se vulnerável pode desenvolver patologias do foro cognitivo e comportamental. Estas situações podem levar à existência de “dificuldades no desempenho das tarefas do quotidiano e à necessidade de ajustamento psicológico, social e laboral” (Félix, 2010:38).

Muitas das dificuldades referidas anteriormente são provocadas pela falta de formação específica que permita aos cuidadores informais garantir a qualidade dos cuidados que prestam. Quando o cuidador não possui qualquer formação, o esforço suplementar torna-se excessivo. Para além disso, não estão a maior parte das vezes emocionalmente “preparados para o cuidado para a deterioração sofrida pelo ente querido que têm a seu cargo” (Félix, 2010:39).

Devido a todos os motivos descritos anteriormente, o cuidador vive momentos de grande ansiedade, por ter “dificuldades em aceitar a degradação física do familiar, o sentimento de impotência face à degradação e o peso das atividades diárias” (Cerqueira, 2005 cit. in Félix, 2010:39).

Quando o ato de cuidar não significa apenas curar, podem existir sentimentos de frustração, impotência e revolta resultantes da impossibilidade de devolver ao familiar a autonomia de que usufruía (Félix, 2010).

## **2.1. SOBRECARGA NO CUIDADOR INFORMAL**

A longevidade associada à morbidade tem criado inquietação, por gerar um encargo demasiado pesado para quem tem que prestar cuidados, quer seja o conjugue, filhos na maioria filhas ou noras, vizinhos amigos e outros. A prestação de cuidados gera sobrecarga física, social e psicológica e gera sentimentos de frustração, ansiedade, inquietação e preocupação constante.

Apesar dos cuidadores informais considerarem gratificante cuidar do familiar dependente, a tarefa de cuidar tem consequências negativas. A literatura gerontológica utiliza o termo sobrecarga proveniente “*Burden*” para se referir aos efeitos negativos inerentes ao ato de cuidar. O conceito de sobrecarga é multifacetado sendo de acordo com Vitaliano, Ecanlan e Zhang, 2003 uma resposta psicossocial associada à prestação de cuidados. Pearlin, 1990 cit. in Figueiredo, 2007 definem sobrecarga como consequência do decréscimo dos sentimentos de bem-estar e do aumento de problemas de saúde.

No entanto, a sua definição não é consensual. De acordo com Braithwaite, referida por Martins, Ribeiro e Garrett, 2003 cit. in Mestre, 2010:34 a sobrecarga do cuidador informal “é uma perturbação que resulta do facto de se lidar com dependência física e incapacidade mental do indivíduo a quem se presta cuidados”. Para a autora, cuidar de um idoso dependente “é um processo irreversível que contém cinco situações de crise: consciência da degeneração, imprevisibilidade, limitações do tempo, relação afetiva entre cuidador e sujeito alvo de cuidados e a falta de alternativas de escolha.” (Mestre, 2010:34).

Para Borgermans, Nolan e Philp, 2001 cit. in Figueiredo, 2007 sobrecarga está relacionada com os constantes problemas que existem numa situação de prestação de cuidados. Por outro lado, para o autor Lage, 2005:210 cit. in Mestre, 2010 a sobrecarga pode ser definida como “as consequências físicas, psicológicas e sociais inerentes ao ato de cuidar de outra pessoa.”

Existem dois tipos de repercussões do cuidar: as objetivas (resultante da prática do cuidar) e as subjetivas (percecionam as primeiras). A sobrecarga objetiva está relacionada com a doença/dependência, tipo de cuidados e as consequências e modificações de toda essa “situação na vida familiar, social, económica e profissional de quem cuida” (Mestre, 2010:34). A

sobrecarga subjetiva está relacionada com a percepção do cuidador relativamente as repercussões emocionais das exigências ou problemas inerentes ao ato de cuidar (Martins, Ribeiro e Garrett, 2003 cit. in Mestre, 2010).

A sobrecarga subjetiva constitui um fator importante no bem-estar do cuidador, pois as avaliações cognitivas que o cuidador faz acerca das suas tarefas da prestação de cuidados influenciam o seu bem-estar (Figueiredo, 2007 cit. in Mestre, 2010). Desta forma, é possível compreender como diferentes cuidadores, em contextos semelhantes, podem perceber uma mesma situação de forma diferente. A percepção determina assim um papel mediador cognitivo das respostas do cuidador a um determinado momento e situação (Brito, 2001 cit. in Mestre, 2010).

Lawton et al, 1989 cit. in Mestre, 2010 desenvolveu um modelo fundamental para conceptualizar a sobrecarga e as suas implicações no bem-estar do cuidador. Este modelo explicativo baseia-se em dois sentidos opostos: a sobrecarga e a satisfação. Os autores deste modelo defendem que o cuidador ao cuidar de alguém fica exposto a situações de *stress* e de grande tensão, mas também de ganhos pessoais como a satisfação e o bem-estar que está a causar ao seu familiar.

Apesar de haverem aspetos positivos no ato de cuidar, cuidar de alguém é uma tarefa pesada e que tem custos físicos e afetivos (Paúl, 1997 cit. in Mestre, 2010).

De acordo com Ribas et al., 2000 cit. in Gomes & Mata, 2012 o cuidador tem desafios diários imprevisíveis sofrendo perdas de controlo sobre a sua vida que se refletem na sua saúde física e emocional. Para os autores Martínez, Nadal, Beperet, Mendióroz e Grupo Psicot, 2000 cit. in Gomes & Mata, 2012: 170, a carga familiar repercute-se em várias áreas do quotidiano do cuidador, tais como, tarefas de casa, relações entre o casal e familiares, desenvolvimento pessoal, economia familiar, saúde mental e mau estar subjetivo.

Quando existe sobrecarga emocional excessiva os cuidadores informais de idosos com demência, os sentimentos mais frequentes são: hostilidade, raiva, culpa, medo, revolta, solidão e pessimismo (Silveira, Caldas & Carneiro, 2006 cit. in Loureiro, 2009). Por outro lado, de acordo com Schultz, O'Brien, Bookwala e Fleissner, 1995 cit. in Loureiro, 2009 cerca de 50% dos cuidadores informais de doentes com demência desenvolvem sintomatologia psiquiátrica como resultado do longo processo de cuidar e ansiedade.

Brito, 2002 cit. in Rocha, 2009 refere que a saúde mental e física do cuidador está fundamentalmente relacionada com a sua percepção de *stress*, ainda que outras variáveis sociodemográficas e de âmbito influenciariam a forma como os problemas são encarados.

Os cuidadores informais passam grande parte do tempo junto da pessoa dependente, sendo muitas das vezes o principal elo com os profissionais de saúde, fornecendo informações revelantes.

Quando o cuidador informal apresenta perturbações de saúde, o ato de “cuidar” fica comprometido, não conseguindo suprimir com eficácia as necessidades de quem é cuidado. Também os cuidadores necessitam de ser cuidados, ouvidos e entendidos. Só sabendo que tipos de cuidadores e que perfis existem é que se torna possível realizar e trabalhar os problemas descritos anteriormente (Grelha, 2009).

## **2.2. RESILIÊNCIA FAMILIAR**

*“A Resiliência é a arte de navegar nas torrentes.”  
Cyrulnik, B. (2001:225)*

O termo resiliência tem origem no latim *resiliens* que significa “Saltar para trás, voltar, ser impelido, recuar, encolher-se, romper.” (Pinheiro:68 cit. in Cardoso, 2011).

O conceito de resiliência surgiu na década de 70 na área de psicologia, no âmbito de estudos desenvolvidos para estudar pessoas que ao passarem por situações negativas e traumáticas não alteravam o seu estado de saúde como seria de esperar (Regalla, Guilherme & Serra-Pinheiro, 2007, Souza & Cerveny, 2006a, Souza & Cerveny, 2006b cit. in Cardoso, 2011). A resiliência é a capacidade que a pessoa tem de se reorganizar, adaptar após uma situação desagradável.

De acordo com Rutter, 1987 cit. in Afonso, 2012 e Oh & Chang, 2014 o estudo da resiliência surge associada ao estudo da psicopatologia da infância e da adolescência, onde os estudos se debruçavam essencialmente sobre crianças que viviam em famílias de alto risco. Estes estudos eram usados para descrever as características que fazem com que o indivíduo não seja disfuncional socialmente, apesar das características do meio em que se desenvolveu. A resiliência é utilizada para descrever a capacidade do indivíduo em se adaptar de forma satisfatória e circunstâncias adversas.

O conceito de resiliência evoluiu, passando da forma de tradicional, onde apenas a resiliência era estudada de acordo com as características de um indivíduo da família, passando a ser estudada de uma forma mais abrangente, onde são tidos em conta propriedades relacionais da família, que facilitam o crescimento e evolução da família como unidade (Oh & Chang, 2014).

De acordo com Hildon, Montgomery, Blane, Wiggins e Netuveli, 2009 cit. in Afonso, 2012 a velhice caracteriza-se pelo aparecimento de um conjunto de limitações funcionais e de diminuição do funcionamento em diversos domínios como na saúde e circunstâncias gerais de vida e acontecimentos de carácter negativo. O conceito de resiliência na velhice está relacionado com a recuperação de um risco ou acontecimento negativo e com a manutenção e desenvolvimento de capacidades face à acumulação de ameaças e desafios. Deste modo, é importante identificar e compreender que fatores e processos provocam o desenvolvimento da capacidade do idoso de recuperar ou manter bem-estar apesar das perdas e desafios que podem ocorrer na velhice (Afonso, 2012).

A investigação em torno da resiliência e envelhecimento tem seguido duas linhas de pensamento. De acordo com os autores Hildon, Montgomery, Blane, Wiggins e Netuveli, 2009 cit. in Afonso, 2012:169 “a resiliência foi, inicialmente analisada como um resultado positivo perante um acontecimento negativo ou como um traço de personalidade moderador da resposta de *stress*”. A primeira perspetiva identifica as características de fatores relacionados com o facto de os indivíduos terem mais resistência ao impacto de situações difíceis. Surge deste modo, a questão se existirá ou não um recurso comum, isto é, se existirá uma fonte que torne a pessoa mais resiliente.

Os autores Ryff e Singer, 2003 cit. in Afonso, 2012 consideram que a resiliência deve ser analisada como um recurso interno de personalidade, acreditando que o facto de um indivíduo ser ou não resiliente está relacionado com características psicológicas. No perfil de indivíduos com capacidade de resiliência, de acordo com Anthony & Cohler, citado por Souza & Cerveny, 2006b:22 cit. in Cardoso, 2011:61 estão presentes traços de personalidade tais como “temperamento fácil, nível mais alto de inteligência e de autoestima, e um senso realístico de esperança e controle pessoal.”

A resiliência é um processo dinâmico que está relacionado com fatores protetores de carácter sociológico, psicológico, relacional e biológico. Os aspetos sociológicos estão

relacionados com a educação e o rendimento económico. A nível psicológico destaca-se características de personalidade e mecanismos de interpretação e avaliação dos acontecimentos, ou seja a forma como o indivíduo encara acontecimentos trágicos ou perdas. A nível relacional, que está relacionado com as redes de suporte social, a integração na comunidade, características das redes familiares e de vizinhança. Por último as características biológicas, relacionadas com a ótima alostase e ativação simétrica. Todos estes fatores enumerados anteriormente influenciam a capacidade que os indivíduos têm para manter bons níveis de saúde e bem-estar, apesar das adversidades do quotidiano (Riff, Singer, Love e Essex, 1998 cit. in Afonso 2012).

A resiliência é entendida, de acordo com Rutter, 1999 cit. in Cardoso, 2011 como a capacidade de dar resposta a um fator de risco, entendendo-se risco como experiências negativas. Estes riscos são experienciados de forma distinta pelos indivíduos, dependendo do momento que está a passar no seu ciclo de vida. Desta forma, para estudar se as pessoas são resilientes é necessário estudar as interações do momento histórico que a pessoa está a passar. Assim, a resiliência não é universal nem estática, dependendo das condições, circunstâncias e contexto.

Existem fatores de risco que podem influenciar o nível de resiliência tais como dificuldade de controlo emocional, sentimentos de culpa, ausência de comunicação, inexistência de apoio, e múltiplas e simultâneas transições desenvolvimentais e situacionais (Antoni & Koller, 2000 cit. in Cardoso, 2011). A intervenção junto dos indivíduos deve ter como objetivo a identificação de estratégias que a família pode desenvolver para lidar com a situação e ficar forte apesar da existência de um acontecimento negativo (Walsh, 1996 cit. in Cardoso, 2011).

Podendo o papel de cuidar, de acordo com Peixoto & Martins, 2012 desencadear eventos stressantes para a família, nomeadamente para o cuidador informal, o Perfil de Resiliência da Família, pode influenciar a sobrecarga e bem-estar do cuidador informal, sendo esta variável de elevada importância no nosso estudo.

## **CAPÍTULO III-OS PROCESSOS DE ENVELHECIMENTO:DESAFIOS À PRÁTICA GERONTOLÓGICA EM SERVIÇO SOCIAL E GERONTOLOGIA**

Neste capítulo realizamos uma abordagem conceptual à pertinência e às formas de intervenção por parte de profissionais com formação em Serviço Social e Gerontologia Social, sobre a importância da gerontologia educativa no processo de envelhecimento e das relações interpessoais.

### **3. ASSISTENTE SOCIAL COM FORMAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

Na intervenção realizada ao nível do envelhecimento, a comunidade assume um papel essencial e com potencialidade bem como para o exercício de desvitamização do idoso (Mouro, 2013). A população mais velha apresenta um conjunto de problemáticas com as quais os assistentes sociais com formação em gerontologia têm de intervir, nomeadamente a carência de recursos, aumento da dependência nos idosos, dificuldade de acesso à informação e aos direitos, isolamento e redes de sociabilidade, familiares que abusam de idosos, entre outros (Granja & Pereira, 2009).

Apesar do Serviço Social e da Gerontologia terem algumas fronteiras, os profissionais com estas formações, têm competências para efetuar diagnósticos psicossociais, desenvolver atividades destinadas à população idosa e intervir psicossocialmente (Granja & Pereira, 2009).

Os assistentes sociais com formação em gerontologia ao trabalhar com idosos devem adotar técnicas e táticas formativas adequadas, devendo as mesmas serem metódicas e refletidas. Como em outras áreas existem diversos domínios e áreas do saber (saber-fazer, saber-estar, saber-ser). Salientamos de entre as diversas técnicas pedagógicas que pressupõe as áreas do saber, anteriormente descritas, o Brainstorming, Role playing, técnica de perguntas, de simulação e de análise de textos (Veiga-Branco, 2012b).

Ao abordar a ação do profissional destacamos a intervenção no âmbito do apoio psicossocial, relação de ajuda e empowern. De acordo com Caparrós, 1992 cit. in Carvalho & Pinto, 2015 a intervenção psicossocial pode ser utilizada na alteração de comportamentos,

intervenções em situações de crise, intervenções consencializadoras e de empowerment e na coordenação de casos através do acompanhamento das famílias. Pretende-se com este tipo de intervenção entender as relações interpessoais de uma determinada família, potencializar conhecimentos, refletir e identificar os fatores que podem regredir ou potencializar uma intervenção, entender os mecanismos de defesa do indivíduo e entender as relações sociais, avaliando psicofeticamente a interação social da família.

A relação de ajuda, ação utilizada em diversas áreas das ciências sociais e humanas, é utilizada em situações em que o indivíduo ou um determinado grupo, está num determinado momento da sua vida, a viver uma situação de necessidades e de insegurança. De acordo com Bremejo, 1998 cit. in Carvalho & Pinto, 2015 as pessoas que se encontram em sofrimento estão a sentir momentos de insegurança, medo, ansiedade, culpa e confusão, sentimentos bastante frequentes no cuidador informal. Durante a intervenção, o cuidador deve ser tratado como uma pessoa única e singular, exprimir sentimentos positivos e negativos, ser compreendido, ser reconhecido que é uma pessoa com dignidade própria, não ser julgado como ser humano e estimular a tomada de decisão (Biestek, 1957 cit. in Carvalho & Pinto, 2015). Devem ainda estar presentes princípios de individualização, expressão de sentimentos, envolvimento emocional, aceitação, não julgamento, autodeterminação e confidencialidade.

A intervenção baseada no empowerment pressupõe o desenvolvimento da autonomia, capacitação, emancipação e participação. O profissional deve desenvolver juntamente com a pessoa mais velha uma intervenção baseada no pressuposto da capacitação, de forma a desenvolver no indivíduo a capacidade de estar presente em vários âmbitos das configurações sociais, ganhando a capacidade de ser um elemento ouvido e com influencia sobre o que decide na sua vida, com consciência e capacidade de reflexão sobre as consequências e vantagens das suas decisões (Pinto, 2013).

### **3.1. GERONTOLOGIA EDUCATIVA: A SUA IMPORTANCIA NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS**

A população encontra-se cada vez mais envelhecida, sendo possível distinguir dois tipos de envelhecimento, um a partir da base da pirâmide, onde ocorre uma redução do número de crianças e jovens, e outro a partir do topo, onde ocorre um aumento da faixa etária de idosos. O envelhecimento populacional leva ao aparecimento de um conjunto de desafios. A convivência

entre diferentes gerações, famílias com um ou mais elementos idosos, a exigência dos cuidados médicos necessários são alguns desses desafios (Oliveira, 2005).

Com o aumento desta faixa etária, o número de medidas e políticas sociais têm aumentado, de forma a dar uma resposta aos desafios inerentes ao aumento da população idosa. Portugal não é exceção estando essa preocupação salvaguardada na Constituição da República Portuguesa no artigo 72º “as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário (...)” e “A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização social (...)” (Correia, 2003). A nível macro, também o Conselho da Europa, na recomendação 1035 reconhece como obrigação dos estados membros favorecer a integração das pessoas idosas, prever especialmente cuidados de saúde e de prevenção e reabilitação de pessoas idosas, promover uma vida independente e se possível nas suas habitações, promoção de equipamentos que permitam o acesso e a prioridade e encorajar atividades de voluntariado e de ajuda de pessoas idosas (Correia, 2003).

A nível individualizado, a intervenção direcionada a esta população é complexa, sendo esta também um desafio para os profissionais que trabalham nesta área. A intervenção educativa com idosos pode ser desenvolvida em ações que pressupõem a participação dos idosos nas ações, como por exemplo de desenvolvimento comunitário, de educação para o desenvolvimento e programas educação e de desenvolvimento de competências. O objetivo da Gerontologia Educativa de acordo com Martín, 2007:60 pode ser sintetizado nos seguintes pontos “prevenir declínios prematuros, consequência do envelhecimento, proporcionar papéis significativos aos idosos, visando uma integração normalizada do seu contexto social, e desenvolver ou potenciar o crescimento e o desenvolvimento pessoal.”

As intervenções no âmbito do envelhecimento têm como objetivos prevenir situações de degradação no envelhecimento, criação de condições que permitam a integração sociofamiliar evitando o isolamento, fomentar a autonomia do idoso, valorizar o idoso como uma ser com experiências e saberes e apoiar os prestadores de cuidados informais (Correia, 2005).

A educação sobre e para o envelhecimento tem como objetivo promover um maior conhecimento esse processo. A educação em torno desta temática com os cuidadores informais, é um instrumento que permite a mudança de atitudes, estereótipos, mitos e preconceitos ajudando o idoso a conviver melhor com esta fase da vida. A educação sobre o envelhecimento consiste uma das maiores bases e pilares da Gerontologia Educativa (Martín, 2007).

O processo de envelhecimento quando não é trabalhado e quando o indivíduo não aceita as transformações pode levar a situações stressantes. O processo de aceitação das transformações físicas, o reconhecimento da finitude de vida e a perda das relações interpessoais são alguns dos desafios com que os idosos, incluindo os cuidadores informais têm de lidar. De acordo com Colarusso, 1998 cit. in Oliveira, 2005 existem três tarefas que se impõem aos idosos, nomeadamente manter a imagem do corpo e a integridade física; aceitar a morte dos outros, aprendendo a conviver com essa realidade e não cair em depressão ou em melancolia e preparar a própria morte, sendo esta certamente a tarefa mais desafiante no idoso. Os idosos devem desenvolver competências no sentido de realizarem constantes revisões de vida, como “uma espécie de percurso no interior de si mesmo, sabendo aceitar os aspetos negativos do passado, para não cair em desilusão, depressão ou mesmo desespero (...)” (Oliveira, 2005:42).

Para além da importância de trabalhar a aceitação das transformações físicas, o profissional também deve promover as relações interpessoais dos idosos, prevenindo a perda de contactos sociais e/ou promovendo a criação de novas relações sociais.

O profissional deve sensibilizar esta população para a importância das relações interpessoais. A participação comunitária deve ser promovida com vista ao maior acesso a informações e esclarecimentos, facilitando a integração no idoso e a sua permanência na comunidade. Os amigos neste campo assumem um papel importante. De acordo com Ayéndez, 1994 cit. in Domingues, 2012:178 os amigos “são pessoas que mantêm relações afetivas que podem predispor a vários tipos de assistência: companhia, partilhar, confidências, prover serviços ou auxílio em atividades cotidianas”. Erbolato, 2002 cit. in Domingues, 2012, sobre a importância dos amigos nos idosos também dá o seu contributo defendendo que os amigos têm dois traços únicos nomeadamente o facto de estes serem contemporâneos, tendo muitas vezes as mesmas características e limitações e o facto de na amizade tudo ser voluntário, não havendo obrigação de vínculo. Os amigos constituem assim um tipo de relação vinculativa e interpessoal de extrema importância para o bem-estar dos idosos, promovendo a manutenção das suas relações interpessoais.

Os vizinhos também constituem uma forma de rede interpessoal eficiente. Pela sua importância a rede de vizinhos deve ser estimulada, mobilizada e valorizada, chegando até mesmo a ser a base de muitos programas de prevenção e promoção de envelhecimento saudável (OPAS, 1998 cit. in Domingues, 2012).

Por último, o apoio familiar também assume um papel preponderante nas relações interpessoais. Apesar da maior parte dos idosos dependerem do apoio familiar à medida que envelhecem, não é esta dependência que promove a importância das relações familiares (Shanas, 1979 & Dobrof, 1997 cit. in Domingues, 2012).

### **3.2. PASSAGEM À REFORMA**

O ser humano está sujeito a um conjunto de alterações ambientais e de socialização características da sua evolução ao longo do ciclo de vida. O fenómeno da reforma tem merecido atenção por parte da investigação e da literatura. Diversos autores definem na psicologia, a designação de psicologia da reforma, onde esta passagem é tratada como um processo natural do ciclo de vida de transição. A passagem para a reforma, fase pelos quais os cuidadores informais já passaram na sua maioria, pode levar à existência de momentos sensíveis, causando desequilíbrio emocional e social (Fonseca, 2005).

A reforma, apesar de não ter um tempo ideal e específico, de acordo com Atchley, 1996 cit. in Loureiro, Fonseca & Veríssimo, 2012 os indivíduos atravessam por diversas fases na passagem para a reforma, nomeadamente: a) pré-reforma (onde a pessoa mais velha começa a realizar uma despedida do mundo do trabalho); b) fase da lua-de-mel (desenvolvimento de perspetivas positivas e de projetos adiados); c) fase do desencanto (o indivíduo começa a perceber que não é possível realizar todos os sonhos como perspetivava, sentindo algum descontentamento, impotência e estados depressão); d) fase da estabilidade (o indivíduo desenvolve estratégias para lidar com a situação, encontrando um certo equilíbrio).

A reforma, após o seu período inicial, pode significar um conjunto de roturas e de perdas sociais, como por exemplo a perda das relações com os colegas, amigos, perda de alguns familiares e financeira. De um modo geral, as redes sociais diminuem, passando a pessoa maior a centrar-se mais nas relações familiares (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004 cit. in Pereira, 2012).

A reforma é encarada como um acontecimento positivo, invocando como motivos o facto de ser um período mais propício ao desenvolvimento de relações mais próximas, realização de atividades que até então não tinha tempo para realizar, tratando-se inicialmente de um período de grande satisfação. A passagem do mercado de trabalho para a reforma muitas vezes significa, após este período de lua-de-mel e da perda de hábitos e rotinas, o aparecimento de sentimentos

de frustração, tristeza e neura. A passagem para a reforma deve ser encarada como uma de entre as várias fases de desenvolvimento e ciclo da vida (Fonseca, 2005). A reforma constitui assim

“ (...) um processo de transição que envolve perdas e ganhos que desencadeia uma percepção ambivalente (sentimentos simultaneamente positivos e negativos) e que, conseqüentemente, se faz acompanhar de algum grau de stress, em função da causa e da motivação que estiveram na base da sua ocorrência.” (Lachman, 2001 cit. in Loreiro, Fonseca & Veríssimo, 2012).

Os profissionais que trabalham com a população idosa intervêm nestas questões de forma a facilitar a transição de papéis e a tornar a transição para a reforma um processo natural.

## **CAPITULO IV- COMPETÊNCIAS SOCIAIS**

O Capítulo IV aborda de forma conceptual as competências sociais. É possível também encontrar pontos que se debruçam sobre temáticas que consideramos importantes no desenvolvimento de competências, nomeadamente a importância da comunicação, terapia de reminiscência e visitas domiciliárias.

### **4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS**

As habilidades sociais são muito relevantes na vida dos indivíduos. Os contextos sociais e os agentes que fazem parte deles exercem uma forte influência no desenvolvimento de todas as etapas de vida (Trianes, Muñoz & Jiménez, (1997/2003). Loureiro, 2011:7 partilha a mesma opinião afirmando que:

“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.”

A preocupação com os défices e as suas consequências no desenvolvimento de aptidões sociais em fases da vida dos indivíduos podem comprometer fases do ciclo vital, nomeadamente na velhice. O ser humano tem capacidades, designadas por aptidões sociais, necessárias para concretizar objetivos afetivos e instrumentais necessários à vida social.

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 e Dickson, 1994 cit. in Silva, 2004:62).

De acordo com Bellack e Herson, 1977 cit. in Gouveia, 1986 cit. in Silva, 2004, a aptidão social consiste na capacidade de expressar emoções positivas e negativas sem sofrer perda de reforços sociais a estímulos externos, sociais e nas relações interpessoais.

As aptidões sociais segundo Matos, 1989:18 cit. in Libet e Lewinsohn, 1973 cit. in Silva, 2004:62 consistem:

“ Uma aptidão complexa para emitir, ao mesmo tempo, comportamentos que são positiva ou negativamente reforçados e não emitir comportamentos que sejam punidos ou extintos pelos outros. Um indivíduo com boas aptidões sociais é aquele que assegura níveis altos de reforços por parte dos outros seres humanos.”

Um indivíduo com aptidões sociais desenvolvidas tem a capacidade de captar a correta realidade e saber quando há probabilidade de serem reforçados os seus comportamentos sabendo que a sua expressão emocional não será inibida à vista dos outros.

Ao abordar o treino de aptidões sociais é necessário abordar alguns conceitos como a assertividade, aptidão social e competência social.

A assertividade de acordo com Wolpe e Lazarus, 1966 “ envolve a afirmação dos próprios direitos e expressão de pensamentos, sentimentos e crenças de maneira direta, honesta e apropriada que não viole o direito das outras pessoas.” (Lange e Jakubowski, 1976:7 cit. in Silva, 2004).

O conceito de aptidão social e competência social são conceitos diferentes. De acordo com McFall, 1996 cit. in Silva, 2004 o conceito de competência social supõe um défice não só pela ausência de um comportamento específico mas também quando um determinado comportamento emitido em direção a um determinado objetivo não atinge os índices de competência desejados.

A competência social é uma estrutura complexa relacionada com o sistema psicológico do sujeito. Existem aspetos internos e externos do indivíduo que influenciam o desenvolvimento de competências sociais. Os processos internos estão relacionados com a capacidade de entender o ponto de vista do outro, a empatia (definida neste contexto como a capacidade de reconhecimento e de sintonização com as emoções do outro), o conhecimento social (capacidade de viver e interagir em sociedade), autorregulação das relações interpessoais e a auto percepção e capacidade de se valorizar a si mesmo. Os processos externos estão relacionados com a capacidade de gerir as relações e de as valorizar. (Trianes, Muñoz & Jiménez, 1997/2003).

De acordo com os autores DelPrette, 1983, Z.DelPrette e A.DelPrette, 1996 cit. in Silva 2004, a competência social é a capacidade do indivíduo, avaliada pelo mesmo ou pelos outros, de garantir simultaneamente os objetivos de uma situação interpessoal, a manutenção da sua relação com o interlocutor, a manutenção ou melhoria da autoestima e manutenção ou melhoria dos direitos humanos socialmente estabelecidos.

Os programas de desenvolvimento de competências sociais desenvolvidos em diversas áreas das ciências sociais têm demonstrado resultados eficazes e melhorias a curto prazo. (Gresham, 1981/1985 cit. in Spence, 2003 cit. in Loureiro, 2013). O Treino de competências sociais permite intervir em situações em que existe dificuldades interpessoais, tendo como objetivo desenvolver no indivíduo novas capacidades e maximizar as relações positivas e de interação social. Para os autores Del Prette e Del Prette, 2010 cit. in Loureiro, 2011 o treino de competências sociais

“ (...) carece de uma teoria integrativa que não apenas reveja os diferentes constructos explicativos, mas sobretudo que os integre de maneira sistemática, de modo a melhor articular os fenómenos a que se reporta, tais como habilidades sociais, interação social e comunicação interpessoal.”

Ao realizar o treino de competências num indivíduo existem diversos procedimentos a serem 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 cit. in Loureiro, 2013).

De acordo com Caballo, 2008 cit. in Loureiro, 2013 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. De acordo com este autor, deve existir diversos momentos de avaliação da evolução nomeadamente na fase de implementação, durante e depois da aplicação do programa de desenvolvimento de competências.

#### **4.1. TERAPIA DE REMINISCENCIA**

A reminiscência na intervenção com idosos pode ser utilizada com moldes preventivos, antecipando resultados negativos. A terapia de reminiscência pode ser utilizada para fomentar a adaptação a transições de vida, promover a autoestima e a auto percepção de saúde, aumentar o bem-estar e a satisfação de vida, fomentar os sentimentos de mestria, amplificar a

flexibilidade no funcionamento cotidiano e prevenir o surgimento de sintomatologia depressiva (Marques, 2012).

A fotografia está presente nas vivências cotidianas das pessoas, construindo um instrumento essencial de experiencição e de recordações de momentos felizes e marcantes. A utilização das fotografias como forma de intervenção aponta para uma relação temporal complexa, na medida em que as fotografias são tiradas no presente para no futuro recordar o passado (Caetano, 2007).

Durante a sessão os cuidadores devem mostrar fotografias de familiares e de bons momentos em família. A intervenção através das fotografias possibilita a criação de conhecimento sobre os próprios indivíduos, retratando os momentos mais marcantes dos seus percursos de vida.

De acordo com Caetano, 2007:11 “A fotografia não só constrói a memória, como também a suplanta.” A intervenção através do uso de fotografias seria de extrema importância porque os momentos felizes retratados podem reenviar memórias menos agradáveis. O processo de seletividade atua também como filtro dos bons momentos, prevalecendo aqueles que assumem maior destaque a nível simbólico.

A fotografia permite (re) experienciar continuamente momentos, ainda que de forma mediada, como também tudo aquilo que a envolveu. A fotografia irá atuar, não tanto como um instrumento de regresso ao passado, mas mais como uma forma de inserir e articular o passado dos cuidadores informais com o presente, mantendo vivas imagens de épocas, acontecimentos ou pessoas importantes na vida dos indivíduos. Esta terapia permite que os cuidadores informais voltem sempre que pretenderem a recordar e a reviver momentos e vivências.

## **4.2. IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO**

A comunicação é uma necessidade humana básica, sendo de extrema importância em qualquer contexto de intervenção, sendo muitas vezes o dominador mais importante durante a ação. É impossível um fisioterapeuta reabilitar, ao enfermeiro cuidar, ao psicológico compreender, e ao assistente social e gerontólogo realizar qualquer intervenção junto do indivíduo sem utilizar como ferramenta a comunicação interpessoal (Araújo, Silva & Puggina, 2007).

De acordo com Silva, Brasil, Guimarães, Savonitti & Silva, 2000 “A comunicação é um processo de interação no qual compartilhamos mensagens, ideias, sentimentos e emoções, podendo influenciar o comportamento das pessoas que, por sua vez, reagirão a partir de suas crenças, valores, história de vida e cultura.”

O ser humano de acordo com os autores Bitti & Zani, 1997 tem a capacidade de produzir e entender mensagens que permitem a interação comunicativa com outros indivíduos. Esta capacidade compreende duas vertentes nomeadamente, a habilidade linguística e gramatical (produzir e interpretar frases) e habilidades extralinguísticas com elas correlacionadas (que permitem adequar a mensagem à situação em que o indivíduo se encontra) ou semióticas (utilizar códigos não linguísticos, ou seja não verbais).

Ainda de acordo com os autores referidos anteriormente o ato comunicativo “ é a mais pequena unidade capaz de fazer parte de uma troca comunicativa e que uma pessoa pode produzir com uma única e bem definida intenção.” Desta forma, o ato comunicativo, pode ser apenas uma única palavra ou gesto, podendo estar presentes neste processo e interação elementos verbais e não-verbais. Ao abordar esta temática é possível verificar que existem diversas linhas de sistematização do ato comunicativo, entre as quais salientamos o modelo de Tatiana-Cazacu, 1973 autora cujo modelo defendia que para existir comunicação era necessário a existência de seis fatores, nomeadamente o emissor (quem produz a mensagem), um código (sistema de referência cujo o qual se constrói a mensagem), mensagem (informação produzida e transmitida), contexto (em que a mensagem é inserida e ao qual se refere), canal (meio físico e ambiental que possibilita a transmissão da mensagem) e por último, um recetor (ouvinte e como o próprio nome indica, recetor da mensagem a transmitir pelo emissor).

Para realizar com eficácia o ato comunicativo, é necessário utilizar uma linguagem que permita ao cuidador informal compreender. Esta preocupação é formulada por G. H. Mead, 1934 que desenvolveu a noção de role-taking. Mizzau, 1974 considera no role-taking três aspetos fundamentais: “capacidade de compreender que existe uma perspetiva do outro, diferente da nossa”; “capacidade de discriminar os atributos do papel, isto é, as características específicas do outro em particular” e “capacidade de ter presente a perspetiva do outro durante a interação comunicativa.” (Bitti & Zani, 1997:31).

No nosso estudo damos grande ênfase à comunicação não-verbal. A comunicação não-verbal é de extrema importância permitindo um maior relacionamento interpessoal, devendo

ser utilizada de forma consciente de modo a ser benéfica e terapêutica para o cuidador informal (Araújo, Silva & Puggina, 2007). De acordo com Bitti & Zani, 1997 o comportamento não-verbal permite muitas vezes descodificar de forma mais nobre o ato comunicativo, podendo muitas vezes esta forma de comunicação complementar informações verbais e até mesmo contrariar informações verbalizadas. De entre os fatores a ter em atenção na comunicação destacamos os seguintes: o contacto corporal (carícias, beijos, abraços, apertos, beliscões, pancadas etc.), distância interpessoal (a distancia íntima, o sentido do calor, o olfato, e o tato e a maiores distâncias a vista e o ouvido, também podem transmitir informações), a orientação (as posturas de “cara a cara” e “lado a lado” que fornecem informações sobre as relações de colaboração, intimidade ou hierarquia) e a postura corporal (como por exemplo postura dominante-superior e postura inferior-submissa). Destacamos ainda outros comportamentos a ter em conta como o comportamento visual, as variações não propriamente linguísticas (o tom, o timbre e a intensidade da voz), o aspeto exterior (o aspeto físico, o modo de vestir, o penteado, o estado da pele, etc) (Bitti & Zani, 1997).

Descodificar e entender a mensagem que o individuo passa ao profissional é uma tarefa exigente. O profissional no processo comunicacional deve ter a capacidade de interpretar e captar a comunicação verbal e não-verbal. A comunicação não-verbal é definida como todo o comportamento corporal não expresso por palavras. A comunicação não-verbal deve ser utilizada como uma ferramenta complementar à comunicação verbal, ajudando a decifrar sentimentos e emoções. A comunicação não-verbal de acordo com Araújo, Silva & Puggina, 2007:420 “ (...) qualifica a interação humana, imprimindo emoções, sentimentos, adjetivos e um contexto que permite ao indivíduo perceber e compreender não apenas o que significam as palavras, mas também o que o emissor da mensagem sente.”

A adequada interação e interpretação entre os dois tipos de comunicação, a verbal e não-verbal, oferece uma maior qualidade no relacionamento interpessoal, servindo assim esta ferramenta como uma forma eficaz de contribuir e redescobrir o saber, contribuindo para uma melhor intervenção e concretização de determinados objetivos (Araújo, Silva & Puggina, 2007).

### **4.3. VISITAS DOMICILIÁRIAS**

O assistente social com formação em gerontologia tem como principal preocupação estimular a pessoa idosa a manter uma atividade física e intelectual. Tendo em conta e depois

de avaliadas as características individuais e possibilidades ambientais, numa perspetiva de prevenção de consequências negativas no processo de envelhecimento. O Serviço Social Gerontológico tem diferentes contextos de intervenção, entre as quais a intervenção no domicílio (Ribeirinho, 2013).

A visita domiciliária é um meio através do qual o profissional se debruça 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).

A visita domiciliária permite ao profissional ter conhecimento das mudanças comportamentais e nos processos cognitivos que influenciam esses comportamentos e sentimentos. O modo como o indivíduo e a sua família lidam com o quotidiano é influenciada pelas competências sociais na resolução dos problemas.

Os profissionais ao realizarem esta intervenção têm um papel fundamental, ajudando as pessoas a enfrentar situações difíceis (Wasik & Bryant, 2001 cit. in Pena, 2015).

O profissional inclui o indivíduo na resolução do problema, encorajando-o a identificar as suas preocupações e os seus objetivos, capacitando-o para resolver as suas próprias dificuldades (Pena, 2015). O assistente social com formação em gerontologia apoia neste estudo em particular o cuidador informal a lidar com situações de vida de forma mais efetiva, promovendo a sua autonomia em situações futuras (Wasik & Bryant, 2001:47 cit. in Pena 2015). A Visita no domicílio é um espaço privilegiado de construção da relação, onde o profissional se desloca à esfera privada da pessoa, permitindo esta forma de intervenção, a diminuição da desigualdade do poder e aumentar a relação de confiança.

Com o avanço das políticas sociais, surgiu a necessidade de se conhecer *in loco* a realidade das populações, sendo dada cada vez mais importância à realização de visitas domiciliárias. A visita muitas vezes é confundida com uma simples atividade de campo, correndo o risco de se afastar da sua natureza técnica e do rigor metodológico. A visita domiciliária necessita de ser conduzida de modo técnico e científico, com base em procedimentos estruturados e consistentes. Esta técnica exige ao profissional competência, pois ele tem de operar de forma formal num ambiente informal, próprio do sujeito, não sendo uma situação confortável. O profissional para ultrapassar esta dificuldade deve ter competências comunicativas e interativas.

Na visita domiciliária a comunicação assume um papel preponderante, devendo a visita domiciliária ser agradável, descomplicada e prática, nunca perdendo de vista o rigor metodológico e o objetivo em vista (Amaro, 2015).

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 da demonstração, quer através de treino individual.” (Ribeirinho, 2013:194). O profissional deve programar, realizar e avaliar as sessões de (in) formação, avaliar a potencial sobrecarga do cuidador, elaborando estratégias de diminuição dessa sobrecarga, através de um plano de cuidados que preveja as necessidades do cuidador. Nas visitas domiciliárias deve ser 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, devendo ter pelo menos três técnicas empregadas, nomeadamente a observação, a entrevista e método biográfico. Em contexto de visita domiciliária a observação

“ (...) consiste na ação de perceber, tomar conhecimento de um facto ou acontecimento que ajude a explicar a compreensão da realidade objeto de trabalho e, como tal, encontrar os caminhos necessários aos objetivos a serem alcançados. É um processo mental e ao mesmo tempo técnico.” (Souza, 1990:184 cit. in Amaro, 2015).

A observação torna-se assim 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 (Chizzotti, 2005 cit. in Amaro, 2015).

A comunicação durante a visita domiciliária entre o profissional e o visitado é fundamental. A comunicação para além de ser uma ferramenta imprescindível, cria condições imprescindíveis para criar 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 carácter 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. A escuta e a disponibilidade para o diálogo criam um clima de confiança com o profissional, que geralmente “ (...) recebe migalhas de atenção no contexto da exclusão social que vive (...)” (Amaro, 2015:18,19).

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 explorar a vida particular daquele que está a ser visitado.

Após a realização da primeira visita, esta não significa que seja o fim da intervenção. Geralmente a visita remete para uma segunda, sendo seguida de encaminhamentos para redes de apoio de serviços sociais, recomendações ou programas sociais (Amaro, 2015).

A visita domiciliária pode ser o local onde decorre a intervenção. Nessa situação, Wasik e Bryant, 2001 cit. in Pena, 2015 definem como princípios orientadores os seguintes: a intervenção deve ser individualizada (onde são tidas em conta características sociais, psicológicas, culturais, educacionais, económicas, físicas e de saúde); a família deve ser considerada um sistema onde a mudança no individuo influencia todos os outros membros; a relação de ajuda deve ser colaborativa, colocando a ênfase no trabalho em cooperação e de forma ativa; o profissional deve ajudar as pessoas a identificarem as suas necessidades; ter consciência que a intervenção pretende ajudar a desenvolver independência e, por último, o profissional deve ter a capacidade de avaliar as forças, limitações e progresso da intervenção de uma forma contínua.

## **II PARTE- ESTUDO EMPÍRICO**

### **CAPÍTULO V – METODOLOGIA**

Neste capítulo realizamos uma descrição da metodologia utilizada na realização do presente estudo, os objetivos e hipóteses de investigação, participantes no estudo, os instrumentos de recolha de dados e a estratégia metodológica na componente da ação.

#### **5. METODOLOGIA INVESTIGAÇÃO AÇÃO**

São várias as definições sobre a metodologia investigação ação. De acordo com Watts, 1985 cit. in Coutinho, Sousa & Dias, 2009 a investigação ação é um processo em que os participantes analisam as próprias práticas educativas de uma forma sistemática e aprofundada, usando técnicas de investigação. A investigação ação pode ser descrita como uma metodologia que inclui ação (ou mudança) e investigação (compreensão) ao mesmo tempo, utilizando um ciclo que alterna entre ação e reflexão crítica.

A investigação ação tem sido utilizada enquanto metodologia de diversas áreas das Ciências Sociais, no entanto não existe consenso acerca desta metodologia. De acordo com Máximo-Esteves, 2008: 15 cit. in Barros, 2012:64 não existe unanimidade

“ (...) entre os especialistas académicos nem entre os seus utilizadores (especialistas académicos ou do terreno) em qualquer dos campos – seja o da conceptualização teórico-filosófica (diferentes origens, teorias, propósitos, problemas), seja o das vias e processos metodológicos propostos e/ou utilizados (diferentes métodos, formatos de comunicação).”

Existe uma tenção entre a “investigação” e a “ação”, podendo ser conceitos contraditórios e teoricamente incompatíveis, gerando críticas de metodologias clássicas e tracionais, sendo negada à metodologia investigação-ação legitimidade e veracidade. Numa outra perspetiva, os defensores da metodologia investigação ação, de entre as inúmeras vantagens desta metodologia e aspetos positivos, enumeram a apresentação de soluções para os problemas concretos, promovendo uma reconciliação entre a teoria e a prática, respondendo de forma

eficaz ao fosso muitas vezes existente entre a investigação e as necessidades da prática (Máximo-Esteves, 2008:15 cit. in Barros, 2012).

As tensões descritas anteriormente têm como base a forma como a relação entre a teoria e a prática são concebidas e de que forma este fenómeno pode influenciar a perceção da investigação. No entanto, o termo prático não significa de todo, prescindir da teoria. Atualmente, apesar dos desafios que se têm colocado a esta metodologia, existe um conjunto de conceitos aceites acerca da investigação-ação, podendo-se destacar alguns autores marcantes nesta metodologia (Barros, 2012).

O conceito de investigação ação teve origem na obra de Kurt Lewin, psicólogo social que procurou desenvolver bases para a cientificidade das Ciências Sociais (Kemmis & McTaggart, 1992 cit. in Barros, 2012). Para além deste autor, também é possível encontrar nomes como Collier, Corey e Lippitt & Radke (McKernan, 1991 cit. in Nunes, 2007 cit. in Barros, 2012). Watt & Watt 1993:36 cit. in Barros, 2012 defendem que a Investigação Ação foi antes utilizada em contexto de ação social, antes de ser designada por esse nome, nomeadamente por Collier em 1945 como Comissário para os Assuntos Indígenas, que defendeu que esta metodologia era uma forma democrática de melhorar as condições de vida dos indígenas.

Lewin concebe a metodologia investigação ação como um processo cíclico, passando pelo ciclo de planificação, ação e avaliação do resultado da ação (Kemmis & McTaggart, 1992 cit. in Barros, 2012).

Como já foi referido, várias são as áreas que se esforçaram no uso desta metodologia, nomeadamente o Serviço Social na sua atividade profissional até às áreas de educação, da comunicação, saúde, entre outras. No entanto, apesar de esta diversidade, poder constituir um obstáculo à sistematização desta metodologia, este não é um motivo para a metodologia investigação ação não ser tipificada. Esta modalidade de investigação não se afasta da tradicional investigação codificada pelos textos de metodologias. O que distingue a metodologia selecionada para o estudo é a necessidade do investigador em conseguir informações e conhecimento sobre um determinado problema, dando pistas para soluções (Esteves, 1986/2014).

De acordo com Souza, 2006 esta forma de metodologia permite encontrar uma resposta adequada para determinado problema de compreensão, explicação e interpretação de uma situação específica de relações de seres humanos com o meio.

A metodologia ação pressupõe uma separação total do processo de investigação em relação ao curso do objeto de pesquisa, exclusividade por parte do investigador de recolher e tratar a informação recolhida e exclusão do objeto de pesquisa de qualquer processo tendente a um melhor conhecimento de si e sua redução a um estatuto de “reservatório de informações” (Esteves, 1986/2014).

Esta metodologia tem um conjunto de características, sendo participativa e colaborativa (implica que todos os intervenientes participem no processo, o investigador não é um agente externo que realiza pesquisa com pessoas, é um co- investigador com e para os interessados); prática e interventiva (não se limita ao campo teórico, a descrever uma realidade, intervém nessa mesma realidade); cíclica (as descobertas iniciais geram possibilidades de mudança) e autoavaliação (as modificações são continuamente avaliadas, numa perspetiva de adaptabilidade e de produção de novos conhecimentos).

O que melhor caracteriza e identifica a investigação ação é o facto de se tratar de uma metodologia de pesquisa essencialmente prática e aplicada. Com esta metodologia de investigação existe uma ação que visa a transformação da realidade e, conseqüentemente produzir conhecimentos das transformações resultantes das ações (Coutinho, Sousa & Dias, 2009).

A investigação ação é centrada no desenvolvimento de possíveis respostas que apelam à mudança, num contexto específico no campo da ação social. Esta metodologia pressupõe uma “transformação mútua de investigador, participantes e do próprio contexto social em que estão envolvidos” (Streubert & Carpenter, 2002 cit. in Andrade, 2014). O objetivo da metodologia selecionada é de estudar um aspeto em profundidade, aprender com a experiência e introduzir transformações na realidade da população (Koshy, 2007 cit.in Andrade, 2014).

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 (mais propriamente o desenvolvimento de um programa de informação para os cuidadores em contexto de domicílio).

Encontrando-nos no campo social e utilizando a metodologia investigação ação, foi realizada uma abordagem na situação prática com o desejo de ampliar o conhecimento e introduzir transformações que por si só, ficam justificadas. Pretendeu-se obter resultados nas duas vertentes (investigação e ação), aumentar o conhecimento do investigador, cliente e da

comunidade sobre um fenómeno social e obter modificação numa comunidade, organização e programa (Koshy, 2007 cit. in Andrade, 2014).

Assim, através da análise das práticas em domicílio com os cuidadores informais, pretendemos comprovar e estabelecer um plano de mudança no desenvolvimento de práticas no Serviço Social e Gerontologia Social, facilitando a convivência desta população com o desempenho do papel de cuidador informal.

A metodologia investigação ação permitiu adotar uma postura promotora da reflexão como meio de aprendizagem, refletindo sobre a ação e atuando no contexto real, procurando respostas a um constante questionamento e transformação das práticas existentes e inexistentes, quando vistas do ponto de vista do domicílio. A reflexão-ação-reflexão estiveram sempre presentes, procurando constantemente uma nova visita com a planificação mais correta de acordo com as necessidades identificadas na anterior, de forma sistemática (Andrade, 2014).

Durante o contacto prático com os cuidadores foram aplicados instrumentos de carácter quantitativo e qualitativo, posteriormente descritos. Este contacto permitiu uma ação direta com os cuidadores em contexto de domicílio, tentando provocar uma mudança na realidade (aumentando as competências do cuidador, facilitando o desempenho do papel) e novas descobertas relativamente a este público-alvo (contribuindo para áreas como a Gerontologia Social e o Serviço Social), podendo levar a novas redefinições nas intervenções com esta população, considerando-se assim, a metodologia investigação ação a mais apropriada para a realização do estudo. A adoção desta metodologia permitiu a criação de um contexto favorável à aprendizagem e análise da realidade, transformando os dados conseguidos em oportunidade de desenvolvimento nas práticas de intervenção social, valorizando as práticas sociais em contexto de domicílio (Andrade, 2014).

## **5.1. OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO**

Apesar do grande número de cuidadores informais em Portugal, as políticas e estratégias de saúde nacionais, não têm prestado atenção ao desenvolvimento de competências sociais na prestação de cuidados, tal como já foi referido anteriormente. Nesta perspetiva, trabalhos e estudos são essenciais para conhecer e compreender o fenómeno do cuidado informal e a sua relação com as competências sociais. A investigação sobre o cuidado informal é abundante, no entanto é de elevada importância em contexto real entender quais as competências do cuidador e de que forma a informação e estimulação de competências pode influenciar o cuidado.

A autora Fortin, 2006 defende que numa investigação existem determinados métodos que devem ser delineados de forma a concretizar a investigação com sucesso, sendo necessário desenhar corretamente o que se pretende estudar e de forma a verificar as hipóteses e questões colocadas. Tendo em conta o que foi referido anteriormente, foi formulada a seguinte questão de partida para o estudo desenvolvido: “A exposição dos cuidadores informais a um programa de informação em domicílio influenciará o desenvolvimento de competências nos cuidadores informais?”.

De forma a estudar eficazmente as competências do cuidador informal foi necessário delinear objetivos e hipóteses de investigação.

O estudo teve como objetivo geral desenvolver competências sociais no cuidador informal. Sendo o objetivo geral, algo muito abrangente foi necessário desenvolver um conjunto de objetivos específicos que facilitaram e orientaram a investigação, nomeadamente: implementar o programa de informação aos cuidadores, de forma a desenvolver competências sociais; avaliar o impacto do desenvolvimento de competências sociais para a diminuição da sobrecarga no cuidador informal; estudar a relação entre a sobrecarga e a resiliência no cuidador informal; avaliar o impacto das emoções na sobrecarga do cuidador informal e verificar o impacto da informação no conhecimento dos cuidadores relativamente ao ato de cuidar.

De acordo com Deshaies,1992/1997:252 “a hipótese representa um método de resolução de problemas cujo ponto de partida se inspira no modo dedutivo do raciocínio”, isto é a hipótese deve ser desenvolvida de acordo com um pré conhecimento do investigador sobre a área e temática do estudo. Deste modo, as hipóteses do estudo foram desenvolvidas antes do início da pesquisa. A investigação foi norteadada de maneira a responder às seguintes hipóteses de investigação: As visitas domiciliárias como estratégia de ação influenciam o desenvolvimento de competências sociais no cuidador informal? A informação adequada ao cuidador influencia o conhecimento dos cuidadores informais relativamente ao ato de cuidar? Os cuidadores informais que têm redes familiares apresentam uma maior resiliência? O desenvolvimento de competências sociais influencia a sobrecarga no cuidador informal? O aumento da resiliência influencia os níveis de sobrecarga nos cuidadores informais? Os cuidadores informais que identificam e gerem as emoções apresentam menor sobrecarga?

Ao desenvolver um estudo é de extrema importância delinear quais as variáveis dependentes e independentes. De acordo com Fortin, 2006 a variável dependente como o

próprio nome indica, é aquela que depende e sofre os efeitos das alterações provocadas pelas variáveis independentes. As variáveis independentes são aquelas que são manipuladas e trabalhadas pelo investigador. Tendo em conta o que foi referido, definimos como variável dependente as competências sociais no cuidador informal e como variáveis independentes as informações prestadas ao cuidador informal, a resiliência e sobrecarga no cuidador informal e as emoções no cuidador.

O presente estudo não tem características correlacionais, pelo que não se pretende extrapolar os resultados obtidos para um determinado universo, mas sim partilhar que o desenvolvimento de competências sociais no cuidador provocam mudanças, podendo dar orientações para novas práticas. A pesquisa efetuada contém características de pesquisa exploratória que teve como principais finalidades “desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vistas na formulação de problemas mais preciosos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores” (Gil, 1987/1989:44). De acordo com Ketele & Roegiers, 1999:177 “ (...) qualquer investigação pode igualmente ter uma função exploratória, isto é, pode fazer emergir outras hipóteses que será necessário verificar de seguida”. A nossa investigação pode constituir uma primeira etapa de possíveis investigações mais amplas, passando o problema a estar mais esclarecido mas com probabilidades de sofrer e dar pistas para futuras investigações de larga escala com procedimentos mais sistematizados (Gil, 1987/1989).

## **5.2. PARTICIPANTES**

De forma a realizar a componente da ação do presente estudo, tornou-se essencial selecionar os participantes. Depois de refletir, foi pedido colaboração à ULSNA (Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano), nomeadamente à equipa de ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados) na sinalização de cuidadores informais (ver anexo 1). Desta forma, consideramos pertinente contextualizar a entidade referida anteriormente e a resposta de ECCI.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) Português contém três características principais: a universalidade, generalidade e a gratuitidade tendencial, todas elas consagradas na Constituição da República Portuguesa (CRP). Este serviço tem por objetivo o direito à promoção da saúde, consagrado no artigo 64º da CRP visando garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde através da criação de um SNS universal. A característica da universalidade do SNS

resulta do direito estabelecido pela CRP em que a proteção da saúde é atribuído a “todos” os cidadãos.

Atualmente encontram-se em pleno funcionamento seis ULS: Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA), Unidade de Saúde do Alto Minho, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Unidade Local de Saúde na Guarda (ULSG) e a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

Através do Decreto-Lei nº50-B/2007 de 28 de Fevereiro (Anexo 3), foi criada a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA), entidade jurídica que presta cuidados assistenciais de cuidados primários e diferenciados, substituindo os serviços prestados pelos Hospitais Doutor José Maria Grande de Portalegre, Santa Luzia de Elvas e pelos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre. Deste modo, passam a integrar a ULSNA os Centros de Saúde de Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Montargil, Nisa, Ponte de Sor, Portalegre e Sousel (ERS,2011).

A ULSNA é considerada juridicamente uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, regendo-se pelo regime jurídico aplicável á Entidade Publica Empresarial, com as especificações previstas no Decreto-Lei nº50-B/2007. Já nos Estatutos da ULSNA no nº1 art.º2 cit. in ERS (2011:25) é referido que a instituição

“ (...) tem por objeto principal a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados á população, designadamente aos beneficiários do SNS e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos em geral, bem como assegurar as atividades de saúde publica e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida.”

De forma a selecionar com a população do estudo foram realizados diversos contactos com as assistentes sociais e enfermeiros do centro de saúde de Portalegre. Desta forma, os participantes no estudo são oriundos do distrito de Portalegre, nomeadamente no concelho de Alter do Chão e Portalegre, localidades pertencentes à ULSNA e com ECCI.

Os fatores que levaram a tal decisão de caracter mais restrito foram várias: o elevado número de concelhos abrangidos pela assistente social; grande dispersão geográfica, dificultando o acesso a todos os locais; tempo e recursos humanos limitados; falta de solicitação por parte dos concelhos de Nisa, Castelo de Vide e Marvão (sendo difícil identificar os cuidadores informais existentes na localidade).

Como fator de exclusão, os cuidadores e os seus familiares dependentes tinham de estar integrados na resposta há mais de 1 ano. O motivo pelo qual existiu o critério de tempo foi para garantir que os cuidadores selecionados têm a seu cargo um idoso dependente com uma doença crónica. Desta forma, foi mais fácil garantir a permanência dos cuidadores em ECCI durante o estudo. Para esta seleção considerou-se cuidador informal a pessoa da família ou amigo, não remunerado, que se assuma como responsável pela organização e prestação de cuidados à pessoa dependente (Braithwaite, 2000; Martins, 2006 cit. in Cardoso, 2011).

### **5.3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS**

*“Se você for ao interior da natureza, dentro do desconhecido, às fronteiras do conhecimento, tudo parece misturado e contraditório, ilógico e incoerente. Isto é o que a investigação faz; suaviza as contradições e torna as coisas simples, lógicas e coerentes”*  
(Szent-Györgyi, 1980 cit. in Morse, J. 1994:12)

Os métodos de recolha de dados são estratégias que possibilitam obter dados empíricos que possibilitam responder à questão de partida e concretizar os objetivos do estudo. Durante o desenvolvimento do estudo serão utilizadas diferentes estratégias de estudo nomeadamente de natureza qualitativa e quantitativa. De acordo com Diehl, 2004 cit. in Dalfovo, Lana & Silveira, 2008:7 a pesquisa quantitativa é marcada pelo “uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utilizando-se técnicas estatísticas” levando a dados que evitam possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando ao nosso estudo uma maior margem de segurança. Richardson, 1989 cit. in Dalfovo, Lana & Silveira, 2008 defende que este método é utilizado em estudos descritivos, ou seja naqueles que procuraram descobrir e classificar a relação entre variáveis. Os tratamentos de dados apresentam melhor compreensão, mais objetividade e maior dinamização no processo de relação entre variáveis.

Por outro lado, a pesquisa qualitativa, por sua vez, permitem analisar a complexidade de determinado problema, sendo “necessário compreender e classificar os processos dinâmicos vividos nos grupos, contribuir no processo de mudança, possibilitando o entendimento das mais variadas particularidades dos indivíduos” (Diehl, 2004 cit. in Dalfovo, Lana & Silveira, 2008:10). Neste método a informação coletada pelo investigador não é expressa em números. Para esta estratégia de recolha de dados existem alguns métodos mais apropriados, entre os quais a entrevista e a observação direta.

Importa salientarmos que os instrumentos quantitativos e qualitativos posteriormente referidos e descritos foram aplicados em diferentes fases, ao longo da componente da ação do estudo. Todas as iniciativas foram explicadas e justificadas e os objetivos dos instrumentos foram abordados, de forma a prevenir a rejeição dos cuidadores (Mucchielli, 1975/1979).

- **Perfil do Cuidadores Informais**

Neste questionário foram colocadas 5 questões de carácter demográfico, que caracterizam a população quanto ao sexo, idade, estado civil, escolaridade e profissão e 9 questões de carácter social, que facultam informações quanto á situação social, tipo de família, causa da dependência do familiar, relação do cuidador com a pessoa a quem presta cuidados, há quanto tempo presta cuidados, média de horas por semana a prestar cuidados, existência ou não de apoio de terceiros, doenças dos cuidadores informais e a distância do cuidador á pessoa a quem presta cuidados (ver anexo 11).

- **Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal-QASCI**

O questionário QASCI (ver anexo 8) foi desenvolvido para estudar a sobrecarga dos cuidadores informais de pessoas dependentes após sofrerem um Acidente Vascular Cerebral. No entanto, este questionário pode ser replicado para outros estudos e investigações com cuidadores informais. Este questionário permite avaliar a sobrecarga no cuidador informal em diferentes vertentes, sendo reconhecido como um instrumento com critérios de validade e fidelidade (Martins, Peixoto, Araújo, Rodrigues, & Pires, 2014).

No instrumento QASCI será utilizada a metodologia de tratamento proposta pela autora. O questionário QASCI integra 32 questões, avaliadas através de uma escala ordinal que varia de 1 a 5 ordinal (Likert). A escala encontra-se dividida em 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).

As questões encontram-se distribuídas pelas subescalas da seguinte forma:

<p><b>Sobrecarga emocional</b></p>	<p>1.Sente vontade de fugir da situação em que encontra?</p> <p>2.Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?</p> <p>3.Sente-se cansada (o) e esgotada (o) por estar a cuidar do seu familiar?</p> <p>4.Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?</p>
<p><b>Implicações na Vida Pessoal</b></p>	<p>5.Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a tomar conta do seu familiar?</p> <p>6.Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?</p> <p>7.Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?</p> <p>8.Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?</p> <p>9.Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?</p> <p>10.Sente que a vida lhe pregou uma partida?</p> <p>11.É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?</p> <p>12.Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa (o)?</p> <p>13.Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?</p> <p>14.A sua vida social, (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?</p> <p>15.Sente-se só e isolada (o) por estar a cuidar do seu familiar?</p>
<p><b>Sobrecarga Financeira</b></p>	<p>16.Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?</p> <p>17.Sente que o seu futuro económico é incerto, por estar a cuidar do seu familiar?</p>
<p><b>Reações às Exigências</b></p>	<p>18.Já se sentiu ofendida (o) e zangada (o) com o comportamento do seu familiar?</p> <p>19.Já se sentiu embaraçada (o) com o comportamento do seu familiar?</p> <p>20.Sente que o seu familiar a (o) solicita demasiado para situações desnecessárias?</p> <p>21.Sente-se manipulada (o) pelo seu familiar?</p> <p>22.Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?</p>

<b>Mecanismo de Eficácia e de Controlo</b>	23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar? 24. Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo? 25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?
<b>Suporte Familiar</b>	26. A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar? 27. Sente-se apoiado (a) pelos seus familiares?
<b>Satisfação com o papel e com o familiar</b>	28. Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar? 29. O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele? 30. Fica satisfeita (o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)? 31. Sente-se mais próxima (o) do seu familiar por estar a cuidar dele? 32. Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua autoestima, fazendo-a (o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?

Tabela 1: Quadro síntese das subescalas no QASCI (elaboração própria)

A QASCI foi cotada de acordo com as indicações de um dos seus autores, a Professora Doutora Teresa Martins. De acordo com a mesma, as subescalas SE, IVP, SF e RE deveriam ser calculadas diretamente, enquanto as subescalas MEC, SupF e SPF deveriam ser invertidas para que as pontuações mais elevadas correspondessem a níveis menores de sobrecarga (nestas subescalas quanto menor for o número obtido, maior são os MEC, SupF e SPF).

De forma a calcular o nível de sobrecarga existente em cada uma das dimensões foi necessário aplicar a seguinte fórmula:

$$\frac{\Sigma - \text{pontuação mínima de cada subescala}}{Mx - Mn} \times 100$$

Figura 1: Fórmula a utilizar para calcular cada subescala *in* Gomes 2011

Na fórmula referida anteriormente e de acordo com Gomes, 2011:5, "Σ representa o somatório obtido na subescala, Mx corresponde ao valor máximo possível na subescala e Mn ao valor mínimo".

Por último, após calcular os valores de cada dimensão, para obter a pontuação global de cada questionário foi aplicada a seguinte fórmula:

$$\frac{[IVP+SE+RE+SF+(100-SPF)+(100-SupF)+(100-MEC)]}{7}$$

Figura 2: Fórmula a utilizar para calcular a pontuação global da QASCI in Gomes 2011

Após calculados os valores finais de cada dimensão e o global era necessário identificar em que nível de sobrecarga se encontrava o cuidador. Os níveis de sobrecarga de acordo com a Professora Doutora Teresa Martins são os seguintes: Baixa sobrecarga com uma média entre os valores 0 a 25; Sobrecarga moderada com valores entre 26 a 50; Sobrecarga elevada com valores entre 51 a 75; Sobrecarga extrema com médias acima de 76 (Gomes, 2011).

- **Questionário de resiliência familiar (PRF)**

O questionário de resiliência familiar (PRF) de McCubbin e McCubbin, 1993 é um instrumento que permite perceber a forma como a família desenvolver capacidades para responder e se adaptar às situações de *stress* e de crise, que podem ocorrer ao longo do ciclo de vida. É constituído por 5 escalas (ver anexo 10): Mudanças familiares, Coerência familiar, Flexibilidade familiar, Envolvimento familiar e Suporte social da família. A versão portuguesa da escala foi desenvolvida pela Professora Doutora Maria José da Silva Peixoto de Oliveira Cardoso, tendo sido pedida autorização à mesma para utilizar o instrumento.

A escala Mudanças Familiares é constituída por 15 itens relativos aos eventos e mudanças na vida, que podem causar à família maior vulnerabilidade perante a mudança. Nesta escala estão presentes situações e experiências que podem causar instabilidade. Nesta escala as respostas são dicotómicas (sim/não), podendo variar entre 0 a 15.

A escala de Coerência Familiar é composta por 4 itens relacionadas com a capacidade da família para lidar com mudanças que podem causar *stress*. Esta escala teve como base os conceitos desenvolvidos por Antonovsky (1998): “*manageability*”, “*control*” e “*trust and confidence*”. Nesta escala estão presentes a aceitação do *stress*, das dificuldades, ter uma atitude positiva perante os problemas e ter fé em Deus. A escala é ordinal variando desde discordo

totalmente (0), discordo (1), não concordo nem discordo (2), concordo (3) e concordo totalmente (4). A coerência familiar pode variar entre 0 e 16 pontos. As pontuações mais elevadas significam uma melhor coesão familiar (Cardoso, 2011).

Da escala de Flexibilidade Familiar faz parte 7 itens relativos à participação dos elementos nas decisões familiares, a forma de lidar com situações problemáticas e a partilha de responsabilidades. As respostas variam entre quase nunca (1), uma vez por outra (2), algumas vezes (3), frequentemente (4) e quase sempre (5). A pontuação obtida varia entre 0 e 35 pontos, sendo as pontuações mais elevadas indicativas de uma menor flexibilidade familiar.

A escala de Envolvimento Familiar é constituída por 7 itens, referindo-se ao relacionamento e à proximidade entre os indivíduos da família e as suas implicações no bem estar-geral. As respostas variam entre quase nunca (1), uma vez por outra (2), algumas vezes (3), frequentemente (4) e quase sempre (5). A pontuação obtida varia entre 0 e 35 pontos. Os valores mais elevados significam um melhor envolvimento familiar.

Por último a escala de Suporte Social é composta por 17 itens e tem como objetivo entender de que forma a família está integrada na comunidade. Identifica ainda a forma como a família vê a comunidade como recurso e como sente o apoio emocional dos amigos e familiares. Esta escala é avaliada numa escala ordinal que varia entre discordo totalmente (0), discordo (1), não concordo nem discordo (2), concordo (3) e concordo totalmente (4). Contudo seis dos itens: 7, 9, 10, 13, 14 e 17 foram invertidos para que maior pontuação correspondesse a maior suporte. A escala total varia entre 0 a 68 pontos. A determinação do perfil de resiliência é realizada qualitativamente com as pontuações finais de cada escala (Cardoso, 2011).

- **Entrevista**

A entrevista tem como objetivo estabelecer uma relação mais próxima com o cuidador informal e conseguir informações mais ricas, tal como afirmam Pinto & Carvalho, 2015:101 a entrevista “requer profundidade e acompanhamento (...) é uma das técnicas que se utilizam para realizar um processo de ajuda (...) pretende auxiliar o entrevistado/utente; capacita o entrevistado para o levar a reconhecer, sentir, saber, decidir, escolher se deve mudar (...)” Esta entrevista devido à sua estrutura permitirá flexibilidade na informação, podendo surgir novas questões, sempre que necessário.

Os dados recolhidos nas entrevistas foram tratados com recurso à análise de conteúdo. De acordo com Vala, 1986/2014:101 “A análise de conteúdo é hoje uma das técnicas mais comuns na investigação empírica realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais.” As entrevistas realizadas foram gravadas e transcritas. Na análise de conteúdo realizámos um tratamento da informação (qualitativa) recolhida organizando os dados em categorias e subcategorias. De acordo com Guerra, 2006:80 a análise categorial pode ser definida como “ (...) identificação das variáveis cuja dinâmica é potencialmente explicativa de um fenómeno que queremos explicar (...).” O que permitiu esta análise foi a análise dos pontos em comum no discurso nos cuidadores informais. A análise realizada em categorias não foi pré-concebida, isto é, o sistema de categorias foi resultando da classificação e análise dos discursos, através do isolamento dos elementos e da respetiva classificação (Bardin,1977/1979).

De acordo com Guerra, 2006 a análise realizada nas entrevistas, é uma análise com duas dimensões, nomeadamente descritivas e interpretativas, isto é transmitir o que é narrado pelos participantes e a análise dos discursos face ao objeto de estudo em questão (ver anexos 4 e 5).

- **Ecomapa**

O ecomapa constitui uma ferramenta de excelência no estudo das redes sociais do indivíduo, permitindo representar graficamente e de forma simples as relações do cuidador com o meio. Este instrumento foi desenvolvido por Ann Hartman em 1975 e descrito quanto à sua forma e interpretação por Ann Hartman e Joan Laird (1983). O ecomapa permite estudar de forma pormenorizada o sistema familiar, identificar os círculos e redes externas com a qual o indivíduo e família se relacionam, identificar a natureza das relações e estabelecer as relações e os recursos existentes (Guadalupe, 2010) (ver anexo 6).

- **Genograma**

Na intervenção psicossocial de forma individualizada, tal como ocorreu no nosso estudo, o genograma deve ser utilizado de forma a entender de forma mais esquematizada as dinâmicas e relações familiares. Este instrumento tal como o ecomapa foi desenvolvido em 1975 por Ann Hartman. Este instrumento é utilizado pelo profissional, através de representação gráfica das estruturas, dinâmicas e das relações entre os membros da família. Este instrumento foi desenvolvido em conjunto com o cuidador informal, com o objetivo de verificar a história familiar, os equilíbrios/desequilíbrios e refletir sobre possíveis ajudas caso o cuidador informal

esteja impossibilitado de cuidar (Pinto & Carvalho, 2015). De acordo com Agostinho, 2007 o ecomapa é utilizado para estudar as relações de vizinhança, os serviços da comunidade a que o indivíduo recorre na comunidade, grupos sociais e relações com pessoas significativas. Os genogramas foram desenvolvidos com recurso ao programa informático GenoPro (ver anexo 6).

- **Observação**

Ao longo de todo o desenvolvimento da componente da ação foi utilizada como instrumento de recolha de dados, a observação. De acordo com Deshaies,1992/1997:295 a “observação constitui a espinha dorsal dos trabalhos de pesquisa.” A observação realizada teve características diretas e participantes, isto é decorreu diretamente e em contacto com a população onde foram tomadas notas no decorrer das sessões.

- **Jogo das Emoções**

Durante as sessões foi utilizada a técnica de role playing, com recurso ao “Jogo das Emoções”. A utilização da técnica de role playing com recurso ao “Jogo das Emoções” teve como objetivo a educação emocional e a reflexão em torno das emoções. Os autores Calais & Bolsoni-Silva:2008, Otero:2004 cit. in Souza, Ortín & Bolsoni-Silva, 2012 defendem que role playing deve seguir os seguintes passos: descrição do problema, estabelecer relação entre eventos, operacionalizar sequências comportamentais, dar dicas de comportamentos a ter, inverter papéis, reavaliar situações e/ou imagina-las e avaliar o desempenho em situações futuras. Os passos enunciados foram seguidos no jogo desenvolvido.

- **Terapia de Reminiscência**

Durante as sessões será utilizada a Terapia de Reminiscência com recurso às fotografias. A utilização da Terapia de Reminiscência, com recurso a fotografias, já foi utilizada em programas de intervenção, tendo obtido repercussões positivas. De acordo com Lin *et al.*, 2003; Jones & Beck-Little, 2002 cit. in Gonçalves, Albuquerque & Martín, 2008 a terapia de reminiscência em idosos permite atenuar o isolamento social, sendo este um tema praconizado que traçamos em todos os cuidadores informais (ver anexo 7).

#### **5.4. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA NA COMPONENTE DA AÇÃO**

Na década de 80 começaram a surgir publicações científicas que tinham como base de investigação programas de intervenção, com o objetivo de facilitar a adoção do papel de cuidar. Os programas de intervenção dirigidas aos cuidadores pretendem dotar os cuidadores informais de competências de forma a reduzir as consequências e impactos negativos inerentes ao ato de cuidar (Anderson, Rubenach, Mhurchu, Clark, Spencer & Winsor, 2000; Andrén & Elmståhl, 2008; Mayo, Wood-Dauphine, Côté, Gayton, Carlton & Buttery, 2000; Sorensen, Pinquart & Duberstein, 2002; Van Den Heuvel et al., 2001 cit. in Cardoso, 2011).

Os programas de intervenção, neste caso, onde são trabalhadas as competências do cuidador informal, trazem contributos para o cuidador mas também para a pessoa idosa dependente, pois um cuidador que desenvolve competências para fazer face às suas necessidades, adquire maior capacidade e disponibilidade para a tão complexa tarefa de cuidar. Deste modo, os estudos que têm como base programas de intervenção melhoram não só a qualidade de vida do cuidador mas também dos familiares dependentes (Brodaty et al., 1997; Doornbos, 2002; Warren, Kerr, Smith, Godkin & Schalm, 2003 cit. in Cardoso, 2011).

Sofrendo a investigação a que nos propusemos de uma clara necessidade de ir ao encontro da realidade in loco do sujeito (cuidador informal) e verificando-se que outras abordagens não dão respostas ao que nos propusemos a realizar, a visita foi eleita como abordagem essencial. A visita representa uma aproximação com as populações, dando um instrumento potencialmente político permitindo decidir e tomar decisões relativamente aos processos de exclusão social (Amaro, 2015).

No sentido de promover a componente da ação característica da metodologia selecionada e a concretizar com sucesso e eficácia as questões, objetivos propostos e hipóteses de estudo, foi desenvolvida uma estratégia metodológica, tendo como pilar as visitas domiciliárias. O nosso estudo em particular no que respeita à componente da ação reside no desenvolvimento de um programa de intervenção, que consiste em expor o cuidador a um conjunto de informações, permitindo a este o desenvolvimento de competências sociais para lidarem com o papel de cuidar com maior sucesso.

A visita domiciliária é uma técnica social de natureza qualitativa de contacto com a realidade in loco da população do estudo. Existem muitas abordagens e técnicas disponíveis para explorar a realidade a realidade social. No entanto, são poucas as que decorrem no território

das populações. A visita domiciliária surge assim como a principal abordagem profissional, que pelo facto de ser realizada in loco (Amaro, 2015).

De acordo com Granja, 2008:257 “O conhecimento de proximidade é construído na interação direta com as populações, por iniciativa destas, por iniciativa dos profissionais e na interação com atores profissionais e sociais envolvidos no quadro de aplicação das políticas sociais.” Neste sentido, uma das formas de interação direta com as populações, é a visita domiciliária, nomeadamente no diagnóstico e avaliação da ação para verificar condições in loco, confirmar dados e aprofundar conhecimento sobre determinado tema/problemática (Granja, 2008).

De acordo com a autora, referida anteriormente, os profissionais definem como propósito da visita domiciliária alguns motivos que levam a considerarmos a visita domiciliária um elemento fundamental na realização da investigação, nomeadamente verificar as condições reais das famílias, neste caso dos cuidadores informais e das pessoas dependentes; identificar o clima e interações familiares, reforçar a informação disponível, reforço das relações com a família alargada e adaptar, ajustar, programar serviços prestados em ambiente familiar.

As sessões realizadas no domicílio dos cuidadores foram desenvolvidas com temas específicos e adaptadas de acordo com as informações recolhidas e dificuldades dos cuidadores.

Depois de realizado o diagnóstico tornou-se essencial, refletirmos e sistematizarmos as necessidades da população em estudo. Desta forma, verificamos que apesar de existirem necessidades semelhantes, cada um dos cuidadores necessitavam de ser expostos a informações adequadas e praconizadas. A intervenção social gerontológica deteta, diagnostica e analisa as necessidades sociais das pessoas idosas, baseando-se num diagnóstico de dificuldades, problemas, necessidades e carências da pessoa e da situação (Pinto., 2013). Desta forma, traçou-se planos de intervenção, que consistiram na exposição de informação. Os cuidadores serão doravante tratados por pseudónimos.

COMPONENTE DA AÇÃO- EXPOSIÇÃO À INFORMAÇÃO	
Participantes	Necessidades identificadas/intervenção individualizada
<b>Lurdes</b>	✓ Informar possíveis medidas e formações de que a filha desempregada pode usufruir;
<b>Joana</b>	✓ Sensibilizar para a importância de comunicar sobre a doença da mãe com alguém (conspiração do silêncio);

<b>Mariana</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Desmistificar o conceito de sobrecarga física, social e psicológica (sentimento de culpa);</li> <li>✓ Esclarecer sobre a doença de AVC;</li> <li>✓ Mediação/Reflexão em torno de conflitos familiares;</li> </ul>
<b>António</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Esclarecer sobre a doença de Alzheimer;</li> <li>✓ Informar e identificar em conjunto com o cuidador os locais onde pode encontrar informar e esclarecer dúvidas sobre a doença de Alzheimer;</li> <li>✓ Identificar os contactos sociais do cuidador e reforça-los justificando através de documentos/artigos a importância dos mesmos;</li> </ul>
<b>Ana</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reforçar a importância de manter algumas rotinas (ex.: ir à horta);</li> </ul>
<b>Paula</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reforço da importância de manter alguns gostos pessoais (ex. De manhã continuar todos os dias a ir beber café a rua).</li> </ul>
<p><b>Ações padronizadas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Discussão/reflexão do que é ser cuidador informal/formal;</b></li> <li>✓ <b>Repercussões do ato de cuidar (stress e sobrecarga);</b></li> <li>✓ <b>Informar quais as respostas e suportes formais existentes;</b></li> <li>✓ <b>Identificar um cuidador secundário e desenvolver a confiança nessa pessoa;</b></li> <li>✓ <b>Identificar os contactos sociais do cuidador e reforça-los justificando através de documentos/artigos a importância dos mesmos;</b></li> <li>✓ <b>Sensibilizar o cuidador para situações frequentes e que devem ser evitadas, tal como a perda de contactos sociais e isolamento;</b></li> <li>✓ <b>Sensibilizar para a importância das relações interpessoais;</b></li> <li>✓ <b>Jogo das emoções;</b></li> <li>✓ <b>Terapia de reminiscência;</b></li> <li>✓ <b>Debater com o cuidador situações em que deve saber “dizer não” e aceitar a ajuda de terceiros.</b></li> </ul>	

Tabela 2: Esquema da informação/Componente da ação (elaboração própria)

Para além da exposição às informações anteriormente esquematizadas, foi desenvolvido com o cuidador um “Jogo de emoções” onde se estimulava a reflexão em torno desse tema, através de identificação de emoções positivas e negativas, da reflexão de momentos em que sentiram cada uma delas, e refletido em conjunto um momento em que os cuidadores tiveram dificuldade em lidar com alguma situação exigente a nível emocional. Pretendeu-se estimular a mudança de atitudes e comportamentos.

A terapia de reminiscência com recurso a fotografias também foi realizada com todos os cuidadores informais (ver anexo 7). Outros estudos utilizaram a fotografia como instrumento de trabalho com as populações, defendendo que esta ferramenta constitui uma importante forma de trabalho, entre as quais Silva, 2008:127 que afirma que tendo em conta a dificuldade das pessoas se expressarem “verbalmente determinados temas, o uso da fotografia poderia auxiliar na comunicação destes significados, permitindo uma melhor compreensão dos conteúdos por parte do investigador.”

A reflexão e capacitação do cuidador também decorreram em torno do desenvolvimento em conjunto do ecomapa e genograma, com o objetivo de provocar reflexão no cuidador informal sobre as redes sociais existentes e sobre a importância das relações interpessoais. No desenvolvimento do genograma foi também realizado o exercício (role playing) de selecionar alguém no seio familiar, caso existisse, alguém que considerasse que tivesse competências para substituir quando necessário (ex.: Imagine que adoecer, quem destes familiares selecionaria para o substituírem enquanto estivesse no hospital?).

Assim, o programa de intervenção desenvolveu-se em oito sessões com a duração de 60/90 minutos cada uma. Em cada um dos cuidadores, como já foi referido foi desenvolvido um plano individual de intervenção.

De salientar que na primeira sessão foram utilizados os instrumentos de natureza quantitativa (QASCI e PRF) e entrevista inicial/final. Estes instrumentos foram utilizados na primeira e última sessão com o objetivo de proceder à avaliação/diagnóstico da situação e de responder à questão de partida, objetivos e hipóteses do estudo.

As sessões foram desenvolvidas de acordo com o esquema a seguir apresentado.

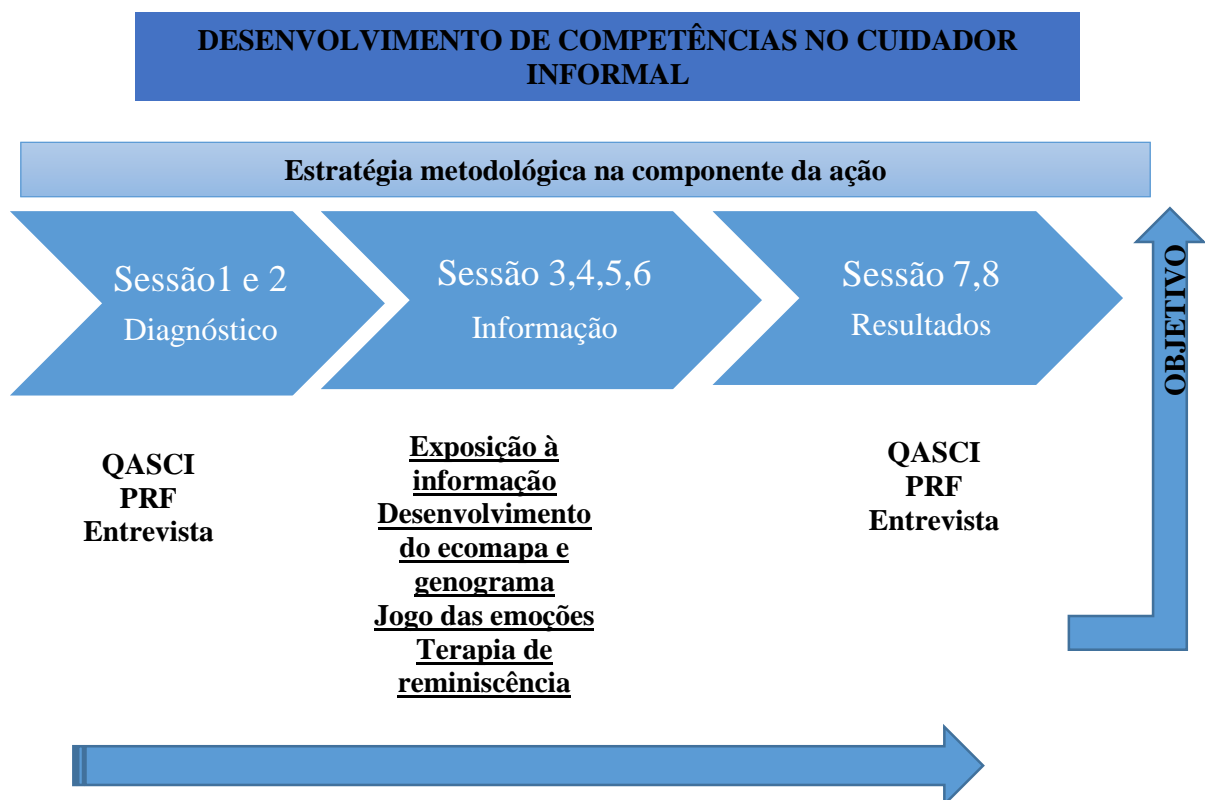


Figura 3: Esquema geral do programa de visitas domiciliárias (elaboração própria)

## CAPÍTULO VI- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Na análise e discussão dos dados é possível encontrar os resultados obtidos, nomeadamente com recurso aos instrumentos de recolha de dados quantitativos e qualitativos utilizados. Neste capítulo é também realizada uma análise transversal dos resultados empíricos obtidos.

### 6. CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS CUIDADORES INFORMAIS

Os cuidadores informais como já foi referido anteriormente foram sujeitos a um questionário intitulado de “Perfil dos Cuidadores Informais” com o objetivo de caracterizar social e demograficamente os cuidadores informais pertencentes ao estudo.

#### 6.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIOGRAFICA

<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

Tabela 3: Caracterização dos participantes quanto à idade, género e estado civil (Fonte: Questionário do Perfil dos Cuidadores Informais, 2015)

Ao analisar os dados recolhidos no âmbito das questões demográficas (idade, género, estado civil, grau de escolaridade, condição perante o trabalho e a profissão atual ou última) verificamos que todos os cuidadores (com exceção de Joana) têm 65 ou mais anos, encontrando-se a média de idades nos 67,3 anos de idade, sendo a idade mínima de 58 anos e máxima de 77 anos.

A família surge no perfil dos participantes do nosso trabalho como entidade de primeira linha na prestação de cuidados ao idoso dependente. No entanto importa clarificar que nem todos os elementos familiares têm as mesmas responsabilidades e papéis. De acordo com Arca, 2007:274 “As mulheres são representadas como cuidadoras sociais por antonomásia, primeiro

dos seus descendentes e, posterior ou paralelamente, dos seus progenitores.”. A mulher assume assim um papel preponderante nos cuidados, sendo o sexo feminino o género dominante, tal como Silva & Paixão, 2015 afirmam, defendendo que “As mulheres surgem nesta temática como as personagens principais a assumir os cuidados à pessoa dependente, sendo o papel maioritariamente assumido pela esposa ou filha. Estas surgem assim como personagens fundamentais de cuidados”. Também no estudo realizado foi possível verificar que cinco dos seis cuidadores da população são do sexo feminino, sendo apenas um elemento do sexo masculino.

<i>Participantes</i>	<i>Grau de escolaridade</i>	<i>Condição perante o trabalho</i>	<i>Profissão (atual ou última)</i>
<i>Lurdes</i>	1º CEB (4ª classe)	Doméstica	Empregada doméstica
<i>Joana</i>	1º CEB (4ª classe)	Empregado a tempo inteiro	Empregada de limpeza
<i>Mariana</i>	1º CEB (4ª classe)	Reformado/pensionista	Empregada doméstica
<i>António</i>	Ensino Secundário	Reformado/pensionista	Bancário
<i>Ana</i>	1º CEB (4ª classe)	Reformado/pensionista	Auxiliar de Vigilância
<i>Paula</i>	1º CEB (4ª classe)	Reformado/pensionista	Cozinheira

Tabela 4: Caracterização dos participantes quanto ao grau de escolaridade, condição perante o trabalho e profissão (Fonte: Questionário do Perfil dos Cuidadores Informais, 2015)

Os participantes têm na maioria como grau de escolaridade o 1º Ciclo do ensino básico (4ª classe) com exceção de António, que tem como escolaridade o ensino secundário. Relativamente à condição perante o trabalho verificámos que quatro dos indivíduos da população estão reformados e/ou são pensionistas, enquadrando-se Lurdes como doméstica e o Arminda como empregada de limpeza.

## 6.2. CARACTERIZAÇÃO DAS INTERAÇÕES FAMILIARES E SOCIAIS E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

<i>Participantes</i>	<i>Grau de interação social com familiares (nº de dias por semana)</i>	<i>Grau de interação social com amigos (nº de dias por semana)</i>	<i>Grau de interação social em organizações sociais (nº de dias por semana)</i>	<i>Grau de interação social- Outros (nº de dias por semana)</i>
<i>Lurdes</i>	Sim (7 dias)	Não	Não	Não
<i>Joana</i>	Sim (7 dias)	Sim (1 dia)	Não	Não
<i>Mariana</i>	Sim (7 dias)	Sim (7 dias)	Não	Não
<i>António</i>	Sim (1 dia)	Sim (7 dias)	Não	Não
<i>Ana</i>	Sim (3 dias)	Sim (4 dias)	Não	Vizinhos (7 dias)
<i>Paula</i>	Sim (2 dias)	Sim (7 dias)	Sim (1 dia)	Vizinhos (7 dias)

Tabela 5: Caracterização dos participantes quanto ao grau de interação social com familiares e outros (Fonte: Questionário do Perfil dos Cuidadores Informais, 2015)

Relativamente ao perfil dos cuidadores informais no âmbito das interações familiares e sociais verificamos que a família assume um papel preponderante, sendo enumerada por todos os elementos como o principal apoio e com maior convivência, ou seja com maior número de contactos por semana. Salientamos ainda que os cuidadores referiram conviver com amigos e vizinhos, assumindo também estes um papel com relevo. As organizações sociais não assumem neste campo nenhuma posição relevante.

<i>Participantes</i>	<i>Causa de dependência do familiar</i>	<i>Relação com a pessoa a quem presta cuidados</i>	<i>Tempo de prestação de cuidados (número de anos)</i>	<i>Número de horas dispensadas por semana para cuidar</i>
<i>Lurdes</i>	Acidente	Conjuge/Companheiro (a)	30 anos	Mais de 41 horas (ou cuidados permanentes)
<i>Joana</i>	Doença oncológica	Filho (a)	Entre 1 e 2 anos	
<i>Mariana</i>	AVC	Filho (a)	9 anos	
<i>António</i>	Demência	Conjuge/Companheiro (a)	11 anos	
<i>Ana</i>	Demência	Conjuge/Companheiro (a)	5 anos	
<i>Paula</i>	Osteoartrose	Filho (a)	10 anos	

Tabela 6: Caracterização dos participantes quanto à causa de dependência, a relação que tem com a pessoa a quem presta cuidados, tempo de prestação de cuidados e número de horas a cuidar por semana (Fonte: Questionário do Perfil dos Cuidadores Informais, 2015)

Ao analisar as causas de dependência dos idosos que necessitam de cuidados informais verificamos que existe uma prevalência das doenças com características demenciais. Os cuidados informais são maioritariamente de acordo Pereira, 2013 prestados por filhas ou conjugues, situação que também coaduna com o estudo realizado. Os idosos dependentes são essencialmente cuidados pelo Conjuge/Companheiro (a) e Filha (o). Os cuidados são de carácter permanente estando a ser cuidados há mais de 5 anos em todas as situações analisadas, variando o número de anos entre os 5 e os 30 anos. Todos os cuidadores prestam ao seu familiar dependente mais de 41 horas semanais de cuidados ou cuidados permanentes.

<i>Participantes</i>	<i>Ajuda de terceiros e acesso a outros serviços (nº de dias)</i>	<i>Doenças existentes no cuidador informal</i>	<i>Distancia entre a habitação do cuidador informal e do idoso dependente</i>
<i>Lurdes</i>	Visita domiciliária (ECCI-1/2 dias); Filha	Hipertensão, distúrbios do sono	Coabitação
<i>Joana</i>	Visita domiciliária (ECCI-1/2 dias); Marido	Hipertensão, reumatismo	Vivem em casas diferentes, mas no mesmo edifício
<i>Mariana</i>	Visita domiciliária (ECCI-1/2 dias); Irmãos e Pai	Problemas de ansiedade	Na mesma terra ou vila
<i>António</i>	Visita domiciliária (ECCI-1/2 dias); Empregada doméstica	Problemas cardíacos	Coabitação
<i>Ana</i>	Visita domiciliária (ECCI-1/2 dias); SAD	Artrite, problemas de sono	Coabitação
<i>Paula</i>	Visita domiciliária (ECCI-1/2 dias); SAD	Ansiedade, reumatismo	Coabitação

Tabela 7: Caracterização dos participantes quanto à ajuda de terceiros, doenças existentes e distância entre habitação do cuidador e do idoso dependente (Fonte: Questionário do Perfil dos Cuidadores Informais, 2015)

Os cuidadores informais revelaram ter ajuda de terceiros, como por exemplo de filhos, irmãos e cônjuge, tendo para além destes, apoio de respostas formais tais como a ECCI e SAD. A população que participou na componente da ação do presente estudo sofre de problemas de saúde do fórum físico e mental nomeadamente hipertensão, distúrbios do sono, ansiedade e problemas cardíacos. Estes residem maioritariamente na mesma habitação do idoso dependente, verificando-se ainda uma situação de residência no mesmo prédio e na mesma rua ou vila.

### 6.3. BREVE CARACTERIZAÇÃO SOCIAL DOS CUIDADORES

Apesar de anteriormente termos caracterizado os cuidadores quando ao seu perfil, consideramos pertinente a realização de uma breve apresentação social dos participantes através de um quadro síntese. Tal como afirma Pereira, 2013:54 no seu estudo realizado sobre os cuidadores informais “Tendo em conta as características deste estudo e a importância de conhecermos as experiências concretas dos participantes e o contexto onde elas decorrem (...)”. A pertinência desta abordagem está relacionada com a complexidade das informações recolhidas e posteriormente apresentadas na análise de dados. Acreditamos que com esta breve

análise legitimamos o papel preponderante que os cuidadores informais tiveram para a realização deste estudo.

<i>Participantes</i>	<i>Breve descrição social</i>
<i>Lurdes</i>	Lurdes de 68 anos, doméstica, cuida do seu marido há cerca de 30 anos. O marido encontrava-se inserido no mercado de trabalho, na carreira de militar, quando sofreu um acidente que o deixou dependente. Lurdes é o pilar da família, cuidando para além do marido, dos netos. Apoia também os filhos, que passam dificuldades económicas. Lurdes tem uma relação próxima com o marido.
<i>Joana</i>	Joana tem 58 anos e encontra-se inserida no mercado de trabalho. Cuida da mãe que sofre de doença oncológica. Joana tem dificuldade em falar com a mãe sofre a doença. Joana conta com o apoio do marido que está reformado, tendo disponibilidade para a ajudar quando solicitado. Joana tem uma filha e uma neta com quem tem uma relação próxima.
<i>Mariana</i>	Mariana tem 65 anos e está reformada. Cuida da mãe dependente, vítima de sucessivos AVC's. A mãe encontra-se totalmente dependente, estando acamada e sem comunicar. Mariana conta com o apoio dos irmãos.
<i>António</i>	António com 77 anos cuida da sua esposa, que sofre de Alzheimer. António ao contrário dos restantes cuidadores tem maior grau de escolaridade e encontra-se reformado. Tem apoio cerca de três horas por dia de uma empregada doméstica. Tem autonomia na pesquisa de informação.
<i>Ana</i>	Ana tem 71 anos e encontra-se reformada. Cuida do marido vítima de demência. Ana tem dificuldade em lidar com os comportamentos do marido, visto que ele se encontra na fase inicial da doença. Tem dificuldade em lidar com a perda de contactos sociais.
<i>Paula</i>	Paula com 65 anos, reformada, cuida da mãe que sofre de Osteoartrose, ficando dependente devido à evolução da doença e sucessivas operações. Paula tem redes familiares muito fortes contando com a presença assídua dos netos e do filho. Conta com o apoio do marido com que mantém uma relação próxima.

Tabela 8: Breve descrição social dos participantes

#### **6.4. SOBRECARGA NO CUIDADOR E RESILIÊNCIA FAMILIAR**

Como já foi referido anteriormente, foi aplicado na fase inicial e final da componente da ação o questionário QASCI e PRF. Neste ponto será abordado os dados obtidos com recurso a esses instrumentos em cada um dos cuidadores e realizada uma comparação entre os dados obtidos antes e após as sessões.

- **Lurdes**

O questionário QASCI, tal como já foi referido, foi aplicado na primeira sessão (Diagnóstico) com o objetivo de realizar uma Avaliação do impacto físico, emocional e social do cuidador informal. Com a aplicação do questionário, verificamos que Lurdes se enquadra no nível de sobrecarga moderada, com o valor final de 49,36. De salientar que Lurdes evidenciou

valores altos nas subescalas de Sobrecarga Financeira (100-Sobrecarga extrema), Implicações na vida pessoal (81,81-Sobrecarga extrema), Reações a exigências (70-Sobrecarga elevada) e de Sobrecarga emocional (68,75-Sobrecarga elevada). As subescalas invertidas obtiveram valores baixos nas subescalas Mecanismos Eficácia e Perceção (0- Baixa sobrecarga) e Satisfação papel e familiar (0-Baixa sobrecarga).

Ao comparar o questionário realizado inicialmente, com o realizado após a exposição ao programa de informação, verificamos que ocorreu um aumento de cerca de 1,76 valores. Acreditamos que o aumento da sobrecarga de Lurdes (de sobrecarga moderada para elevada) esteja relacionada com o agravamento do estado de saúde do idoso dependente e com o aparecimento de problemas de saúde numa das filhas. Tivemos acesso a esta informação através das restantes sessões e com o desenvolvimento do ecomapa e genograma em conjunto com Lurdes, onde debatemos as preocupações existentes.

No entanto apesar de no geral a sobrecarga do cuidador ter aumentado, salientamos a diminuição da sobrecarga na subescala IVP (onde são colocadas questões de implicação na saúde do cuidador, planos que tinha feito para a reforma, dificuldade em planear o futuro, sensação de estar preso, etc.), tendo no entanto, este valor mantido a sobrecarga no nível extremo.

É importante salientar que a Lurdes na primeira entrevista verbalizou que estava nervosa e com dificuldade em exprimir emoções. Na última sessão, após o desenvolvimento de uma relação de confiança, demonstrou maior capacidade de abordar emoções (por o que disse no final da sessão). Acreditamos que esta situação tenha também contribuído para a desmistificação de emoções negativas sentidas, sendo mais fácil para o cuidador, responder ao questionário de forma rigorosa.

Ao analisarmos a questão 24 do QASCI onde o cuidador é questionado sobre “*Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?*” verificamos que a cuidadora respondeu no questionário inicial *Sempre* e no final *Quase Sempre*. Ao refletir acreditamos que este facto está relacionado com a sessão onde foi abordado o processo de envelhecimento, provocando reflexão na cuidadora e capacitando-a para a convivência com o seu envelhecimento.

Relativamente ao questionário de resiliência familiar a diminuição dos valores obtidos (nomeadamente a nível da Flexibilidade Familiar) acreditamos estar relacionado com o

desenvolvimento, juntamente com a cuidadora, de instrumentos, como o genograma e o jogo das emoções, que levaram à reflexão relativamente à família. Depois das sessões também foi perceptível uma maior facilidade por parte de Lurdes em referir e selecionar opções nos questionários menos positivas, desaparecendo certos preconceitos estereótipos, aumentando a capacidade de comunicação sobre o tema (ex: admitir que é difícil cuidar e que está cansado).

- **Joana**

Com a aplicação do instrumento QASCI, verificamos que Joana se enquadra no nível de sobrecarga moderada, com o valor final de 35,07. Joana apresenta apenas sobrecarga elevada na subescala de Implicações na Vida Pessoal, apresentando o valor de 61,36. Na subescala de Mecanismos de Eficácia e proteção Joana apresenta uma sobrecarga moderada no valor de 41,66. Os valores de sobrecarga mais baixos ocorreram a nível do Suporte Familiar (10) e de Satisfação com o papel e familiar (10).

Ao analisarmos os valores da QASCI após as sessões, é possível verificar que houve uma alteração significativa na sobrecarga, passando a sobrecarga geral de sobrecarga moderada (35,07) para baixa sobrecarga (19,94). É possível verificar ainda, um decréscimo em todas as subescalas, mantendo-se a Sobrecarga Financeira com o valor de 25 e os Mecanismos de Eficácia e Perceção com 41,66. De salientar que a Satisfação com o papel e o familiar melhorou, passando para zero.

A nível da resiliência apenas se verifica alteração nas respostas obtidas a nível da Coerência Familiar tendo passado de Médio para Alto (na afirmação “ Nós lidamos com os problemas familiares aceitando as situações stressantes como um acontecimento natural de vida” a cuidadora respondeu inicialmente Concordo e no questionário depois das sessões escolheu a resposta Concordo Totalmente). Apesar de a nível do Suporte social familiar, apesar da resiliência se manter no nível Baixo, verificou-se um aumento de 447 para 51 pontos.

- **Mariana**

Com a aplicação do instrumento QASCI, verificamos que Mariana se enquadra no nível de sobrecarga moderada, com o valor final de 49,62. No diagnóstico é possível verificar que Mariana tem maiores níveis de sobrecarga nas subescalas Implicações na vida pessoal (84-Sobrecarga extrema) e Sobrecarga Financeira (100-Sobrecarga extrema). Os valores mais

baixos de sobrecarga encontram-se nas subescalas de Reações a exigências (5-Sobrecarga baixa) e Satisfação papel e familiar (0-Baixa sobrecarga).

Ao analisarmos os resultados obtidos é possível verificar que houve ocorreu uma melhoria na sobrecarga, passando de um total de 49,62 para 44,19, mantendo-se no entanto apesar do decréscimo de valores, a sobrecarga de nível moderado. Salientamos a mudança na subescala de sobrecarga emocional, onde a resposta selecionada na questão “*Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?*” passou de sempre para quase sempre.

Na subescala de mecanismos de eficácia e perceção, ocorreu também uma modificação significativa passando de sobrecarga elevada (58,34) para sobrecarga moderada (33,34). Nesta subescala entre diversas questões, era perguntado ao cuidador se “*Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?*”. Nesta questão Mariana respondeu inicialmente a opção “*Às vezes*” respondendo posteriormente “*Quase sempre*”. Acreditamos que esta diferença talvez se deva à presença da irmã que ajuda nos cuidados.

A resposta à questão “*Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?*” inicialmente foi “*Raramente*” passando para “*Às vezes*”.

A nível da resiliência é possível verificar alterações nas respostas, no entanto é de salientar que estas alterações foram provocadas apenas por aumento de 1 ponto na pontuação, não significando na nossa perspetiva um aspeto relevante.

- **António**

Com a aplicação do instrumento QASCI, verificamos que António se enquadra no nível de sobrecarga moderada, com o valor final de 40,44. No diagnóstico é possível verificar que António tem maiores níveis de sobrecarga nas subescalas Implicações na vida pessoal (77,27-Sobrecarga extrema) e Sobrecarga emocional (62,5-Sobrecarga elevada). Os valores mais baixos de sobrecarga encontram-se nas subescalas de Suporte familiar (12,5-Baixa sobrecarga) e Satisfação papel e familiar (10-Baixa sobrecarga).

A nível da sobrecarga, após o programa de intervenção, verificou-se no geral uma alteração de 40,44 para 35 mantendo-se a sobrecarga no nível moderado. Salientamos as alterações na subescala de sobrecarga emocional, passando esta de elevada (62,5) para moderada (50). Salientamos as questões “*Considera que tomar conta do seu familiar é psicologicamente*

*difícil?*” onde a resposta passou de sempre para quase sempre e “*entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?*” a resposta passou de quase sempre para as vezes.

Na resiliência não se verificou nenhuma alteração nas respostas obtidas, com exceção de um ligeiro aumento a nível do perfil de resiliência de Suporte Social familiar, passando de 28 pontos para 31, mantendo-se no entanto, no nível de resiliência com pontuação total baixa.

- **Ana**

Ana enquadra-se no nível de sobrecarga elevada, com o valor final de 54,38. No diagnóstico é possível verificar que Ana tem maiores níveis de sobrecarga nas subescalas de Suporte Familiar (100- Sobrecarga extrema) Implicações na vida pessoal (68,18-Sobrecarga elevada) e Reações às Exigências (50-Sobrecarga moderada). Os valores mais baixos de sobrecarga encontram-se na Satisfação com o papel e com o familiar (0-Baixa sobrecarga).

A sobrecarga apesar de se manter no nível de sobrecarga elevada, após a realização das sessões, é possível observar uma ligeira diminuição de 54,38 para 53,21. Acreditamos que esta ligeira alteração se deve principalmente à diminuição da sobrecarga dos Mecanismos de eficácia e perceção, passando de 25 para 8,33.

Apesar das diminuições anteriormente descritas, a subescala de sobrecarga a nível emocional e de implicações na vida pessoal aumentaram. Verificou-se um aumento de 37,5 para 43,75, mantendo-se no entanto no nível de sobrecarga moderada. A subescala de implicações na vida pessoal aumentou de 68,18 para 70,45, mantendo-se apesar do aumento no nível de sobrecarga elevada.

As respostas obtidas a nível da resiliência e dos perfis obtidos mantiveram-se iguais, com exceção da resiliência de coerência familiar passando de baixa para média, com aumento de 1 ponto (passando de 11 para 12 pontos).

- **Paula**

Paula enquadra-se no nível de sobrecarga moderada, com o valor final de 29,70. No diagnóstico é possível verificar que Paula tem maiores níveis de sobrecarga nas subescalas de Sobrecarga Financeira (75-Sobrecarga elevada), Sobrecarga emocional (50-Sobrecarga moderada) e Implicações na Vida Pessoal (45,45-Sobrecarga moderada).

Os valores mais baixos de sobrecarga encontram-se nas subescalas de Suporte familiar (12,5-Baixa sobrecarga) e Satisfação papel e familiar (0-Baixa sobrecarga).

A nível da sobrecarga é possível verificar, após a exposição ao programa, que a sobrecarga total sofreu um decréscimo ligeiro (de 29,70 para 26,25) mantendo-se no nível de sobrecarga moderada. De salientar a diminuição da sobrecarga emocional de moderada para baixa (50 pontos para 25). Verificou-se ainda uma diminuição nas implicações na vida pessoal passando de 45,45 para 38,63 mantendo-se no entanto, esta subescala com sobrecarga de nível moderado.

A resiliência do cuidador mantém-se no geral com os mesmo valores em cada uma das pontuações. No entanto, verifica-se uma diminuição da flexibilidade familiar em dois pontos, passando de 14 pontos para 12, podendo esta situação se justificar na discussão dos papéis familiares e da reflexão em torno da família ao longo das sessões. Acreditamos que com o debate da família o cuidador desmistificou esse tema, deixando de ter receio em avaliar situações familiares. Verificamos que na subescala de Suporte Social Familiar se verifica um aumento de 52 para 55 pontos.

As alterações que ocorreram em cada um dos cuidadores a nível da sobrecarga encontram-se sistematizadas no seguinte gráfico.

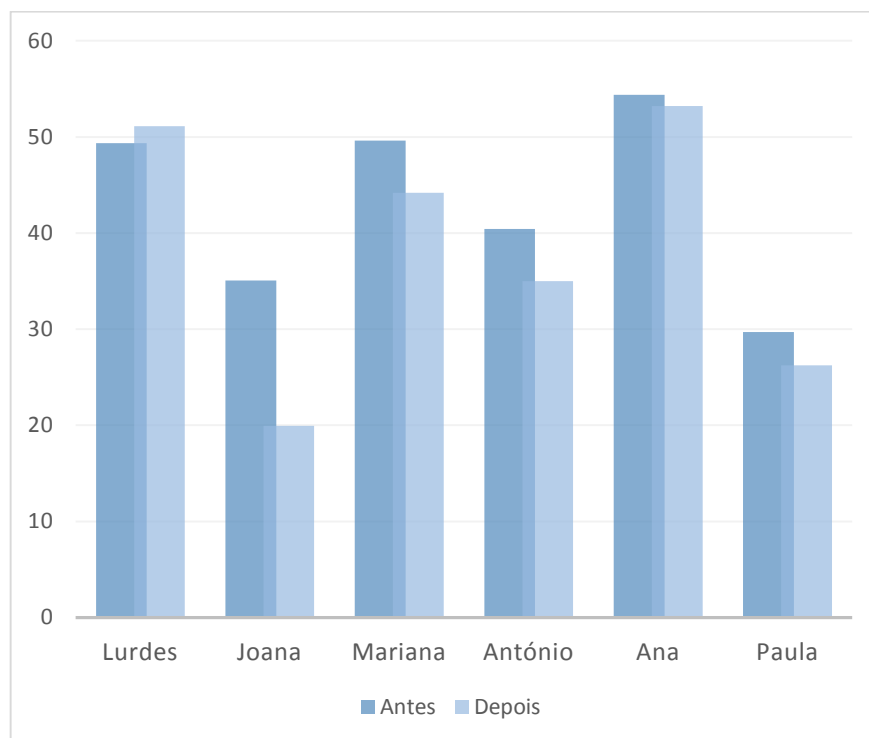


Gráfico 1: Resultados do QASCI antes e depois da exposição ao programa de informação

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 analisamos 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.

<i>Subescalas</i>	<b>QASCI (Antes)</b>	<b>QASCI (Depois)</b>
<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

Tabela 9: Média obtida em cada subescala a nível global no QASCI

Verificamos relativamente à sobrecarga no cuidador informal que todos os cuidadores referiram prestar mais de 41 horas semanais ou cuidados permanentes, sendo este um fator que também influencia o nível de sobrecarga encontrado nos cuidadores informais. Existem autores que em estudos realizados também de debateram com esta evidência, entre os quais Lage, 2005:220 afirmando que “A quantidade de trabalho traduzida em horas de cuidado diário é preditora da sobrecarga (...).” No entanto, relativamente ao número de anos a prestar cuidados, ao contrário do que esperámos encontrar, Lurdes que cuida há cerca de 30 anos tem menor sobrecarga do que cuidadores que cuidam há menos tempo, tal como sucede com Ana que apenas cuida há 5 anos. Também outros autores em estudos realizados verificaram a mesma situação, entre os quais, George e Gwyther 1984, cit. in Roig *et al.*, 1998 cit. in Rodrigues, 2011:33 que verificaram que “quanto maior o tempo de dedicação à prestação de cuidados menor é a sobrecarga, o que pode ser explicado pelo facto de com o tempo o cuidador desenvolver mais habilidades, obter mais informação, proporcionando-lhe maior facilidade em utilizar os recursos sociais disponíveis.” Assim podemos concluir que os cuidadores por um lado têm sobrecarga devido ao tempo que gastam por semana a prestar cuidados, mas que o número de anos a prestar cuidados, ao contrário, pode constituir um fator de proteção para a sobrecarga.

## 6.5. SOBRECARGA NO CUIDADOR

As consequências físicas provenientes da sobrecarga, assim como os estados de ansiedade e depressivos foram verbalizadas pelos cuidadores, sendo estas afirmações, algo que fundamenta a sobrecarga encontrada com recurso ao QASCI. Neste sentido, os cuidadores referiram “(...) às vezes sinto-me cansada (...)”- (Mariana), “(...) a minha cabeça começa a trabalhar mais mal (quando a mãe piora) ”- (Mariana). De salientar que os cuidadores também manifestaram grandes níveis de ansiedade “Muitas vezes tenho um estado de ansiedade, começo a respirar fundo. É estado de nervos também!”- (Paula), “ (...) naqueles dias que eu estou mesmo com ansiedade de estar em casa, tenho de ter qualquer coisa para fazer.” - (Ana), “Muitas vezes tenho um estado de ansiedade, começo a respirar fundo. É estado de nervos também!” - (Paula).

De acordo com Figueiredo, 2007 os cuidadores informais, também sentem dificuldades económicas, sendo este um aspeto que dificulta a prestação dos cuidados aumentando as preocupações e a sobrecarga económica nos cuidadores informais (de relembra que a nível da sobrecarga financeira, os cuidadores encontravam-se com sobrecarga elevada). Sobre as dificuldades económicas os cuidadores informais referem que “Também tenho preocupações a nível de dinheiro, sinto-me preocupada porque isto dantes quando nos recebíamos o subsídio de férias, dava para ir compensando, para ir ponde um bocadinho de parte, para pagar o seguro do carro ...”- (Lurdes) e “Se eu tivesse uma pessoa que tivesse sempre aqui com ela não é? mas isso sai caro. Á noite para cá dormirem, levam muito para cá ficarem à noite.” - (António).

Desta forma, as entrevistas permitiram recolher informação que vai ao encontro da definição de sobrecarga, nas quais destacamos a definição de George & Gwyther, 1986 cit. in de Lage, 2005 que referem que a sobrecarga do cuidador informal se revela a nível dos problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e financeiros. A sobrecarga também surge após a realização das sessões no discurso dos cuidadores, afirmando que sentem cansaço, que experienciam vivências difíceis e dificuldade em interagir com outras pessoas, falta de paciência, ansiedade e *stress*. Verificámos ainda, após a realização das sessões que os cuidadores sentiram maior facilidade em abordar o tema da sobrecarga, podendo enumerar os seguintes exemplos “Às vezes (como contou em sessões anteriores) choro lavo a cara, vou para dentro para ele não ver que eu tive a chorar. Não mostro que choro a frente dele.” - (Lurdes),

“(…) às vezes também me sinto assim um bocadinho cansada mas pronto tenho de tratar dela e organizar as coisas para que ela se sinta bem e eu fazer o melhor que posso.”- (Joana), “(…) Ouve assim uma altura que ela estava assim muito mal, eu fiquei... o meu corpo tremia por todo o lado, até parecia que me havia de dar alguma coisa ... ai mãe isto vai-me dar alguma coisa (…)” - (Mariana) e “Falo para comigo, calma Paula, calma Paula não há de acontecer deus há de te ajudar é sempre o que eu penso. Calma! Um dia de cada vez. Fico nervosa, e depois “mas eu estou-me a chatear para quê? Já estou a sofrer antecipadamente”. Já consigo aí separar as coisas.” - (Paula). A sobrecarga diminuiu após as sessões, como é possível verificar na tabela 9, sendo possível encontrar também no discurso dos cuidadores esta evidência “(…) penso que sim que tou um bocadinho melhor (quando questionada sobre o seu estado psicológico) parece-me que sinto a minha cabeça melhor, pelo menos acho que sim, acho-me assim mais tranquila, mais calma... noto uma diferença, acho que sim. Devia ter sido disso pois (das sessões)”- (Mariana).

## 6.6. O SIGNIFICADO DE CUIDAR E ADAPTAÇÕES NO QUOTIDIANO

Os cuidadores informais do estudo quando questionados sobre “O que é para si ser cuidador?” facultaram diversas respostas, sendo possível encontrar um conjunto de categorias que justificam o ato de cuidar e o seu significado em termos conceptuais. Apesar da dificuldade em responder a esta questão, tal como desabafou Lurdes “Definir cuidador é que é mais complicado, não sei explicar (risos)” foi possível agrupar as respostas num conjunto de categorias discursais. Desta forma, as respostas surgiram associadas a um conjunto de fatores de natureza emocional como o amor e carinho, de apoio, cuidados, afetos e de adaptação. O amor e o carinho surgem no discurso dos cuidadores como o principal motivo que os leva a cuidar, justificando que o amor e o carinho que nutrem pela pessoa dependente são os principais motivos que os leva a cuidar. Esta situação está presente nas seguintes afirmações “Para mim cuidar de alguém é ter amor e carinho e gostar de o fazer.”- (Lurdes), “Para mim ser cuidadora, primeiro de tudo é o amor que eu tenho pela minha mãe, em primeiro lugar está aí.” - (Ana), “(…) sinto-me bem a tratar dela porque tenho-lhe amor e carinho e acho que devo fazer porque é minha mãe não é?”- (Joana).

O conceito de cuidado surge como elemento fundamental inerente ao cuidado, estando presente no discurso de todos os cuidadores em geral. O cuidado surge inevitavelmente associado à satisfação das necessidades básicas “(…) cuidar em aspeto de higiene, dar-lhe banho, satisfazer as necessidades básicas dela”- (Joana), “Agente temos de ajudar a voltá-la,

*agora tive de lhe dar o iogurte” - (Mariana), “(...) tratar-lhe as feridas”- (Lurdes), “Tenho que lhe dar água no intervalo das refeições”- (Mariana).*

O cuidado apesar de ser considerado uma primazia na prestação de cuidados, os cuidadores também se referiram a outros aspetos tais como o apoio e a afetividade, como sendo algo que deve estar presente no ato de cuidar *“Dar-lhe o apoio que ela necessita” - (Joana), “Depois há dias eu fui quando foi comigo, ali e o farol dela sou eu”- (António), “(...) fazer-lhe companhia à noite como lhe disse (sessão anterior) também estou sempre ali com ela porque pronto eu podia vir para aqui, mas não a vou deixar ali sozinha”- (Joana), “Quando venho passar a ferro, vou lá para o pé dela e falo com ela, digo-lhe: Estou a passar a camisa do pai e ela olha para mim e digo-lhe: Hoje é domingo ou Sábado. Os netos vêm aí e assim. E acho que lhe faz bem, ela olha (...)” - (Mariana), “ (...) ir lá ver se ela ta acordada vou falando com ela, olha agora vou fazendo a comida e tal e digo-lhe: Tão como é que eu me chamo? E ela fica a olhar e diz António” - (António).*

Os dados apresentados relativamente ao cuidado, e de acordo com o conceito defendido por Imaginário, 2004 defendendo que existem dois tipos de cuidados, nomeadamente os instrumentais e os expressivos. Estes tipos de cuidados estão presentes nos discursos anteriormente descritos, onde os cuidados instrumentais relacionados com tarefas do cuidado, da satisfação de necessidades básicas, gestão de medicação, acompanhamento a consultas médicas e apoio em todas as atividades de vida diária e os expressivos que se definem como cuidados de carácter afetivo e sociais.

O papel de cuidar implicou no quotidiano dos cuidadores um conjunto de adaptações. Este facto é visível no discurso dos cuidadores, afirmando que *“Às vezes é complicado e difícil, requer uma grande adaptação” - (Lurdes), “Quer dizer tenho aquela preocupação, de ver isso tudo”- (Mariana), “É difícil, eu verdadeiramente só o ato de estar aqui todo o dia sem ter liberdade... (pensativo) ...” - (António) e “Pronto adaptei-me à situação.”- (Ana).*

Verificamos ao questionar *“Quando o seu familiar ficou dependente, de que forma adaptou o seu quotidiano?”* que o quotidiano do cuidador com a tarefa de cuidar sofreu alterações temporais, afirmando ter falta de tempo para realizar atividades que lhe davam prazer e tempo para realizar as atividades de forma calma, constituindo exemplos as seguintes afirmações *“Eu ganhei esta rotina de andar tão rápido. Estou sempre preocupada.”- (Lurdes) e “Nos temos uma hortinha, e aquelas horas que ia lá de manhã cedo fazia-me bem ao sistema todo! Ao*

*sistema nervoso. E isso acabou!... Tenho saudades de ir à hortinha... mas vou lá uma ou duas vezes por semana, vou de carro com o meu marido, mas vou rápido.”- (Paula). Afirmam também ter um aumento de tarefas o que dificulta a gestão de atividades como afirma Ana ao verbalizar que “Em casa mudou porque...tem mesmo de mudar não é? A casa aqui para a limpar tem de ser aos bocadinhos.” Esta situação também está visível no estudo desenvolvido por Pereira, 2013:77 afirmando que “A perda do controlo do tempo que os cuidadores anteriormente detinham na estruturação da vida quotidiana é sentida como um dos maiores impactes no súbito assumir dos cuidados.”*

Os contactos sociais também diminuíram perdendo totalmente e/ou parcialmente o contacto com alguns vizinhos e amigos, deixando de viajar e realizar atividades que geravam prazer “Dantes ia à janela estender a roupa e até conversava, agora não, elas também sabem que eu estou sempre a trabalhar. Sim fechei-me um bocado.”- (Lurdes), “Quer dizer, alterei no conjunto, vivemos muito, passeamos muito, íamos a rua, íamos todos os domingos a Badajoz, passávamos 4 ou 5 meses no Algarve, visitamos as capitais europeias... depois de ela ficar dependente todos estes passeios, toda esta vida desapareceu...isto desapareceu tudo”- (António), “Eu tenho amigos e tal mas uma pessoa vai ficando mais isolada, ou a pessoa isolasse, talvez mais. Eu isolo-me um bocadinho.” - (António), “É uma nova vida que eu tenho! Era muito diferente com todas as coisas que ele tinha de petiscos e assim, era uma vida muito diferente. Agora é uma vida isolada”- (Ana).

A vida familiar sofreu alterações, ocorrendo a necessidade de reorganizar papéis e consequentemente tarefas. Esta situação está bastante visível no discurso de Joana “Agora é o meu marido... porque ou descasca umas batatas e umas cenouras umas coisas assim para poder fazer a sopa. Agora também já se adaptou um bocadinho (...)”. Também os espaços físicos sofreram alterações tal como refere Paula “Arranjei a casa de banho e pus uns suportes e pusemos um poliban... E arranjei então o quarto.”. A capacidade de organização da família revela-se nos níveis de resiliência da família do cuidador, verificando que os cuidadores com famílias mais resilientes se adaptaram melhor às alterações referidas, tal como sucede com Paula, sendo a cuidadora com maior suporte familiar.

A reforma assume um papel que também dificulta o dia-a-dia dos cuidadores, por não terem realizado a passagem do mercado de trabalho para essa fase de forma correta e com objetivos, tal como demonstra Paula com as suas palavras “Não estava preparada (para a reforma) nem sei com é que as pessoas conseguem estar em casa uma vida inteira (...)”. Também é possível

verificar que os cuidadores que tinham planos que foram alterados em virtude da dependência do seu familiar tal como afirma António *“Uma pessoa com esta idade já fica... nós por exemplo compramos uma casinha em Vilamoura para quando nós nos reformamos e tal, enfim tudo isso foram coisas que nós sonhamos e que ficaram. É o que eu digo as coisas estão todas muito bem e depois...ouve sonhos que ficara totalmente esquecidos, para trás.”*

Após a realização das sessões (onde os cuidadores foram sujeitos a toda a componente da ação do estudo) foi possível verificar que o significado de cuidar sofreu alterações significativas. Verificou-se também que apesar das alterações existentes algumas das subcategorias se mantiveram.

O amor e o carinho continuaram a aparecer como algo essencial no ato de cuidar, como é possível verificar com as seguintes afirmações *“(...) Cuidar é gostar, ter muito amor e carinho (...)”* - (Lurdes), *“(...) Acho que não há nenhum como ele, não sei fazer o que o meu marido fazia...se houver são poucos.”* - (Lurdes), *“(...) sinto-me bem a tratar dela porque tenho-lhe amor e carinho e acho que devo fazer porque é minha mãe não é?”* - (Joana).

Como nova subcategoria apareceu a distinção entre cuidados formais e informais, passando os cuidadores a distinguir estes dois conceitos e a refletir qual a retribuição que têm por cuidar de alguém, referindo como retribuição o amor e carinho *“Sou capaz (depois das sessões) fazer assim um âmbito de consciência assim... sei lá...a única coisa que recebo é amor.”* - (Lurdes), *“(...) eu tou a trabalhar só que é que não tenho o vencimento ao fim do mês. Trabalho muito. Sou capaz de trabalhar mais do que uma pessoa que anda não receber ao fim do mês não é? (...)”* - (Lurdes).

O apoio e os cuidados mantêm-se como características essenciais. O apoio surge no discurso dos cuidadores associado à companhia e à disponibilidade, como podemos verificar que nas seguintes afirmações *“Também falamos, fazemos companhia, pois com certeza, isso é o que ele mais adora é que agente esteja ali a falar ao pé dele, a fazer-lhe companhia.”* - (Lurdes), *“Fazer companhia ... falar para ela ...”* - (Mariana), *“(...) ser cuidador é o que eu acho muito pomposo até o termo, quer dizer, ser cuidador é estar disponível para a pessoa que está doente, que é o caso da minha mulher... também não sou cuidador total quer dizer ... sim eu sou cuidador pois, sou cuidador porque tenho de estar aqui (...)”* - (António). Os cuidados surgem novamente associados à satisfação das necessidades básicas como a alimentação, higiene e conforto e bem-estar *“Dar comida, dar banho, tratar de algumas coisas que não*

*tenha outras que tenha, ajudar a vestir, virá-lo na cama que ele não se vira sozinho tenho que o virar, olhe ainda agora o deitei, já está deitado. Sempre com a preocupação da comida.”- (Lurdes), “Cuidar da higiene, dos medicamento, ir às consultas, quanto tem consultas, tratamento da roupa, de tudo! Da comida, de tudo...porque para mim quero a minha mãe sempre muito asseadinha, logo de manha o banhinho, o pequeno-almoço, primeiro é tratar da picada do dedo, para os diabetes, pronto essas coisinhas todas eu não falto com coisa nenhuma.”- (Paula), “Sei que ela gosta de ver (RTP Memória) assim aqueles filmes, do Nicolau Breyner e do Fernando Mendes, ou então um simples jogo de rugby ela gosta de ver, tenho de impressão que vê porque aquelas parvoíces que eles às vezes faziam (...)”- (António).*

A afetividade também se mantém no discurso de Lurdes afirmando que *“ele (marido) até diz “anda cá filha (neta) a avó hoje não está com paciência ele compreende, isso é que é gostar (...)”* A nível da adaptação e utilizando também o discurso de Lurdes verificamos que existiu uma reflexão em torno do cuidado admitindo que *“Eu acho que sim (que é exigente cuidar), era melhor não ter de olhar para ele, se ele estivesse em condições, era mais fácil para toda a gente, para ele, para mim, para os filhos, para tudo (...)”*.

Em relação às adaptações no quotidiano, apenas três subcategorias se mantiveram no discurso dos cuidadores informais, nomeadamente falta de tempo *“Quando vou comprar pão ... faz bem (ir a rua), apesar de ir a correr e vir faz bem, porque sempre distraio, apanho ar.”* - (Lurdes), isolamento social *“(...) pouco vou à mercearia o meu marido é que vai ... quer dizer não saiu assim muito! Mas também não me apetece sair sei lá!”* - (Mariana) e passagem à reforma *“Mas seria um bocadinho diferente nesse sentido (caso o marido tivesse uma reforma de velhice e não de invalidez), nos tínhamos muita vontade (depois da reforma) de fazer um cofre não é? De andar a vender roupa, ter um negócio próprio...era era...teve de ser esquecido, aconteceu o que aconteceu ... Depois é conforme o dinheiro, vamos ver como vamos fazer quando agente se reformar. Pronto lá se foram os sonhos todos pela água abaixo (...)”* - (Lurdes). De salientar que estas categorias apesar de continuarem presentes, apareceram no discurso dos cuidadores informais com menor frequência. Subcategorias como o aumento de tarefas, reorganização familiar e reorganização do espaço habitacional deixaram de ser verbalizadas.

## 6.7. PREOCUPAÇÕES E EMOÇÕES

Os cuidadores quando questionados sobre *“Como se sente ao cuidar do seu familiar?”* referiram um conjunto de emoções e sentimentos. Verificamos, tal como defende Figueiredo, 2007 a existência de discursos característicos da diminuição de bem-estar com os cuidados prestados, característica comum em cuidadores com sobrecarga tais como o desejo de morrer e pensamentos relativamente a esse tema estão presentes no discurso de Lurdes, afirmando que *“Às vezes penso em coisas que não devia pensar...até já pensei na morte para mim...É naquele momento depois arrependo-me de ter pensado aquilo não é?”*, não se verificando estes pensamentos em mais nenhum cuidador. Sentimentos de fuga estiveram presentes no discurso de Lurdes *“Às vezes da vontade de sair desta situação de caminhar, caminhar, caminhar...”* e Ana *“Às vezes também gostava de estar sozinha, não é que ele me faça mal mas...”*, António demonstrou tristeza afirmando que *“Parece que me sinto assim triste, às vezes tenho vontade de...também esta vida...”*. Sentimentos como aflição e revolta também estão presentes no discurso *“Às vezes fico tão aflita, tão aflita quando ele está aflito às tantas da noite”* - (Lurdes), *“Revolto-me, revolto-me porque a minha mãe não merecia isto. Só o que eu lhe digo é isto”* - (Mariana).

Todos os cuidadores demonstraram que sentiam obrigação, sentido de responsabilidade e compaixão ao cuidar do seu familiar, neste sentido Ana verbalizou que *“Sinto uma obrigação ou seja um dever...dever não uma obrigação, uma obrigação de prontos... (...)”*, António afirmou que *“Penso que uma pessoa que viveu tantos anos comigo parece que tenho o dever de cuidar dela”* e Mariana afirmou ter compaixão pela mãe, afirmando que *“Preocupa-me as vezes não saber o que fazer quando tem dores, aflige-me muito ela não falar coitadinha. Dá-me pena isso.”*

Apesar das emoções e sentimentos descritos anteriormente terem características negativas, foi possível encontrar no discurso de três cuidadores felicidade, nomeadamente Joana que afirmou que *“Sinto-me bem, porque acho que ainda consigo dar o apoio.”*, Mariana *“Gosto de tratar deles (pais), pois.”* e Lurdes *“E então sinto-me felizarda porque faço aquilo que gosto que é cuidar do meu marido.”*

Joana foi a única cuidadora que não verbalizou sobrecarga, prestando cuidados há cerca de dois anos.

Na terceira questão os cuidadores eram questionados sobre as suas preocupações “*Quais as suas principais preocupações? De que forma reage a elas?*”. Nesta questão os cuidadores demonstraram que se preocupam na sua maioria com situações imprevisíveis tais como adoecer “*Olhe, preocupa-me se eu adoço o que vai ser do meu marido? Que ele só me quer a mim... eu não estou livre de me dar uma coisa qualquer de ir para um hospital e assim não é?*” - (Lurdes), “*O que preocupa é se um dia eu adoço e não posso cuidar da minha mãe. Isso é que me preocupa.*” - (Paula), receio do dia de amanhã “*(...) vivemos numa época em que o dia de manhã nunca se sabe. Uma pessoa está bem hoje e daqui a amanhã já não sabemos como é!*” - (António) e medo de perder forças para continuar a cuidar “*Tenho medo de perder esta força.*” - (Ana).

Lurdes e Mariana demonstraram desconfiar dos cuidados prestados por outra pessoa, sendo esta também uma situação que as preocupa “*(...) pensava que elas não faziam conforme eu faço, porque não fazem! (as filhas). Isso preocupa-me muito porque elas se forem a arranjar, ele mesmo diz as tuas filhas não me arranjam como tu arranjas... está habituado a ser eu.*” - (Lurdes) e “*Eu as vezes também tenho a mania que eles não fazem como eu faço... mas não sei. Nem lhes digo isso, porque senão...*” - (Mariana).

De acordo com os autores Fernandes *et al.*, 2002; Pinquart & Sorensen, 2006 cit. in Cardoso, 2011 existem emoções e sentimentos característicos e comuns nos cuidadores informais, tendo alguns deles sido encontrados nas entrevistas realizadas, nomeadamente amor, tristeza, dúvida quanto aos cuidados, medo de ficar doente e medo de o paciente estar a sofrer.

Foi possível verificar que o cuidador sente muitas vezes dependência do ato de cuidar, dificultado o seu quotidiano “*Quando estava no hospital sentia falta de fazer as coisas (cuidar (...))*” - (Lurdes), “*(...) á noite eu pensava como é que ela estará? Estará para lá muito mal?... Às vezes nem o meu pai sabia que eu cá vinha (a casa dos pais), porque quando ele vinha debaixo já eu cá estava na minha casa outra vez. Era só para vir ver, só para ter a certeza que ela estava bem.*” - (Mariana). António sobre este tema chega mesmo a referir que “*Tenho alguma dependência dela.*”

Ao longo do discurso foi possível identificar uma categoria capaz de justificar grande parte das preocupações anteriormente descritas, ou seja, a falta de conhecimento, onde é possível encontrar como exemplo as seguintes afirmações “*As vezes também digo assim (ao cuidar do marido) não sei se estou a fazer bem ou a fazer mal*” - (Lurdes), “*Se me sucedesse (acidente)*

*uma coisa dessas tinha que pedir ajuda para me orientarem ... Se fosse um caso muito grave tinha de pedir ajuda a alguém para me socorrer!... Ficava um bocadinho perdida, depende da situação que fosse!*” - (Joana).

Naturalmente é possível ainda verificar que os cuidadores têm como preocupação promover a qualidade de vida ao idoso dependente *“Ora, as minhas principais preocupações é...pronto...que ela esteja bem (...)*” - (Joana) e *“Estou sempre preocupada se tem sede, como tem as mãozinhas, se precisa de alguma coisa.”*- (Mariana).

Após a realização das sessões verificou-se algumas alterações ao nível das emoções e sentimentos encontrados, desaparecendo algumas categorias tais como a felicidade e sentimentos de fuga. Sentimentos e emoções como o desejo de morrer *“Isso (morte) já tenho pensado e não é só a noite é também durante o dia, quando ele anda assim mais atacado, assim mais coiso.”*. (Lurdes), tristeza *“Sinto-me triste...”* - (Mariana) e aflição *“Às vezes não consigo perceber nada (do que a esposa diz) é das coisas que mais uma pessoa, para um cuidador que mais fica uma pessoa de mãos e pés atados não é? ...”* - (António) continuaram a aparecer no discurso dos cuidadores. A tristeza aparece também novamente no discurso, como é possível verificar no discurso de Mariana *“Sinto-me triste...”*.

A revolta mantém-se no discurso, diminuindo a referência a esta emoção nos cuidadores informais, estando apenas presente no discurso de Lurdes *“(...) ele as vezes até diz falta-me oxigénio para a cabeça, até me custa respirar, e houve um médico que eu não vou dizer o nome dele que disse que ele era maluco (silêncio) disse que o meu marido era maluco ... Fico revoltada tenho essa noção.”* e de Mariana *“(...) e revoltada porque acho que a minha mãe não merecia é o que às vezes digo (...)*”.

O sentido de responsabilidade e obrigação mantêm-se no discurso dos cuidadores *“Mas sinto-me bem talvez porque acho que quase como aquele pai, os filhos sob a régia dele não é? Em vez de ser os filhos debaixo da galinha parece que sinto debaixo da asa não é? Parece que anda sim ao pé de mim não é?”*- (António), *“É por obrigação e é por amor! A obrigação, temos obrigação de tratar dos pais não é? Como eles tratam de nós também depois temos de tratar deles (...)*” - (Joana).

A compaixão deixou de ser verbalizada pelos cuidadores, aparecendo como nova subcategoria o orgulho *“Orgulho, gosto de a ter aqui em casa, gosto de a ter aqui em casa, se*

*ela não estivesse aqui em casa, mais o meu pai, mesmo as pessoas têm dito que ela já tinha morrido há muito tempo.*” - (Mariana).

As preocupações com situações imprevisíveis mantêm-se no discurso dos cuidadores após as sessões, podendo extrair do diálogo os seguintes excertos *“As minhas principais preocupações é ele nunca estar doente... que doente é ele não é?”* - (Lurdes), *“( ... ) Tenho medo por exemplo de morrer primeiro...o que é que será dele. Mas também não queria sentir a falta dele ( ... ) ”* - (Lurdes), preocupações com as dificuldades económicas *“Só tenho a reforma do meu marido ... mas também não consigo dizer que não (à filha que se encontra desempregada). Eu muitas vezes digo-lhe assim olha filha tu de sopa não passas fome nem tu nem o teu filho...gasto muito dinheiro com o meu marido a comprar pomadas, é... há medicamentos que não tem participação ( ... ) ”* - (Lurdes), desconfiança com os cuidados prestados por outrem *“A minha mãe precisa de muitos cuidados e também sei que se fosse um sítio bom onde fosse, não podia porque estão a tratar de muitos e não podiam fazer aquilo que agente faz!”* - (Mariana), dependência do ato de cuidar *“( ... ) tenho sempre aquela preocupação vá no caso agora vim da casa da minha filha fui logo ali ver como é que ele estava e se já tinha lanchado se isto se aquilo o outro.”*- (Joana) e promover a qualidade de vida ao doente dependente *“Sempre preocupada se às vezes o urinol está bem se não está, porque não dá tempo quando ele diz que quer fazer xixi. De vez em quando vou ver se tem muito se tem pouco.”* - (Lurdes).

No discurso dos cuidadores relativamente às suas preocupações verificamos que apareceram novas subcategorias nomeadamente preocupação em institucionalizar a pessoa dependente em respostas sociais *“Mas uma pessoa parece que tem um certo desejo de a ter sempre comigo sei que vai ser difícil te la sempre comigo em certos estados, não sei como é que é, logo se verá a solução.”*- (António) e o estado de saúde do cuidador *“E eu cada vez me vejo também mais em baixo, porque eu já fui operada duas vezes... depois também das dores, começa a avançar a idade e começa também a vir também os problemas dos ossos não é?”* - (Mariana).

As dúvidas e faltas de conhecimentos deixaram de ser verbalizadas pelos cuidadores informais.

## 6.8. RESPOSTAS SOCIAIS E APOIOS

Quando questionados “*Quais as respostas sociais que conhece?*”, apenas António e Ana demonstram nas suas palavras que tinham capacidade para procurar informação “*Eu já sondei alguns lares...As enfermeiras têm-me falado que existem para o descanso do cuidador, que ela pode ir 15 dias ou um mês para descanso do cuidador.*”- (António) e “*Eu pergunto tudo ao médico quando me lembro, ter trabalho no centro de saúde também ajudou.*” - (Ana).

As restantes respostas aparecem sobre a forma de suporte familiar “*O meu irmão também já está reformado e a minha cunhada também já esta reformada a.... Estou eu reformada o meu marido também já está. Estamos todos mais ou menos orientados. Estamos sempre disponíveis para tratar deles (...)*”- (Mariana), ajudas técnicas onde referiram a ECCI “*As enfermeiras que vêm cá a casa*” (Lurdes), os Lares, SAD e Centro de Dia “*Apoio domiciliário ... conheço o lar o centro de dia*”- (Ana).

Relativamente ao apoio de terceiros é possível verificar que os apoios informais surgem na primeira linha, nomeadamente o apoio de familiares, tal como afirma Paula “*A minha família auxilia muito*”, amigos e vizinhos. Na família surgem como elementos que prestam apoio nomeadamente as filhas “*Tenho as minhas filhas apoiam-me (...)*” - (Lurdes), conjugue “*Tenho do meu marido (...)*” - (Joana), irmãos “*(...) depois tenho de pedir há minha irmã, para a minha irmã ficar cá*”- (António), cunhados “*Tenho a minha irmã e o meu cunhado que vêm cá. Os meus filhos estão longe (...)*” - (António) e netos “*Os meus meninos (netos) embora eu os ajude eles também me têm ajudado, num aspeto que é como a doutora disse (pensar em momentos passados- terapia de reminiscência)*”- (Paula). Os amigos e vizinhos também surgem no discurso dos cuidadores como elementos que prestam apoio “*Também já tenho dito as vizinhas, de vez em quando vão ali, que precise de alguma coisa (...)*”- (Joana), “*As vezes tenho amigos que me ligam e me dizem “Como é que estás? As vezes preocupo-me mais contigo do que com a tua mãe*” (Paula).

Por último, surge o apoio formal, nomeadamente a ECCI “*Vêm aí as enfermeiras...*” - (Joana) e o SAD “*As raparigas vêm cá três vezes por dia, não é o suficiente para tratar da minha mãe.*” - (Mariana). No entanto, apesar deste suporte, com características formais, é possível verificarmos que os cuidadores o consideram manifestamente insuficiente, tal como afirmou Mariana anteriormente. O SAD presta serviços no domicílio dos idosos dependentes, de forma permanente ou temporária e tem como objetivo satisfazer as necessidades básicas e

auxiliar na realização das atividades de vida diária, sendo um auxílio imprescindível aos cuidadores informais que usufruem deste apoio, permitindo uma ação de proximidade e personalizada (Martins, 2006). A ECCI, resposta transversal em todos os cuidadores informais, presta serviços aos idosos em situação de dependência, doença terminal ou em situação de convalescença (cuja situação não necessita de internamento), auxiliando os cuidadores em questões técnicas e saúde. No discurso dos cuidadores a ECCI surge como uma entidade de elevada relevância e de apoio (ARSN, 2014).

Quando questionados sobre *“Para além de cuidar, quais as outras atividades que realiza?”* foi possível verificarmos que para além das tarefas inerentes ao ato de cuidar, os cuidadores realizam outras atividades no seu quotidiano, nas quais destacamos o cuidados prestados a outros familiares, nomeadamente netos *“Olho pelo meu marido, olha pela minha netinha, que é preciso olhar por ela, dar-lhe comer, se for preciso dar-lhe banho de um momento para o outro dou-lhe banho, ou se ela sujar a roupa tenho de lha tirar.”*- (Lurdes), *“Sou avó, agora neste caso a minha filha está em casa, já não necessito de a ajudar! Uma vez faz uma (comida) uma vez faz outra!”*- (Joana), *“E depois trato dos meus netos.”*- (Paula) e filhos *“Os meus filhos de vez em quando também vêm, trazem muitas roupas e depois abalam e fica muita roupa á mesma.”*- (Mariana).

As atividades domésticas também surgem como outras atividades realizadas *“Faço as limpezas na casa, faço...passo a ferro, eu lavo, olhe tenho de lavar agora à mão que a minha máquina avariou! Agora nem maquina tenho! Cozinho, e já não é pouco?”*- (Lurdes), *“Depois venho para casa, venho tratar do jantar, passar alguma roupa, fazer alguma limpeza”*- (Joana), *“ (...) vou a cozinha ver o que há, os restos de ontem e tal. Meto a loiça na máquina, por exemplo hoje, tirei a loiça da máquina, meti a roupa para lavar”*- (António), *“Depois vimos para casa e é o almocinho, lavar a roupa, cozinha, aquela coisa toda. Depois tenho uma coisa na ideia de ir fazer e vou. Vejo a novela.”*- (Ana).

Por último, surge a atividade profissional, onde Joana (única cuidadora inserida no mercado de trabalho) afirmou que *“Às 7 e meia tenho de estar ali em cima à espera do autocarro, vou á rodoviária, vou a pé ao hospital as 8horas tenho de estar a trabalhar.”*- (Joana).

Após a realização das sessões verificamos que a subcategoria falta de informação e respostas informais, deixaram de ser verbalizadas pelos cuidadores informais. Após a intervenção apenas se manteve relativamente às respostas sociais as subcategorias procura de

informação “*Ver, ver só vi lá o debaixo o Lar da Penha, tenho visto na internet coisas boas, mas as coisas boas também são muito caras não é? Tenho consultado ... em Lisboa há muita coisa de Apoio domiciliário, aquela zona de Benfica (...)*” - (António) e respostas técnicas.

A família e os amigos e vizinhos “*... se for preciso vir o meu filho se eu o chamar também vem ... já chegou cá a vir... e assim mais ninguém não a não ser os meus filhos ... está tudo dentro de minha casa pronto*” - (Lurdes), “*As vizinhas também estão avisadas se o meu marido não está de vez em quando vêm ver ou pois pelo menos duas (...)*” - (Joana) mantêm-se como um apoio fundamental aos cuidadores, desaparecendo no discurso os cuidados formais.

Para além de cuidar todos os cuidadores mantêm como tarefas do quotidiano os cuidados prestados a outros familiares “*Tomo conta dos meus três netos, desde junho, só nas férias, vêm de 15 em 15 dias, outras vezes de 8 em 8 dias, vêm muitas vezes.*” - (Paula), as atividades domésticas “*(...) depois venho às 5 para casa é também fazer o comer ou passar roupa ou...olhe é o dia-a-dia de dona de casa.*” - (Joana), e na situação e Joana a atividade profissional.

Após a realização das sessões no domicílio dos cuidadores, e colocada a questão “*Se neste momento começa-se a ser cuidadora de que forma adaptava o seu quotidiano?*” surgiram como respostas maioritariamente a ausência de alterações, afirmando na sua maioria que não alterariam o seu dia-a-dia, mantendo todas as decisões que tomaram até agora “*Se me acontecesse agora só? Eu acho que não mudava nada, eu acho que não mudava nada.*” - (Lurdes), “*Não tomaria assim decisões muito diferente...*” - (António).

## **6.9. APOIO AOS CUIDADORES E IMPORTÂNCIA DA INFORMAÇÃO**

Ao analisarmos as entrevistas é possível verificarmos que todos os cuidadores consideraram pertinente a realização de um futuro programa de apoio aos cuidadores, justificando esta situação na importância que a comunicação tem na intervenção “*Sim é importante! Importantíssimo! Porquê? Porquê? Agora para responder. Agora? É importante porque sei lá... agente a conversar também desabafa aquilo que tem a (...)*” - (Lurdes), “*Sim também é importante porque a pessoa desabafa as magoas que tem não é? E é mais fácil falar com outras pessoas do que propriamente as pessoas mais chegadas*” - (Joana), “*Sei lá, sinto-me bem a falar (...)*” - (Mariana), “*Acho que dá-nos força, dá-nos força... porque agente parece*

*que ficamos com o peito cheio. Fico muito melhor quando sai daqui, estar a falar, muito aliviada. É de louvar o seu trabalho. É muito bom. Todas as pessoas deviam ter... porque isto é um género de uma terapia.” - (Paula).*

Referiram também que a exposição à informação é pertinente *“Sim sim...acho que era importante porque ajudavam, explicavam certas coisas, dúvidas!” - (Joana), “A pessoa devia ter onde aconselhar se era importante ou não dizer (contar à mãe a doença que tem-doença oncológica). Mas eu como nunca tive assim esse apoio prefiro não dizer. Achei que foi melhor assim” - (Joana) e que partilhar experiências com outros cuidadores seria interessante e importante “É interessante, é interessante. Um apoio mais psicológico e era interessante conhecer outros cuidadores e a opinião dos outros.” - (António), “É importante...toda a gente havia de ter, porque é muito bom (...)” - (Ana).*

Após as sessões, foi formulada a seguinte questão *“Acha importante a existência de um programa de apoio aos cuidadores?”* à qual os cuidadores responderam através de relatos sobre a importância do trabalho desenvolvido junto deles, aludindo o seu discurso também a algumas das atividades desenvolvidas em contexto de domicílio. Os cuidadores referiram que a terapia de reminiscência realizada com recurso a fotografias foi bastante importante tal como afirma Paula *“Achei uma sessão muito emotiva também, com emoção de recordar os nossos tempos de jovem e os meus familiares e pronto tudo isso. As memórias ficam cá para o resto da vida. Ajudou-me bastante. “O jogo das emoções também aparece no discurso dos cuidadores como algo importante no processo de intervenção, afirmando que “ (...) tao mais controladinhas e tudo (as emoções) está sim senhor” - (Lurdes), “Achei interessante (jogo das emoções) porque há certas coisas que as pessoas às vezes nem sabe como há de resolver, como dizer as coisas não é? (...) acho que sim que a pessoa certas vezes nem sabe como há de resolver certas coisas e assim está mais esclarecida (...)” - (Joana), “Às vezes agente parece que não sabe responder (ao abordar o jogo das emoções) pois (...)” - (Mariana).*

De acordo com Butler, 2002 cit. in Gonçalves, Albuquerque & Martín, 2008:102 pioneiro da utilização das memórias como meio de adaptação às etapas finais de vida, “a avaliação retrospectiva dos acontecimentos de vida permitia realizar um balanço das experiências significativas, resolvendo potenciais conflitos.”

Lurdes afirmou também que as sessões provocaram nela a reflexão relativamente à resiliência afirmando que *“ (...) tenho pensado sobre o elástico (resiliência) às vezes tenho*

*medo dele... qualquer coisa e...que eu também não sou assim muito de explodir assim fácil... acho que o elástico não vai... acho que não mas já está um pouco esticado... 30 anos a esticar, a esticar... (...) ”*

A comunicação e a exposição à informação constituíram também dois fatores influentes na opinião dos cuidadores. A informação sobre as respostas sociais existentes na opinião de Paula *“Foi muito importante (sessões onde foi informada sobre o descanso do cuidador), é que se eu algum dia tiver necessidade talvez vá aí recorrer, porque não vou dizer não, porque se eu um dia tiver necessidade talvez recorra.”*

A comunicação surge no discurso dos cuidadores como uma ferramenta essencial na intervenção, partilhando quase todos da importância que teve ao longo de todo o processo *“ (...) sei lá e as tais coisas que me disse... pensava (depois das sessões) que tinha sido agradável estar a falar consigo... Senti-me porque falávamos e a pessoa fica mais leve, senti-me sempre à vontade para falar consigo, é especial! (risos) ”* - (Joana), *“(...) eu acho que sim (as preocupações têm diminuído) pelo menos o bocadito que estamos aqui sempre estamos mais distraídos (...)”* - (Mariana), *“ (sobre as sessões) uma pessoa também gosta de falar sobre esses assuntos e tal (...)”* - (António), *“Muito, muito e não devia terminar que alguém pegasse no seu trabalho e que seguisse o seu exemplo, porque me deu muita força. E estou sempre a pensar, ao sábado vem a doutora. Penso que tem sido muito proveitoso para mim. Gostei muito de falar com a doutora e ensinou-me bastante.”* - (Paula).

Neste sentido, a comunicação assumiu uma forma terapêutica, permitindo desenvolver uma relação de confiança com o cuidador informal, facilitado e permitindo o desenvolvimento de competências sociais. A comunicação surge assim no âmbito do conceito de comunicação terapêutica *“como a habilidade do profissional em utilizar seu conhecimento sobre comunicação para ajudar a pessoa a enfrentar seus problemas, conviver com os outros, ajustar-se ao que não pode ser mudado e superar os bloqueios à autorrealização”* (Araújo, Silva & Puggina, 2007:420).

Lurdes e Paula assumiram pensar sobre a possibilidade de nomear alguém para cuidar caso um dia não tenham disponibilidade, sendo estas afirmações, na nossa perspetiva um avanço *“Sim, sim, já tenho pensado, já tenho pensado que ela de certeza absoluta, mesmo as irmãs... mas essa tem mais... tem trabalho para já não é? Essa ficava logo aí.”* - (Lurdes), *“Isso ainda*

*não pensei (aceitar outra pessoa a cuidar da mãe) mas pronto se calhar teria de meter isso na cabeça porque para uma eventualidade estar preparada.”- (Paula).*

Joana e António partilharam ainda a ideia de considerarem pertinente outros cuidadores serem expostos a um programa desenvolvimento de competências sociais afirmando que “*Acho que era importante (outros cuidadores terem sessões) porque a pessoa fica mais uma ideia de como resolver certos problemas que surgem e que a pessoa não está habituada a lidar com eles, acho que sim.*”- (Joana) e que “*Eu ia se houvesse como em Campo Maior o café não é? (espaço para cuidadores informais - Santa Casa da Misericórdia de Campo Maior). Eu havia de arranjar maneira de ir.*”- (António).

## CAPÍTULO VII- ANÁLISE TRANSVERSAL DOS RESULTADOS EMPÍRICOS

De forma a executar a componente estratégica da ação, foram realizadas visitas domiciliárias, onde foram abordados com os cuidadores os temas discriminados na tabela 3. Com a realização das visitas domiciliárias foi possível implementar o programa de informação aos cuidadores informais de forma a desenvolver as competências sociais (objetivo específico). Após a realização das mesmas e análise dos dados obtidos, 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 (objetivo geral do trabalho desenvolvido), permitindo o desenvolvimento de uma relação de empatia com o indivíduo e consequentemente alterações positivas a nível da resiliência e sobrecarga do cuidador informal, alterações abordadas posteriormente. Acreditamos assim, que esta estratégia permitiu o desenvolvimento pessoal do cuidador, a consciencialização do papel que desempenha, 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 é partilhada por Pena, 2015:115 afirmando que “A visita domiciliária é assim, um espaço privilegiado de construção da relação (...)”. Amaro, 2015: 69 também defende as visitas domiciliárias e a comunicação presente nas mesmas como algo potenciador afirmando sobre esta temática que “*A presença da emoção em tudo o que fazemos, e na visita domiciliária, não é- ao contrário do que possa parecer- uma limitação ou problema no campo da racionalidade, mas revela-se como uma potencialidade*”. A autora afirma que a relação de confiança estabelecida na visita domiciliária também partilha da mesma ideia afirmando que a probabilidade do sucesso da intervenção está na confiança mútua que é estabelecida, na reciprocidade e na compreensão. As visitas domiciliárias permitiram-nos desenvolver uma “capacidade de entrar no mundo subjetivo do outro, compreende-lo e assumir as referências internas dessa pessoa, devendo ser capaz de comunicar de um modo eficaz (...)” (Pena, 2015:117).

Diversos autores também utilizaram as visitas domiciliárias como estratégia de ação no desenvolvimento de competências com sucesso, sendo grande parte das investigações neste contexto realizadas por áreas da saúde, nomeadamente de enfermagem, podemos dar como

exemplo o estudo realizado por Mantovani, Ruschel, Souza, Mussi & Rabelo-Silva, 2015:41, onde foram realizadas visitas domiciliárias em 32 utentes vítimas de insuficiência cardíaca, e foram dadas informações quanto à doença e cuidados a ter, verificando-se que “A intervenção de educação no domicílio melhorou significativamente a adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca e internação recente”.

A componente da informação adequada ao cuidador informal em contexto de visita domiciliária levaram a um conjunto de alterações no âmbito do conhecimento dos cuidadores informais acerca do ato de cuidar, permitindo aos cuidadores entenderem melhor o papel que desempenham, as repercussões inerentes ao ato de cuidar, gerir mais facilmente as emoções e sentimentos, compreender as dinâmicas familiares e diminuir através da informação algumas das suas dúvidas, diminuindo conseqüentemente as suas preocupações. Esta situação encontra-se visível nas respostas às entrevistas na fase inicial e na fase final do processo (ver anexos 4 e 5). Os cuidadores com a exposição à informação, relativamente ao significado de cuidar, passaram a ter noções sobre o cuidado formal de 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, agente não recebe nada em troca praticamente, no campo afetivo, estamos a falar para um mundo (...)”*. Os cuidadores informais passaram assim 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 (característica que em termos conceptuais distingue de forma resumida a diferença). Paula demonstra esta situação através das suas palavras, afirmando que *“Ser cuidadora é como eu disse cuidar da minha mãe com amor, muito amor que é que o que eu lhe posso dar no pouco que tenho, porque eu não sei o tempo que deus terá destinado.”* As informações prestadas em torno das dúvidas diagnosticadas em cada um dos cuidadores informais levou ao desaparecimento de algumas dúvidas nos cuidadores informais, tal como afirma Joana ao verbalizar que *“Sim. Porque me explicou várias coisas que eu não estava a par delas e pronto fiquei mais esclarecida de certas coisas ...”* e Lurdes afirmando que *“Sim, sim, sim...é importante saber sim senhor. Não sabia (das respostas que existem) antes e agora já sei. Fiquei (mais esclarecida) agora já não há cá...pronto... por exemplo se houver alguém que me venha perguntar alguma coisa já sei que há alguma coisa e já sou capaz de... (...)”*. Após a realização das sessões e a exposição à informação desapareceu as

subcategorias “Dúvidas/falta de conhecimentos” e “Falta de Informação” onde os cuidadores afirmavam ter dúvidas e receios que provinham dessa falta de informação *“Tenho uma preocupação que me assalta muito que é que fico sem saber se estou a fazer bem ou mal (...)”*- António, deixando estes temas de aparecer nos discursos dos cuidadores informais. Esta distinção permitiu ao cuidador entender melhor o papel que desempenha e o significado de cuidado informal.

Durante as sessões os cuidadores também foram informados relativamente às respostas sociais existentes, passando a sistematizar melhor as respostas sociais de apoio a pessoas maiores e a resposta da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (nomeadamente a medida de descanso do cuidador) *“Há o Lar, há os cuidados continuados, o domicílio onde está a minha mãe, e há o apoio domiciliário, se for houver necessidade aqui no Lar existe... e é o Centro de Dia.”* - (Paula), *“(...) a resposta de durante só noventa dias não é? Pois pode-se pedir e ficar com o doente um mês dois ou três lembro sim senhora! (com grande entusiasmo) Se fizer falta por qualquer motivo ou porque eu quero ir vá de férias já posso recorrer a esses meios e estou descansada porque sei que está vá bem entregue.”* - (Joana).

Outros autores, em estudos realizados, encontraram o amor e o carinho como principal fundamento da decisão de cuidar de alguém dependente, entre os quais Gil, 2010 cit. in Pereira 2013:6 que defende que a decisão de cuidar é em primeiro lugar justificada pela “conceção do cuidar como amor, como extensão familiar, como entrega total”. Desta forma, o campo afetivo surge como aliado ao significado de cuidar.

Melo, Rua & Santos, 2014:149 ao realizarem um estudo sobre as necessidades do cuidador informal salientaram a importância da informação nos cuidadores informais afirmando que *“Dotar os cuidadores da pessoa dependente dos conhecimentos e capacidades que precisam é importante, não só para cuidarem melhor dos seus familiares, como de si mesmos, sendo um fator facilitador para um desempenho das funções de um modo mais saudável.”*

Um outro estudo realizado por Lindolpho, Brum, Sá, Cruz & Andrade, 2011 no Brasil, teve como base o desenvolvimento de um programa de intervenção com cuidadores informais, concluindo que os cuidadores informais necessitam de ver as dúvidas esclarecidas, permitindo a informação uma diminuição da ansiedade, aumentando a compreensão sobre o cuidado.

Os autores Berger e Mailloux-Poirier, 1995 cit. in Andrade, 2009 também defendem que a informação assume um papel importante na prestação de cuidados, afirmando que na ausência

de informações aumenta os riscos do cuidador informal não saber que opções tomar e de não saber quais os recursos existentes e de que forma utiliza-los. A informação de acordo com os autores assume uma das principais necessidades do cuidador informal.

Durante as sessões de desenvolvimento de competências sociais no cuidador informal as relações e dinâmicas familiares foram temas abordados com o cuidador, ocorrendo uma reflexão e discussão em torno da família. Para tal, foi desenvolvido em conjunto com o cuidador informal o ecomapa e genograma (ver anexo 6). Ao analisamos os dados obtidos com o desenvolvimento dos instrumentos sociais anteriormente referidos, verificamos que existe uma relação direta entre as relações familiares e determinados perfis de resiliência no cuidador informal. Nesta análise, debruçamo-nos sobre o perfil de resiliência obtido após a realização das sessões. Consideramos que só após a realização das sessões e o desenvolvimento de competências sociais no cuidador, estes passaram a entender o conceito de família e a refletir sobre as dinâmicas familiares e relações existentes com os diferentes membros. Neste sentido, Paula distingue-se entre todos os cuidadores a nível das relações familiares, apresentando relações fortes com o marido, filho, nora e netos, dados obtidos com recurso ao genograma, verificando-se também que a nível do perfil de resiliência de suporte social familiar é a cuidadora que assume a maior pontuação, nomeadamente de 55 pontos, que corresponde a um perfil de resiliência de suporte social familiar médio. Também a nível do perfil de resiliência de envolvimento familiar, Paula é a cuidadora com maior pontuação, tendo por parte dos familiares um envolvimento alto. Ao contrário da cuidadora referida, António surge como o cuidador com menor nível de resiliência de suporte social familiar, situação congruente com os dados recolhidos através do genograma, onde foi possível verificar que o cuidador não tem uma relação de proximidade e de afetividade com os filhos, tendo tido uma infância com poucas referencias, contando apenas com o apoio da irmã de forma esporádica, não conseguindo nomear ninguém como cuidador secundário no seio da família. A nível do envolvimento familiar, António assume um perfil baixo. Foi possível verificar, que os cuidadores com redes familiares mais estreitas têm maior perfil de suporte social familiar e de envolvimento familiar, ou seja, os cuidadores cujos familiares apoiam/dão suporte e se envolvem, têm ligações mais estreitas com os familiares.

Também outros autores sobre a importância das redes familiares na prestação de cuidados, como por exemplo Gomes & Mata, 2015:167 defendem que cada família é única adaptando-se à situação do cuidado de formas diferentes, afirmando que “O equilíbrio e a força para encarar

a nova realidade e ajudar o familiar idoso (...) vão depender, de quão apta a família se encontra para enfrentar a situação.”

Figueiredo, 2007 partilha da ideia que a prestação de cuidados influencia o relacionamento familiar e social, como consequência de uma nova rotina, exigindo reajustamentos e deslocação de relações de poder. A família vê-se obrigada a adaptar e a redistribuir as suas tarefas. Desta forma, a família funciona como uma rede complexa de relações, recaindo o impacto do cuidado sobre todas as esferas de funcionamento da mesma.

De acordo com Cardoso, 2011 existem famílias que perante um fator stressante, neste caso a prestação de cuidados a um idoso dependente, reagem no sentido de ultrapassarem as dificuldades, enquanto outras ficam inertes. A autora defende a existência de famílias que são mais resistentes às alterações respondendo de forma mais resiliente. De acordo com McCubbin e McCubbin, 1993 as famílias resilientes demonstram relações vinculativas e maior flexibilidade familiar. Estas famílias demonstram mais capacidades para lidar com situações problemáticas, encontrando formas de as resolver de forma positiva e resiliente, como ocorre com Paula.

Os cuidadores informais com o desenvolvimento de competências sociais, passaram a dialogar mais facilmente sobre a sobrecarga, aparecendo após as sessões informativas discursos mais descritivos do que sentem e em maior número. Pensamos que esta situação esteja relacionada com a informação prestada onde esta temática era desmistificada e onde os cuidadores passaram a entender melhorar as repercussões existentes no ato de cuidar, passando a referir sem qualquer estereótipo que se encontram cansados e sobrecarregados, tal como afirma Lurdes *“Cuidar tem coisas negativas, nesta situação como é que eu hei-de explicar...essa (relativamente ao cansaço) é logo a primeira e de que maneira...Tenho de ter força e ganhar coragem para fazer.”*

Ao analisarmos os dados obtidos com recurso ao QASCI nas diferentes subescalas que compõem o questionário apuramos que em todas as dimensões de sobrecarga ocorreram alterações positivas, diminuindo os níveis de sobrecarga (ver tabela 9). Ao analisarmos os dados obtidos, verificamos que a nível da sobrecarga emocional ocorreu um decréscimo passando os cuidadores da pontuação de 55, 20 (Sobrecarga elevada) para 45,83 (Sobrecarga Moderada), ocorrendo em termos numéricos uma diminuição de 9,37 valores. A Sobrecarga de Resposta às Exigências diminuiu ligeiramente, cerca de 2,5, mantendo-se no entanto, no nível de sobrecarga

moderada. Os Mecanismos de Eficácia e de Controlo sofreram alterações sendo o valor inicial antes das sessões de 26,55 e após a sua realização de 19,44, passando a Sobrecarga de Moderada para Baixa. O Suporte Familiar e a Satisfação com o papel e com o familiar aumentaram, diminuindo os valores obtidos de 3,33 para 0,83.

Destacamos que a única subescala de sobrecarga em que não ocorreram alterações foi na sobrecarga financeira onde todos os cuidadores mantiveram as mesmas respostas e consequentemente o mesmo nível de sobrecarga, nomeadamente de sobrecarga elevada com o valor de 72,91. Podemos pensar que este facto esteja relacionado com a tipologia da intervenção, não existindo ao longo do processo de desenvolvimento de competências, qualquer apoio económico e não existindo da nossa parte informação que permita o cuidador ter um maior suporte económico, isto porque a nível das políticas sociais nacionais, não existe qualquer resposta para o cuidado informal, à semelhança de outros países.

Desta forma, do ponto de vista global, a sobrecarga no cuidador informal diminuiu, de 43,1 para 38,3. Apesar da sobrecarga antes e depois das sessões de um modo geral se manter com valores de sobrecarga moderada, consideramos que a diminuição obtida é importante, salientando os ganhos a nível de sobrecarga emocional, onde ocorreram maiores alterações, passando esta sobrecarga de elevada para moderada.

A única situação em que não ocorreu diminuição da sobrecarga foi na cuidadora Lurdes, situação que consideramos estar relacionada com o aumento dos problemas de saúde dos familiares (ver gráfico 1). A diminuição da sobrecarga também está presente no discurso dos cuidadores, desaparecendo a categoria de Sentimentos de Fuga (ver anexos 4 e 5).

A diminuição da sobrecarga e das preocupações nos cuidadores informais também está presente no discurso dos mesmos, afirmando que “ (...) *Eu acho que me sinto mais leve ... e que é importante (sobre o programa) tao não? Tudo é importante e no que esteja a tocar na gente é tudo importante não é? Acho que sim... (quando questionada se as preocupações diminuíram) mas acho que sim...há pessoas que não têm ninguém que as ajude.*” - (Lurdes), “*Psicologicamente ajudou-me a pensar melhor! Muito mais coisas que nós não sabemos e que eu gosto de aprender certo? Sentia-me bem (depois das sessões). Todos os cuidadores tivessem este apoio, que tivessem a felicidade que alguém os ajudasse.*” - (Paula).

Estudos realizados com base em programas de desenvolvimento de competências sociais no cuidador informal têm demonstrado uma diminuição da sobrecarga e do *stress*. Chiu,

Wesson & Sadavoy, 2013 num estudo realizado com 73 cuidadores informais de idosos dependentes com demência, num programa de 10 sessões, trabalhou competências sociais, informou sobre a demência, identificaram juntamente com o cuidador problemas e soluções e treinaram competências sociais conseguindo após a realização do programa diminuir estatisticamente a sobrecarga e o *stress* nos cuidadores informais. Este estudo evidencia a forma como o desenvolvimento de competências sociais influenciam positivamente o cuidador informal, diminuindo as repercussões do ato de cuidar.

A realização da componente da ação leva-nos pensar que a diminuição da sobrecarga no cuidador informal está relacionada com o desenvolvimento de competências sociais. Neste sentido, diversos autores apelam à importância de desenvolver competências no cuidador informal. Sobre este tema, Faleiros, 2009 cit. in Pinto e Barham, 2014 destaca a importância de desenvolver habilidades e fornecer informações ao cuidador, tais como diferenciar comportamentos e emoções e desenvolver capacidades para lidar com situações difíceis. Estudos realizados por Pinto e Barham, 2014:535, onde foram realizadas visitas domiciliárias e entrevistas (instrumentos também presentes no nosso estudo) verificaram que “várias formas de usar habilidades sociais e a capacidade de resolução de problemas também estavam associadas a uma menor percepção de sobrecarga (...)”. De acordo com os mesmos autores, existem formas de diminuir a sobrecarga, também utilizados e servindo de base para o nosso trabalho, nomeadamente modificar a forma de pensar e agir perante o cuidado e alterar a forma de lidar com os cuidados e o seu significado.

Pensamos que falta de conhecimento relativamente ao ato de cuidar contribuiu para a existência de sobrecarga no cuidador informal, sendo importante o desenvolvimento de competências nesse sentido, tal como afirma Braithwaite, 1992 cit. in Marques, Teixeira & Souza, 2012:149 “a sobrecarga que o cuidador informal experimenta advém da falta de conhecimento no cuidar e da incapacidade mental do doente, que torna o papel irreversível e de completa dependência.” De acordo com diversos estudos, os temas de relevo a serem trabalhados junto do cuidador informal, devem ser a construção do papel do cuidador e os conhecimentos do cuidador sobre os aspetos envolvidos nos cuidados, tornando-se emergente a necessidade de desenvolver competências de modo a ajudar as pessoas (Oliveira & D'Elboux, 2012).

Consideramos pertinente ao analisar os dados obtidos verificar qual a relação entre a resiliência e os níveis de sobrecarga apresentada pelos cuidadores antes e depois do

desenvolvimento de competências sociais. Ao desenvolver as competências no cuidador informal e a sua capacidade de resiliência verificamos ocorrer consequentemente alterações na sobrecarga dos cuidadores. Ao analisarmos a relação direta entre os níveis de sobrecarga nos cuidadores informais com os perfis de resiliência familiar obtidos, é necessário avaliar esta situação de forma individualizada, salientando os principais dados obtidos.

Antes da realização das sessões, a nível do perfil de resiliência às Mudanças Familiares os cuidadores com maior sobrecarga, nomeadamente Mariana (49,62) e Ana (54,38) foram os que maior número de mudanças familiares sofreram. Esta situação comprova existência de relação direta entre a Resiliência às Mudanças Familiares e a Sobrecarga, verificando-se que quanto mais frequentes são as mudanças familiares, maior é a sobrecarga. Deste modo, os cuidadores com menor sobrecarga, nomeadamente Joana (35,07) e Paula (29,70) foram os que apresentaram menores mudanças familiares.

O perfil de coerência familiar também assumiu importância no nível de sobrecarga. Ana, (cuidadora com maior sobrecarga em toda a população) com sobrecarga de 54,38 assume de entre todos os cuidadores menor resiliência neste campo, tendo pouca coesão a nível familiar. A coesão familiar assumiu um papel preponderante contribuindo este perfil de resiliência para a diminuição/aumento da sobrecarga conforme o grau de união e proximidade familiar.

Ao contrário dos perfis de resiliência anteriormente apresentados, não foi possível obter uma relação entre Perfil de Resiliência de Flexibilidade Familiares e a sobrecarga apresentada pelos cuidadores, obtendo resultados muito díspares. Esta situação verificou-se, por exemplo, em Mariana e Ana, onde as duas cuidadoras tem valores elevados de sobrecarga, e Mariana assumiu uma flexibilidade familiar baixa e Ana, com sobrecarga superior à de Mariana, uma flexibilidade familiar alta. Não existe, ao analisar os dados obtidos nenhuma relação entre este perfil de resiliência e sobrecarga dos cuidadores informais.

A Resiliência de Envolvimento Familiar assumiu também uma ligação estreita com os níveis de sobrecarga apresentados. Os cuidadores informais que apresentaram maior sobrecarga (nomeadamente Mariana e Ana) têm menos envolvimento familiar. Desta forma, podemos verificar que quanto maior for o envolvimento familiar menor será a sobrecarga experienciada pelos cuidadores.

Por último, relativamente ao Perfil de Resiliência de Suporte Social da Família verificamos que nenhum cuidador assume neste campo um suporte Social da Família alto, destacando-se

neste campo a cuidadora informal Paula, como a cuidadora com maior perfil de Suporte familiar tanto na fase inicial como final do trabalho. No entanto, não conseguimos estabelecer uma relação direta entre a sobrecarga no cuidador informal e a resiliência de Suporte social na família, pois se tal ocorresse, Joana, única cuidadora que após as sessões teve baixa sobrecarga, teria um perfil de resiliência superior a qualquer outro cuidador, inclusive ao de Paula.

Após a realização das sessões foi possível verificamos que todos os cuidadores sofreram alterações tanto a nível do Perfil da Resiliência, como a nível da sobrecarga. Lurdes foi a única cuidadora que contrariou esta ideia, aumentando a sua sobrecarga e diminuindo o seu Perfil de Resiliência de Flexibilidade Familiar após a realização da componente da ação do trabalho. António e Lurdes não alteraram nenhuma das variáveis do Perfil de Resiliência Familiar, diminuindo apenas a sua sobrecarga. No entanto, constatamos que Joana, Mariana e Ana para além de diminuir a pontuação global de sobrecarga, aumentaram o seu Perfil de Resiliência de Coerência Familiar.

Desta forma, e tendo em conta o que foi referido anteriormente, de uma forma geral, o aumento da resiliência após o desenvolvimento de competências sociais no cuidador informal provocou a diminuição da sobrecarga no cuidador informal, existindo deste modo uma relação entre a sobrecarga a resiliência, influenciando-se mutuamente.

Salientamos o facto das oscilações tanto positivas como negativas (nomeadamente na situação de Lurdes, onde a resiliência diminuiu e a sobrecarga aumentou) decorreram após o processo informativo a que os cuidadores foram expostos e conseqüentemente ao desenvolvimento de competências sociais. Ao refletirmos sobre esta situação pensamos que o facto dos cuidadores informais compreenderem melhor do ponto de vista conceptual os conceitos de cuidar, resiliência e sobrecarga, ajudou na fase final a compreender melhor as suas experiências e a responder com melhor precisão aos questionários.

A resiliência de acordo com Cyrulnik, 1999 cit. in Ramos, 2004 é a capacidade que o individuo tem para viver de forma positiva apesar da existência de situações difíceis e stressantes. A resiliência é uma capacidade que permite ao individuo apesar das dificuldades continuar a projetar-se no futuro apesar das vivências desestabilizadores que vive e experiência. A resiliência de acordo com a autora está presente em cada individuo e é construída em função do desenvolvimento psicológico, das circunstâncias e contextos ambientais. Os estudos relativos ao desenvolvimento de resiliência foram realizados essencialmente em crianças, sendo

ainda a esta temática em pessoas maiores algo recente e inovador. Werner, 1989, 1992, 1993 cit. in Ramos, 2004 realizou um estudo com cerca de 545 crianças onde verificou que apesar das dificuldades sócio ambientais e de viverem num ambiente precário, existiam algumas crianças que apresentavam uma boa adaptação e capacidade de ultrapassar as dificuldades, ou seja resilientes.

Estudos recentes realizados sobre a temática da resiliência nos idosos indicam que os idosos enfrentam a velhice de forma resiliente, desenvolvendo capacidades de resiliência, facilitando a convivência com perdas e maximizando os afetos positivos e minimizando os negativos, como a sobrecarga sentida pelos cuidadores informais (Ferreira, Santos & Maia, 2012).

Os cuidadores informais de acordo com Pesca, Assis, Santos & Oliveira, 2004 podem ser considerados indivíduos com fatores de risco, pois experienciam situações de doença na família. Esta população ultrapassa dificuldades vivendo em circunstâncias e contextos difíceis, provocados pela difícil tarefa de cuidar. Existem fatores protetores que podem proteger o indivíduo de situações difíceis nomeadamente processos que promovem a autoestima e a autoconfiança, processos que alterem o significado de risco, processos que diminuam as reações negativas perante o risco e processos que promovam novas situações de desenvolvimento pessoal. Um indivíduo resiliente deve desenvolver capacidades de autoestima, capacidade de projetar e/ou antecipar situações, promovendo a confiança em si mesmo e das suas capacidades e a capacidade do indivíduo se apoiar em experiências pessoais, familiares e extrafamiliares positivas. O desenvolvimento de competências sociais permite desenvolver fatores protetores que favorecem a resiliência nomeadamente a coesão familiar e estimular a comunicação entre os elementos da família (Ramos, 2004).

Promovemos no cuidador informal a importância das redes sociais e interpessoais, a reflexão em torno da família, com a ideologia de não acentuar apenas os problemas, estimular a relação com o meio de forma a romper com o isolamento social e redimensionar os problemas de acordo com as características socioculturais. Com o desenvolvimento de competências sociais no cuidador foi possível educar para a resiliência, desbloqueando problemas e favorecendo o desenvolvimento de fatores protetores (Sousa & Miranda, 2015).

Deste modo, é de extrema importância avaliar a resiliência dos cuidadores informais e entender de que forma o desenvolvimento de competências sociais a influência. Consideramos

que o desenvolvimento de competências sociais desenvolve os fatores de proteção, encarando-os como “características potenciais na promoção de resiliência, uma vez que podem minimizar os eventuais efeitos negativos ou disfuncionais na presença do risco, além da possibilidade de modificar, melhorar ou alterar a resposta pessoal diante de um perigo qualquer” (Ferreira, Santos & Maia, 2012:329).

As emoções e sentimentos também assumiram um papel fundamental no desenvolvimento de competências sociais nos cuidadores informais, assumindo esta temática no discurso dos cuidadores um papel preponderante. No primeiro contacto com os cuidadores e durante a realização da primeira entrevista (ver anexo 5), os cuidadores transmitiram emoções e sentimentos de desejo de morrer “*Às vezes penso em coisas que não devia pensar ... até já pensei na morte para mim... é naquele momento, depois arrependo-me de ter pensado aquilo não é?*” - (Lurdes), felicidade “*Gosto de tratar deles (pais), pois...*” - (Mariana), sentimentos de fuga “*Às vezes também gostava de estar sozinha, não é que ele me faça mal mas... (...)*” - (Ana), tristeza “*Parece que me sinto assim triste, às vezes tenho vontade de... Também esta vida... (...)*” - (António), aflição “*Às vezes fico tão aflita, tão aflita quando ele está aflito às tantas da noite*” - (Lurdes), revolta “*Revolto-me, revolto-me porque a minha mãe não merecia isto. Só o que eu lhe digo é isto*” - (Mariana), sobrecarga “*às vezes sinto-me cansada... (...)*” - (Mariana), sentido de responsabilidade “*(...) enquanto eu puder tratar dela... sinto-me assim um bocadinho triste se não a puder apoiar mas, ao mesmo tempo penso assim, vou fazer os possíveis e impossíveis*” - (Joana), obrigação “*Sinto uma obrigação ou seja um dever...dever não uma obrigação, uma obrigação de prontos (...)*” - (Paula) e de compaixão “*Preocupa-me as vezes não saber o que fazer quando tem dores, aflige-me muito ela não falar coitadinha. Dá-me pena isso.*” - (Mariana).

Desta forma, durante a estratégia utilizada para o desenvolvimento de competências sociais no cuidador informal, foi desenvolvido com os cuidadores um jogo interativo denominado de “Jogo das Emoções”, de elaboração própria, onde era refletido (com recurso à estratégia de role-playing) o significado de emoções e sentimentos, identificadas com recurso a imagens de emoções positivas e negativas (pedindo ao cuidador para explicar em que momentos sentiram as emoções em causa) e para imaginarem uma situação em que tinham sentido dificuldade em gerir emoções e sentimentos. Com o desenvolvimento do jogo em questão, os cuidadores verbalizaram e refletiram muitas emoções e sentimentos tanto positivos como negativos que advêm do ato de cuidar, passando a identificar e a gerir melhor as emoções.

Também de forma a desenvolver no cuidador informal capacidades de autogestão de emoções e sentimentos foi realizada uma sessão dedicada a fotografias (ver anexo 7), com recurso às mesmas para recordar momentos e experiências de vida, despoletando no cuidador emoções e o diálogo em torno das mesmas. Durante as sessões o recurso às fotografias enquanto instrumento para o desenvolvimento de Terapia de Reminiscência contribuiu para o enriquecimento da componente da ação realizada, constituindo um momento enriquecedor, permitindo ao cuidador, tal como é verbalizado nas entrevistas, momentos de reflexão sobre a sua vida e de prazer.

Depois de terminada a componente de ação para o desenvolvimento de competências sociais no cuidador informal e depois de efetuarmos análise à segunda entrevista efetuada, verificamos que os sentimentos e emoções passaram a estar mais organizados no discurso dos cuidadores informais, desaparecendo conseqüentemente, as categorias de felicidade e de sentimentos de fuga (ver anexo 4 e 5). Consideramos que a categoria de felicidade tenha desaparecido por deixar de fazer sentido para os cuidadores enquanto emoção, passando o seu discurso a enquadrar-se no orgulho, demonstrando esta situação que os mesmos passaram a ter outra definição das emoções e do que significado de cada uma delas, deixando de se identificarem com felicidade, mas sim com a satisfação que advém do orgulho que sentem ao cuidar do seu familiar.

Os cuidadores após o desenvolvimento de competências sociais, onde ocorreu a educação para a emoção, passaram a verbalizar com maior facilidade e de forma mais pragmática a sobrecarga que sentem, tal como afirma Lurdes “*Cuidar tem coisas negativas, nesta situação como é que eu hei-de explicar...essa (relativamente ao cansaço) é logo a primeira e de que maneira.... Tenho de ter força e ganhar coragem para fazer.*” Acreditamos que a facilidade em gerir emocionalmente a sobrecarga sentida tenha levado à diminuição da sobrecarga em todos os cuidadores informais, em especial da emocional, tal como foi referido anteriormente.

O desenvolvimento das atividades com os cuidadores foi útil, nomeadamente o “Jogo das Emoções” e a Terapia de Reminiscência, tendo os cuidadores informais treinado todos os pressupostos enunciados, consciencializando-os para a importância de gerir emoções e provocando a reflexão sobre a sua importância. Esta situação está presente no discurso de Ana afirmando que “ (Questionada sobre jogo das emoções) *acho que sim (importante), porque dá-me assim uma certa força. Sei lá, agente as coisas más tira conclusões para não voltarmos a fazer os mesmos erros e as boas tento ainda fazer melhor.*”

A educação emocional permitiu assim, criar condições para que qualquer diálogo, contacto humano, relações de longa duração (situação em que se enquadra o cuidador informal e o familiar dependente) propiciem recompensas a todos os indivíduos envolvidos na relação. (Martins & Melo, 2008).

De acordo com alguns autores, entre os quais destacamos Martins & Melo, 2008 os aspetos emocionais podem ser treinados ou educados, tal como ocorreu no nosso trabalho, através do desenvolvimento de cinco aptidões emocionais básicas: capacidade de reconhecer os próprios sentimentos, capacidade de controlar as próprias emoções, capacidade de reparar danos emocionais e capacidade de integração emocional e interatividade. Ao intervir nestas áreas junto do cuidador informal, permitimos a este lidar com situações emocionais difíceis (situações estas bastante frequentes em quem desempenha o papel de cuidar). Com o desenvolvimento do instrumento e do reforço constante dado ao longo das sessões, os cuidadores desenvolveram mais consciência emocional, passando de acordo com Steiner & Perry, 2000 de uma forma mais clara a saber aquilo que sentem, aquilo que os outros sentem, descobrir as causas das emoções e sentimentos e a compreender comportamentos que têm no seu quotidiano e a assumir uma atitude perante as circunstâncias mais adequada e responsabilizada.

Importa salientar que os dados obtidos não têm como objetivo efetuar qualquer tipo de inferência para um determinado universo. Os dados e respetiva análise apenas dizem respeito á população em estudo, não pretendendo que o mesmo seja correlacional com outras realidades.

## **CONCLUSÕES E SUGESTÕES**

O cuidador informal tem assumido nos últimos anos visibilidade nas investigações científicas, encontrando-se muitas vezes a prestação de cuidados neste âmbito, no seio da família. No entanto, sendo a prestação de cuidados dispensada por “profissionais informais” em especial conjugue e filhas, existe um conjunto de necessidades sentidas por esta população, nomeadamente a falta de informação, sendo urgente atuar neste campo. Acreditamos que ao desenvolver competências sociais junto dos cuidadores informais, facilitamos o desempenho do papel, diminuindo algumas das consequências que advêm do ato de cuidar e potencializando alguns mecanismos protetores que ajudam a conviver com a prestação de cuidados.

Na verdade, muitos estudos têm apontado para as necessidades dos cuidadores informais enumerando muitos deles as necessidades educativas e informativas. Neste sentido, foi desenvolvido o trabalho que apresentamos, com o objetivo geral de desenvolver competências sociais no cuidador informal. Acreditamos que as visitas domiciliárias foram um local privilegiado para o fazer, em primeiro lugar devido à nossa experiência no campo do serviço social, que nos permite verificar que é no ambiente (*in loco*) onde o ser humano vive que se consegue uma intervenção mais aperfeiçoada e detalhada, conseguindo chegar mais facilmente às pessoas e em segundo lugar porque para esta população aderir ao desenvolvimento de competências, seria mais eficaz ir até elas. Foi necessário selecionar uma metodologia que permitisse unir o desenvolvimento de competências sociais com uma componente prática, mais especificamente a metodologia investigação-ação.

A questão de partida do trabalho consistiu em verificar se “A exposição dos cuidadores informais a um programa de informação influenciará o desenvolvimento de competências nos cuidadores informais?” e teve como objeto de estudo o desenvolvimento de competências no cuidador informal.

De forma a responder à questão de partida, hipóteses e objetivos a que nos propusemos, desenvolvemos uma componente de ação, que consistiu no desenvolvimento junto dos cuidadores de um programa de informação em contexto de domicílio, que denominamos ao longo do trabalho como estratégia para a componente da ação.

O trabalho desenvolvido teve como variável dependente as competências sociais no cuidador informal e como variáveis independentes as informações prestadas ao cuidador informal, a resiliência e sobrecarga no cuidador informal e as emoções no cuidador.

Para desenvolver o trabalho foi selecionada uma população de seis cuidadores informais. Para selecionar os cuidadores, foi pedida colaboração à ULSNA, mais propriamente à ECCI, visto que estes profissionais lidam diariamente com a população que nos propusemos a trabalhar. Os participantes são assim oriundos do distrito de Portalegre, nomeadamente no concelho de Alter do Chão e Portalegre, localidades pertencentes à ULSNA e com ECCI. A população trabalhada era assim constituída por seis cuidadores informais com idades compreendidas entre os 58 e os 77 anos, cinco dos quais do sexo feminino, nomeadamente conjugues ou filhas.

Desenvolvemos seis hipóteses, nomeadamente: as visitas domiciliárias como estratégia de ação influenciam o desenvolvimento de competências sociais no cuidador informal; A informação adequada ao cuidador influencia o conhecimento dos cuidadores informais relativamente ao ato de cuidar; Os cuidadores informais que têm redes familiares apresentam uma maior resiliência; O desenvolvimento de Competências sociais influencia a sobrecarga no cuidador informal; O aumento da resiliência influencia os níveis de sobrecarga nos cuidadores informais e Os cuidadores informais que identificam e gerem as emoções apresentam menor sobrecarga.

Depois de analisarmos os instrumentos de natureza qualitativa e quantitativa utilizados e de realizarmos reflexão em torno dos mesmos é possível destacar que:

- As visitas domiciliárias constituíram uma estratégia de ação adequada permitindo concretizar os objetivos do trabalho e responder às hipóteses desenvolvidas. Desta forma, em relação à primeira hipótese, as visitas domiciliárias como estratégia de ação influenciam o desenvolvimento de competências sociais no cuidador na população em estudo. Esta situação leva-nos a constatar que as visitas domiciliárias levam ao desenvolvimento de fatores facilitadores de mudança no indivíduo, nomeadamente a relação de confiança e a empatia.
- Salientamos que a informação a que os cuidadores informais foram expostos teve impacto no conhecimento dos cuidadores informais relativamente ao ato de cuidar. Neste sentido possível verificar que em relação à segunda hipótese, que a informação

adequada ao cuidador influencia o conhecimento dos cuidadores informais relativamente ao ato de cuidar.

- Em relação à terceira hipótese, que os cuidadores informais que têm redes familiares mais fortes apresentam uma maior resiliência, verificamos que existe relação entre estas duas variáveis.
- Pensamos que o desenvolvimento de competências sociais contribuiu para a diminuição da sobrecarga no cuidador informal, verificando-se esta situação nos dados obtidos, onde os cuidadores de uma forma geral diminuíram a sobrecarga, nomeadamente a sobrecarga emocional. Neste sentido e tendo em conta os resultados obtidos é possível verificar que em relação à quarta hipótese, que o desenvolvimento de Competências Sociais influencia a sobrecarga no cuidador informal.
- Avaliamos a relação entre a sobrecarga e a resiliência no cuidador informal, verificando-se no que refere à quinta hipótese, que o aumento da resiliência influencia os níveis de sobrecarga nos cuidadores informais, nomeadamente no que toca ao perfil de resiliência de Mudanças familiares, coerência familiar e envolvimento familiar.
- Os dados obtidos permitiram avaliar o impacto das emoções na sobrecarga dos cuidadores informais. Verificamos que os cuidadores que identificam as emoções e as gerem têm menor sobrecarga. Assim, no que refere à sexta hipótese, os cuidadores informais que identificam e gerem as emoções apresentam menor sobrecarga.

Implementamos assim um programa de informação aos cuidadores com vista ao desenvolvimento de competências sociais, verificar o impacto do desenvolvimento de competências sociais para a diminuição da sobrecarga no cuidador informal, estudar a relação entre a sobrecarga e a resiliência no cuidador informal, avaliar o impacto das emoções na sobrecarga do cuidador informal e verificar o impacto da informação no conhecimento dos cuidadores relativamente ao ato de cuidar.

Importa referir novamente, que o trabalho desenvolvido e que a população alvo utilizada não constitui qualquer amostra, não se pretendendo extrapolar os dados obtidos, mas sim pistas para futuras investigações e novas práticas no âmbito do desenvolvimento de competências no cuidador informal, pois com os dados obtidos verificou-se que o desenvolvimento das mesmas facilita a convivência com este papel.

Este estudo, na nossa opinião, permitiu apurar que a intervenção realizada em contexto natural habitacional (no meio natural do indivíduo) consistiu uma ferramenta importante na

intervenção com os cuidadores informais. Verificamos que a intervenção prolongada por parte de um profissional formado em serviço social e com especialização em gerontologia consegue, tal como ocorre noutras disciplinas, provocar a mudança, melhorando a qualidade de vida de um determinado grupo-alvo.

Partilhando da mesma opinião de Coutinho, Sousa & Dias, 2009 com a aplicação desta metodologia no estudo é possível melhorar e transformar a prática social e ao mesmo tempo conseguir uma melhor compreensão, articular de modo permanente a investigação, ação e formação e aproximar o investigador da investigação. Esta metodologia permite ainda a disseminação do conceito “prático reflexivo”, a combinação entre métodos quantitativos e qualitativos e permite uma investigação com maior relevo social (pondo os investigador e os participantes no mesmo plano de intervenção).

A teoria, a prática e a reflexão foram pontos-chave no desenvolvimento da dissertação. Consideramos que esta investigação é importante para área do mestrado em que nos encontramos, mas também para a formação inicial que detemos (Serviço Social). Tentamos que as características da metodologia ação estivessem presentes, nomeadamente a ação- reflexão, tendo o programa de visitas domiciliárias, passado por um conjunto de reflexões e ações, norteadas pelas necessidades individuais dos cuidadores e pela necessidade de informação personalizada.

Obtivemos resultados nas duas vertentes (investigação e ação) e aumentar o conhecimento do investigador, cliente e da comunidade sobre um fenómeno social e obter modificação numa comunidade, organização e programa (Koshy, 2007 cit. in Andrade, 2014). Durante o desenvolvimento do trabalho, foram partilhados alguns dados com a comunidade científica (nomeadamente os dados recolhidos quanto aos níveis de sobrecarga e de resiliência dos elementos do género feminino) no VII Congresso Internacional “A vez e a voz das mulheres migrantes em Portugal e na diáspora: mobilidades, tempos e espaços” na Faculdade de Economia da Universidade do Porto, encontrando-nos de momento a desenvolver uma publicação. Iremos ainda partilhar todos os dados obtidos com a ULSNA (a entidade demonstrou interesse em saber os dados obtidos de forma a desenvolver novos projetos/ideias no âmbito do estudo e a conhecer de forma mais aprofundada a temática dos cuidadores informais).

Tomamos assim consciência da importância da resiliência e da sobrecarga no cuidador informal, criando predisposição para a reflexão, permitindo assumir valores e atitudes e estabelecer congruência entre as teorias e as práticas e responder à pergunta de partida, verificando que a exposição dos cuidadores informais a um programa de informação influencia o desenvolvimento de competências nos cuidadores informais.

Podemos ainda desenvolver algumas sugestões, nomeadamente o desenvolvimento de espaços de debate entre os cuidadores informais, permitindo a partilha de experiências e de vivências e o desenvolvimento em todas as ECCI de um programa de informação para os cuidadores informais, onde cada profissional contribui com a sua área específica, permitindo a criação de programas de desenvolvimento de competências mais amplos e com maior duração.

## BIBLIOGRAFIA

Abreu, J. (2013, junho). Afetos, Emoções e Conceitos Aparentados. *Psilogos*, 11, 46-51. Acedido a 5 de outubro de 2015 em [http://www.psilogos.com/Revista/Vol11N1/Indice14\\_ficheiros/Psilogos\\_Pio\\_Abreu\\_pag46\\_51.pdf](http://www.psilogos.com/Revista/Vol11N1/Indice14_ficheiros/Psilogos_Pio_Abreu_pag46_51.pdf)

Administração Regional de Saúde do Norte [ARSN] (2014). *Manual de Procedimentos para implementação e desenvolvimento da ECCI*. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte

Afonso, M. (2012). Stress, Coping e Resiliência em pessoas idosas. In Paúl, C. & Ribeiro, O. (org.), *Manual de Gerontologia* (1ª edição-pp.163-176). Lisboa: Lidel

Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 327-230. Acedido a 10 de outubro de 2015 em <http://www.rpmgf.pt/ojs/?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10366>

Alves, J. (2011). *Vidas de Cuidado (s): Uma análise sociológica do papel dos cuidadores informais*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra

Amaro, S. (2015). *Visita Domiciliária-Teoria e Prática*. Porto: Porto Editora

Andrade, C. (2014). *Membro da Família Prestador de Cuidados- Um modelo para a ação profissional facilitador da transição para o desempenho do papel*. Tese de Doutoramento não publicada, Universidade de Lisboa, Lisboa

Andrade, F. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia, Braga

André, S., Cunha, M. & Rodrigues, V. (2010). Família enquanto entidade cuidadora. *Millenium*, 39, 131-134. Acedido a 2 de setembro de 2015 em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium39/9.pdf>

Araújo, M., Silva, M. & Puggina, A. (2007). A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogénico. *Revista Escola de Enfermagem de São Paulo*, 41, 419-425. Acedido a 20 de agosto de 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/11.pdf>

Arca, B. (2007). Apoio familiar e institucional à pessoa idosa. In Osório, A. & Pinto, F. (org.), *As Pessoas Idosas* (1ª edição-pp.269-280). Lisboa: Instituto Piaget

Bardin, L. (1979). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70 (original publicado em 1977)

Barros, P. (2012). *A investigação-ação como estratégia de supervisão/ formação e inovação educativa: um estudo de contextos de mudança e de produção de saberes*. Tese de Doutoramento não publicada, Universidade do Minho, Braga

Belasco A, Barbosa D, Bettencourt AR, Diccini S & Sesso R. (2006). Quality of life of family caregivers of elderly patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 955-63. Acedido a 5 de outubro de 2015 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17162150>

Bitti, P & Zani, B. (1997). *A comunicação como Processo Social*. Lisboa: Editorial Estampa

Caetano, A. (2007). A fotografia privada nos processos de (re) construção identitária. *CIES eWorkingpaper*, 25, 1-49. Acedido a 20 de agosto de 2015 em [https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/345/4/CIES-WP25\\_Caetano\\_.pdf](https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/345/4/CIES-WP25_Caetano_.pdf)

Cardoso, M. (2011). *Promover o bem-estar do familiar cuidador-Programa de intervenção estruturado*. Tese de Doutoramento não publicada, Universidade Católica, Porto

Carneiro, R., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. & Prette, A. (2007). Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 229-237. Acedido a 27 de agosto de 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n2/a08v20n2>

Carvalho, M. & Pinto, C. (2015). Intervenção do Serviço Social com Indivíduos e Famílias. In Carvalho, M. (org.), *Serviço Social com Famílias* (1ª edição-pp.81-108). Lisboa: Pactor

Carvalho, M. (2015). Cuidados Familiares Prestados a Pessoas Idosas. In Carvalho, M. (org.), *Serviço Social com Famílias* (1ª edição-pp.239-248). Lisboa: Pactor

Chiu M., Wesson V. & Sadavoy J. (2013, set). Improving caregiving competence, stress coping, and mental well-being in informal dementia carers. *World Journal Psychiatry*, 22, 65-73. Acedido a 28 de outubro de 2015 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24255878>

Colière, Marie-Françoise (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses

Correia, J. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta

Coutinho, C., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. & Vieira, S. (2009). Investigação-Ação: Metodologia preferencial nas práticas educativas. *Psicologia, Educação e Cultura*, 2 (Volume XIII), 455-479. Acedido a 5 de setembro de 2015 em [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10148/1/Investiga%C3%A7%C3%A3o\\_Ac%C3%A7%C3%A3o\\_Metodologias.PDF](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10148/1/Investiga%C3%A7%C3%A3o_Ac%C3%A7%C3%A3o_Metodologias.PDF)

Cyrułnik, B. (2001). *Resiliência, Essa Inaudita Capacidade de Construção Humana*. Lisboa: Instituto Piaget

Dalfovo, M.; Lana, R. & Silveira, A. (2008). Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 4 (II Série), 1-13. Acedido a 7 de setembro de 2015 em [http://www.unisc.br/portal/upload/com\\_arquivo/metodos\\_quantitativos\\_e\\_qualitativos\\_um\\_resgate\\_teorico.pdf](http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodos_quantitativos_e_qualitativos_um_resgate_teorico.pdf)

Damásio, A. (1995). *O Erro de Descartes*. Sintra: Publicações Europa- América (original publicado em 1994)

Damásio, A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa* (5ª edição). Sintra: Publicações Europa- América (original publicado em 2003)

Deshaies, B. (1997). *Metodologia da Investigação em Ciências Humanas*. Lisboa: Instituto Piaget. (Original publicado em 1992)

Direção Geral de Saúde [DGS] (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde

Domingues, M. (2012). Mapa Mínimo de Relações do Idoso: Uma ferramenta para a avaliar rede de suporte social. In Pereira, F. (org.), *Teoria e Prática da Gerontologia* (1ª edição-pp.175-186). Viseu: Psicosoma

Entidade Reguladora da Saúde (2011). *Estudo sobre a organização e desempenho das unidades locais de saúde- relatório preliminar*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde

Esteves, A. (2014). A investigação-ação. In Silva, A. & Pinto, J. (org.), *Metodologia das Ciências Sociais* (16ª edição, pp-251-278). Porto: Edições Afrontamento. (Original Publicado em 1986)

Félix, A. (2010). *Quem cuida do cuidador? O custo invisível do ato de cuidar*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro

Ferreira, C., Santos, L. & Maia, E. (2012). Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 46, 328-334. Acedido a 29 de Outubro de 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a09v46n2.pdf>

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

Fonseca, A. (2005). Aspetos Psicológicos da Passagem à Reforma. In Paúl, C. & Fonseca, A. (org.), *Envelhecer em Portugal* (1ª edição, pp. 47-73). Lisboa: Climepsi

Fortin, M. (1999). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência  
Gil, A. (1989). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (2ª edição). São Paulo: Editora Atlas. (Original publicado em 1987)

Gomes, S. (2011). *Avaliação dos Cuidadores de Doentes com Demência*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade da Beira Interior, Covilhã

Gonçalves, D., Albuquerque, P. & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Análise Psicológica*,101-110. Acedido a 5 de setembro de 2015 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v26n1/v26n1a08.pdf>

Granja, B. & Pereira, F. (2009). Serviço Social e Gerontologia- Articulações e Fronteiras. *Comunicação apresentada 3ème congrès de l'AIFRIS, Hammamet*. Acedido a 5 de outubro de 2015 em

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/4439/3/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20tunis.pdf>

Granja, B. (2008). *Assistente Social- Identidade e Saber*. Tese de Doutoramento não publicada, Universidade do Porto, Porto

Grelha, P. (2009). *Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa (IV Mestrado em Cuidados Paliativos), Lisboa

Guadalupe, S. (2010). *Intervenção em Rede*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra

Guerra, I. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo*. Cascais: Príncípia Editora

Imaginário, C. (2004). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar*. Coimbra: Formasau

Instituto da Segurança Social, I.P. (2012). *Guia Prático- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Instituto da Segurança Social

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2002). *O envelhecimento em Portugal*. Lisboa: INE

Ketele, J. & Roegiers, X. (1999). *Metodologia de Recolha de Dados*. Lisboa: Instituto Piaget

Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a idosos. In Paúl, C. & Fonseca, A. (org.), *Envelhecer em Portugal* (1ª edição, pp. 207-234). Lisboa: Climepsi

Lage, M. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. Tese de Doutoramento não publicada, Universidade do Porto, Porto

Lampert, S. (2009). *Rede de apoio social, resiliência e marcadores imunológicos em idosos cuidadores de pacientes com demência*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre

Leandro, M.; Nossa, P. & Rodrigues, V. (2009). *Saúde e Sociedade: os contributos (in) visíveis da família*. Viseu: Psicossoma

Lelord, F. & André, C. (2002). *A Força das Emoções*. Cascais: Pergaminho

Lindolpho, M., Brum, A., Sá, S., Cruz, T & Andrade, F. (2011). Programa para Cuidadores de Idosos com Demência: Um Relato de Experiência Programa para Cuidadores Idosos de

Ancianos. *Enfermería Global*, 22, 1-8. Acedido a 26 de outubro de 2015 em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000400025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400025)

Loureiro, C., Fonseca, A. & Veríssimo, M. (2012, Dezembro). Evolução dos comportamentos e do estado de saúde na passagem à reforma. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 47-56. Acedido a 3 de outubro de 2015 em [http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S087402832012000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S087402832012000300005&script=sci_arttext)

Loureiro, C. (2011, Dezembro). Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: conceptualização e modelos teóricos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 6, 7-14. Acedido a 10 de agosto de 2015 em [http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S1647-21602011000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S1647-21602011000200002&script=sci_arttext)

Loureiro, C. (2013, Junho). 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. Acedido a 20 de agosto de 2015 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n9/n9a07.pdf>

Loureiro, H., Fonseca, A. & Veríssimo, M. (2012). Evolução dos comportamentos e do estado de saúde na passagem à reforma. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 47-56. Acedido em 5 de julho de 2015 em [http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832012000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832012000300005&script=sci_arttext)

Loureiro, N. (2009). *A Sobrecarga Física, Emocional e Social dos Cuidadores Informais de Idosos com Demência*. Dissertação de Mestrado não publicada. Porto: Universidade Fernando Pessoa, Porto

Mantovani, V., Ruschel, K., Souza, E., Mussi, C. & Rabelo-Silva, E. (2015). Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar por enfermeiros. *Ata Paulista de Enfermagem*, 28, 41-47. Acedido a 27 de outubro em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/112213>

Marques, A. (2012). *Terapia das reminiscências: projeto de intervenção*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu

Marques, M., Teixeira, H. & Souza, D. (2012 mar./jun). Cuidadoras informais de Portugal: Vivências do cuidar de idosos. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, 10, 147-159. Acedido a 7 de setembro de 2015 em [http://www.researchgate.net/publication/273759726\\_CUIDADORAS\\_INFORMAIS\\_DE\\_PORTUGAL\\_VIVNCIAS\\_DO\\_CUIDAR\\_DE\\_IDOSOS\\_INFORMAL\\_CAREGIVERS\\_IN\\_PORTUGAL\\_EXPERIENCES\\_OF\\_CARING\\_FOR\\_ELDERLY](http://www.researchgate.net/publication/273759726_CUIDADORAS_INFORMAIS_DE_PORTUGAL_VIVNCIAS_DO_CUIDAR_DE_IDOSOS_INFORMAL_CAREGIVERS_IN_PORTUGAL_EXPERIENCES_OF_CARING_FOR_ELDERLY)

Martín, A. (2007). Gerontologia Educativa: Enquadramento Disciplinar para o estudo e intervenção socioeducativa com idosos. In Osório, A. & Pinto, F. (org.), *As Pessoas Idosas* (1ª edição-pp.47.74). Lisboa: Instituto Piaget

Martins, M. & Melo, J. (2008). Emoções...Emoções...Que implicações para a saúde e qualidade de vida?... *Revista do IVP, Millenium*, 34, 125-148. Acedido a 6 de agosto de 2015 em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/365>

Martins, R. (2006, Fevereiro). Envelhecimento e Políticas Sociais. *Millenium*, (32), 126-140. Acedido a 5 de junho de 2015 em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/10.pdf>

Martins, T., Peixoto, M., Araújo, F., Rodrigues, M. & Pires, F. (2014). Desenvolvimento de uma versão reduzida do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 49 (2), 236-244. Acedido a 3 de agosto de 2015 em [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt\\_0080-6234-reeusp-49-02-0236.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0236.pdf)

Martins, T., Ribeiro, J. & Garrett, C. (2004-Março). Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) - Reavaliação das Propriedades Psicométricas. *Revista Referência*, 11, 17-31. Acedido a 25 de setembro de 2015 em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1781/1/Marta%20Rodrigues%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20Final.pdf>

Martins, T., Ribeiro, J., Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (1), 131-148. Acedido a 10 de setembro de 2015 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19824/2/84166.pdf>

Gomes, M. & Mata, A. (2012). A Família provedora de cuidados no idoso dependente. In Pereira, F. (org.), *Teoria e Prática da Gerontologia* (1ª edição-pp.163-173). Viseu: Psicossoma

McCubbin, M., & McCubbin, H. (1993). Families coping with illness: The Resiliency Model Family Stresse, Adjustment, and Adaptation. In Danielson, C., Hamel-Bissell, B., & Winstead-Fry, P. *Families, Health & Illness*. (pp. 21- 63). St Louis: Mosby-Year Book.

Melo, R., Rua, M. & Santos, C. (2014, Maio-Junho). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem*, 2, 143-151. Acedido a 10 de junho de 2015 em [https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id\\_ficheiro=674&codigo=](https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=674&codigo=).

Mestre, M. (2010). *Suporte Social e Coping nos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Algarve, Faro

Moreira, I. (2012). *Competências do cuidador da pessoa com doença oncológica em quimioterapia*. Tese de Doutoramento não publicada, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa

Mouro, H. (2013). Envelhecimento, Políticas de intervenção e Serviço Social. In Carvalho, M. (org.), *Serviço Social no Envelhecimento* (1ª edição-pp.177-200). Lisboa: Pactor

Mucchielli, R. (1979). *O Questionário na Pesquisa Psicossocial*. Brasil: Martins Fontes

Oh, S. & Chang, S. (2014, dez). Concept Analysis: Family Resilience. *Journal of Nursing*, 980-990. Acedido a 3 de outubro de 2015 em [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/OJN\\_2014122613582460%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/OJN_2014122613582460%20(1).pdf)

Oliveira, D. & D'Elboux, M. (2012). Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65, 829-838. Acedido a 20 de agosto de 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/17.pdf>

Oliveira, J. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis Editora

Osório, A. (2007). O coletivo das pessoas idosas. In *As pessoas Idosas* (1ª edição, pp.11-46). Lisboa: Instituto Piaget

Paixão, Cláudia; Silva, Ana (2015). Cuidadoras e leigas: cuidar na invisibilidade. In livro de resumos do *VII Congresso Internacional A vez e a voz das mulheres migrantes em Portugal e na diáspora: mobilidades, tempos e espaços*, Faculdade de Economia da Universidade do Porto, Porto, 27. Acedido a 10 de Outubro 2015 em <http://hdl.handle.net/10400.2/4392>

Peixoto, M. & Martins, T. (2012). Adaptação do perfil de resiliência familiar à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13, 372 – 388. Acedido a 5 de julho de 2015 em [http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S164500862012000200017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S164500862012000200017&script=sci_arttext)

Pena, M. (2015). 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

Pereira, F & Pimentel, H. (2012). Emergência da Gerontologia e do Gerontólogo. In Pereira, F. (org.), *Teoria e Prática da Gerontologia* (1ª edição-pp.25-40). Viseu: Psicossoma

Pereira, F. (2012). A institucionalização do Idoso. In Pereira, F. (org.), *Teoria e Prática da Gerontologia* (1ª edição-pp.149-156). Viseu: Psicossoma

Pereira, H. (2013). *Subitamente Cuidadores Informais!*. Loures: Lusociência

Pesce, R., Assis, S., Santos, N., Oliveira, R.& Cruz, O. (2004, Mai-Ago). Risco e Proteção: Em Busca de Um Equilíbrio Promotor de Resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 135-143. Acedido a 30 de Outubro de 2015 em <http://hdl.handle.net/10400.2/4392>

Pimentel, H & Silva, M. (2012). Inclusão Social dos Idoso. In Pereira, F. (org.), *Teoria e Prática da Gerontologia* (1ª edição-pp.163-173). Viseu: Psicossoma

Pinto, C & Carvalho, M. (2015). Intervenção do Serviço Social com Indivíduos e Famílias. In Carvalho, M. (org.), *Serviço Social com Famílias* (1ª edição-pp.81-108). Lisboa: Pactor

Pinto, C. (2013). Uma prática de empowernment com adultos Idosos. In Carvalho, M. (org.), *Serviço Social no Envelhecimento* (1ª edição-pp.49-64). Lisboa: Pactor

Pinto, F & Barha, J (2014, dez). Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência. *Revista Brasileira de Gerontologia e Geriatria*, 17, 525-539. Acedido a 4 de Agosto de 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00525.pdf>

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva (Original Publicado em 1988)

Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa. Universidade Aberta

Ribeirinho, C. (2013). Serviço Social Gerontológico: Contextos e Práticas Profissionais. In Carvalho, M. (org.), *Serviço Social no Envelhecimento* (1ª edição-pp.177-200). Lisboa: Pactor

Rocha, B. (2009). *Stresse e coping do cuidador informal do idoso em situação de dependência*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Algarve, Faro

Rodrigues, M. (2011). *Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal- versão reduzida*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto, Porto

Sequeira, J. (2000). *Desenvolvimento Pessoal*. Lisboa: Monitor

Silva, A. (2004). *Desenvolvimento de Competências Sociais nos Adolescentes*. Lisboa: Climepsi Editores

Silva, A. (2008). *As percepções e as Práticas das famílias face às Competências e ao Desenvolvimento das Crianças*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade Aberta, Lisboa

Silva, L., Brasil, V., Guimarães, H., Savonitti & Silva, M. (2000). Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*, 4 (8), 52-58. Acedido a 3 de agosto de 2015 em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692000000400008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000400008)

Sousa, C. & Miranda, F. (2015). Envelhecimento e Educação para a Resiliência no Idoso. *Educação e Realidade*, 40, 33-51. Acedido a 29 de Outubro de 2015 em <http://www.seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/45562>

Souza, D. & Rua, M. (2013). *Cuidadores Informais de Pessoas Idosas: caminhos de mudança* (1ª edição). Aveiro: UA Editora

Souza, F. (2006) in Ramos, E., Lima, L., Cortesão, L. & Fals-Borda, O. *Investigación-Acción Participativa: Qué?*. Recife: Edições Bagaço

Souza, V., Ortin, N. & Bolsoni- Silva. (2012). Role-playing como estratégia facilitadora da análise funcional em contexto clínico. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 3, 102-122. Acedido a 24 de maio de 2015 em <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/551>

Steiner, C. & Perry, P. (2000). *Educação emocional- Literacia emocional ou a arte de ler emoções*. Cascais: Pergaminho

Trianes, M., Muñoz, A. & Jiménez, M. (2003). *Competencia social: su educación y tratamiento*. Madrid: Pirámide. (Original Publicado em 1997)

Vala, J. (2014). A análise de conteúdo. In Silva, A. & Pinto, J. (org.), *Metodologia das Ciências Sociais* (16ª edição, pp-251-278). Porto: Edições Afrontamento. (Original Publicado em 1986)

Veiga-Branco, A. (2012 a). Educação emocional, um contributo para a gerontologia. In Pereira, F. (org.), *Teoria e Prática da Gerontologia* (1ª edição-pp.275-285). Viseu: Psicosoma

Veiga-Branco, A. (2012 b). O Gerontólogo...Um mediador no espaço gerontológico. In Pereira, F. (org.), *Teoria e Prática da Gerontologia* (1ª edição-pp.41-63). Viseu: Psicosoma

Vieira, C., Fialho, A., Freitas, C., & Jorge, M. (2010, maio-junho). Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64, 570-579. Acedido a 5 de julho de 2015 em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000300023&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000300023&script=sci_abstract&tlng=pt)

**ANEXOS**

**Anexo 1: Autorização da ULSNA para a realização do estudo**

**Anexo 2: Consentimento Informado para participação no estudo**

**Anexo 3: Decreto-Lei nº 50-B/2007 de 28 de fevereiro**

**Anexo 4: Análise de conteúdo- Entrevistas Iniciais**

**Anexo 5: Análise de conteúdo- Entrevistas Finais**

**Anexo 6: Ecomapas e Genogramas**

**Anexo 7: Fotografias das sessões realizadas**

**Anexo 8: Questionário QASCI**

**Anexo 9: Autorização da autora do PRF para utilização da escala**

**Anexo 10: Questionário PRF**

**Anexo 11: Questionário de Perfil dos Cuidadores Informais**