

## Competências dos cuidadores informais familiares no autocuidado: Autoestima e suporte Social

Lisneti Castro<sup>1</sup>, Dayse Neri de Souza<sup>2</sup>, Anabela Pereira<sup>3</sup>,  
Evelyn Santos<sup>4</sup>, Roselane Lomeo<sup>5</sup> e Helena Teixeira<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro, Portugal. lisnetimcastro@ua.pt; <sup>2</sup> Centro de Investigação Didática e Tecnologia na Formação de Formadores, Portugal. dayneri@ua.pt; <sup>3</sup> Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro, Portugal. anabelapereira@ua.pt; <sup>4</sup> Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro, Portugal. evelynsantos@ua.pt; <sup>5</sup> Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro, Portugal. lomeoroselane@ua.pt; <sup>6</sup> Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro, Portugal. helenateixeira@ua.pt;

**Resumo.** Desempenhar a tarefa de cuidador informal (CI) requer que o cuidador familiar possua não só aprendizagens relacionadas com a doença que cuida, mas também exige que este adquira novas competências de forma que possa sentir-se orientado e preparado para lidar com a doença e concomitantemente tenha a perceção da importância de cuidar de si próprio. Esta investigação identifica se os cuidadores possuem autoestima e suporte social. O presente estudo, de cariz qualitativo e paradigma interpretativo, foi realizado com 09 cuidadores informais familiares da USF de São João de Ovar (Portugal). A análise de conteúdo foi suportada com o apoio do *software* webQDA. Apesar dos problemas enfrentados pelos CI os resultados demonstram que os cuidadores revelam um bom nível de autoestima e suporte social em três diferentes dimensões: dos agregados familiares, da família de extensão e dos amigos e vizinhos.

**Palavras-chave:** cuidador informal familiar, autocuidado, psicoeducação, competências genéricas ou transversais.

### Self-esteem and Social Support: skills of family informal caregivers in self-care

**Abstract.** Play the informal caregiver task (CI) requires that the family caregiver has not only knowledge related to the disease that takes care, but also requires it to acquire new skills so that he can feel oriented and prepared to deal with the disease and concomitantly have the perception of the importance of taking care of himself. This research identifies the need for self-esteem and social support by caregivers. This study of qualitative and interpretative paradigm nature was carried out with 9 family informal caregivers of USF São João, Ovar, Portugal. Content analysis was supported with the assistance of webQDA software. Despite the problems faced by CI, the results demonstrate that caregivers show a good level of self-esteem and social support in three different dimensions: the household, the extent of family and friends and neighbours.

**Keywords:** Informal caregiver, self-care, psycho education, generic or transversal competences

## 1 Introdução

O aumento da longevidade ao nível mundial tem-se revelado como um dos maiores desafios do século XXI. Há de se ter em conta que este aumento de longevidade é visto como uma das maiores conquistas da população deste século. Os autores Baltes e Carstensen (1996) consideram que, ao viver mais tempo, os indivíduos longevos terão melhores possibilidades de realizarem projetos que por qualquer motivo foram adiados em outros ciclos de vida, além de procurarem dar mais importância aos aspetos relacionados com a sua saúde, o seu bem-estar emocional e o cultivo de bons relacionamentos interpessoais.

Todavia, embora viver mais tempo seja visto como uma importante conquista das populações deste

século, de acordo com Machado (2012), são poucas as possibilidades do indivíduo chegar a essa fase da vida gozando de boas condições de saúde, uma vez que, com o avanço progressivo da idade, são cada vez maiores as possibilidades desse indivíduo ser portador de uma doença crónica ou degenerativa oriunda do processo de envelhecimento, que por sua vez poderá torná-lo dependente, trazendo danos para a sua autonomia, o seu autocontrolo e a sua qualidade de vida.

Figueiredo (2007) sublinha que grande parte da população com 65 anos ou mais tende a sofrer de algum tipo de doença crónica. Na opinião desta autora “a doença crónica é uma das maiores causas de incapacidade, significando a perda da independência e muitas vezes da própria autonomia” (p.64). Quando o indivíduo por motivo de doença fica incapacitado ou dependente seja no domínio físico ou mental, será sempre a família a primeira entidade a ser chamada para se responsabilizar e garantir, no domicílio, conforto e bem-estar ao membro familiar que se encontra incapacitado.

É secular a lógica que garante ser a família a principal fonte de prestação, promoção, manutenção e cuidados aos membros familiares que se encontram frágeis e dependentes. Nas últimas décadas, a família tem sofrido profundas modificações na sua estrutura e no seu funcionamento. Em Portugal, esta continua sendo a principal entidade que se responsabiliza pelos cuidados quer seja na ajuda, no apoio psicológico ou até mesmo nos contactos sociais (Paúl, 1997). Tal afirmação pode ser constatada através do Relatório da Entidade Reguladora de Saúde - ERS (2015), que refere Portugal como o país da Europa que tem a maior taxa de cuidados domiciliários informais (12,4 %) prestados por um residente na mesma habitação.

Por norma, nas situações de doença, a família tende a organizar-se de maneira que um dos seus membros assuma a responsabilidade pelos cuidados. Este membro, ao ser chamado para o exercício desta tarefa, será reconhecido como cuidador informal familiar. Será sobre ele que recairá a responsabilidade pela execução de todos os cuidados relacionados com a manutenção, conforto e bem-estar do familiar que se encontra incapacitado, porém, não será remunerado e tampouco na maioria das vezes receberá formação específica para o exercício desse papel (Paúl, 1997; Brito, 2000; Lage, 2005).

Pereira (2013) realça que o desempenho da tarefa de cuidador informal é complexo e exigente com implicações na vida pessoal, social e laboral. É comum entre os cuidadores a manifestação de sintomas de tensão, fadiga, frustração, redução de convívio, depressão e diminuição da autoestima (Martins, Ribeiro, & Garrett, 2003). O desenvolvimento de todas essas sintomatologias podem ter origem no facto dos cuidadores não se sentirem preparados para lidar com a doença, visto que só passam a adquirir habilidades e conhecimentos acerca da tarefa, quando estão no efetivo exercício da função (Thober, Creutzberg & Viegas, 2005).

O período entre 2000 e 2013, de acordo com Neri (2013), foi o marco temporal onde mais se evidenciou a necessidade de intervenções junto do cuidador informal familiar, cujo propósito sempre foi melhorar a qualidade de vida desse público-alvo. Sörensen, Pinquart, e Duberstein (2002), assim como Gonçalves-Pereira e Sampaio (2011), revelam que os tipos de intervenção mais utilizados junto dos cuidadores são: i) intervenção de alívio no cuidador; ii) institucional; iii) grupos de apoio emocional; iv) abordagens psicoeducativas; v) treino de competências e vi) psicoterapia familiar.

No entanto, observa-se que tais ações de formação/intervenção no que toca às perceções sobre a experiência de ser cuidador, bem como a disponibilidade emocional para lidar com situações de doença prolongada, estão sempre desvinculadas do papel e das tarefas a serem executadas. Estas, por norma, ficam ocultas e sem expressividade (Pereira, 2013).

Compreender o cuidador informal familiar na sua integralidade é reconhecê-lo como um ser individual, autónomo, com a sua própria dinâmica comportamental, que pensa, reflete e tem sentimentos que por sua vez serão mobilizados para lidar com a situação saúde-doença (Castiel, 1999). Nesse sentido, e para fazer face a essas necessidades, considera-se importante viabilizar uma proposta de formação/intervenção para os cuidadores informais que realce as suas potencialidades e

competências para o cuidado, e na qual o autocuidado tenha um espaço privilegiado. Assim, a pergunta inspiradora para este trabalho é *as competências de autoestima e do suporte social são verificadas durante o desempenho das tarefas do cuidador informal familiar?*

## 2 Referencial Teórico

### 2.1 Formar para o cuidado e o autocuidado

O estudo de Cardoso (2011) demonstra que os cuidadores informais familiares devem ser vistos como atores principais do processo que envolve o cuidar do outro e o cuidar de si próprio, razão pela qual se torna fundamental identificar modelos de formação que utilizem estratégias que alcancem a melhoria da qualidade de vida de todos os intervenientes envolvidos no processo de cuidar (Júnior et al., 2011).

Desempenhar a tarefa de cuidador informal requer que o cuidador familiar possua não só aprendizagens relacionadas com a doença que cuida, mas também exige que este adquira novas competências de forma que possa sentir-se orientado e preparado para lidar com a doença e concomitantemente tenha a perceção da importância de cuidar de si próprio.

Para fazer face a essa necessidade, a educação para a saúde é um modelo educacional adequado, pois, de acordo com Tones e Tilford (1994), produz mudanças no conhecimento e na compreensão das formas de pensar, que pode influenciar ou clarificar valores, além de proporcionar mudanças de convicções e atitudes, facilitando a aquisição de competências e possibilitando mudanças de comportamentos e de estilos de vida dos indivíduos.

Pedagogicamente, uma das formas de colocar em prática um dos princípios norteadores da educação para a saúde é a psicoeducação, visto que este tipo de intervenção assegura não só os aspetos educacionais, mas também os aspetos psicossociais dos indivíduos.

Lopes e Cachioni (2012) salientam que nos casos dos cuidadores informais familiares, as intervenções psicoeducativas são eficientes na medida em que orientam as suas ações para o manejo do cuidador permitem a transmissão de conhecimentos acerca da doença e sua evolução, o que de alguma forma contribuirá para o bem-estar do cuidador e conseqüentemente a regulação das suas emoções.

Sobre os efeitos da psicoeducação, Figueiredo, Souza, Dell'Áglio e Argimon (2009) realçam que esses, embora sejam limitados no tempo, estruturados, diretos, focados no presente e na resolução de problemas, estão sustentados em métodos experimentais e científicos, partem do pressuposto que as cognições gerenciam as emoções e, nas situações que envolvem doenças e cuidadores familiares, podem ser uma mais-valia tendo em conta que os conhecimentos adquiridos podem contribuir para a identificação de pensamentos e comportamentos inadequados e, por conseguinte, possibilitar a reformulação destes, o que resultará na saúde e bem-estar do cuidador informal.

De maneira geral, pode-se assim dizer que as intervenções psicoeducativas têm-se revelado em uma eficiente ferramenta, na medida que contribuem para o aumento do sentido de competência do cuidador para lidar com a doença e com cuidados consigo próprio (Figueiredo, Guerra, Marques & Sousa, 2012).

## 2.2 Competências transversais ou genéricas

Aubret e Gilbert (2003) defendem que a ideia de competência está relacionada com o conceito de avaliação, uma vez que pode ser definida como fazer bem aquilo que a pessoa se propõe, não deixando de levar em conta as qualidades que possui e o papel que desempenha. Jardim (2007) complementa essa ideia ao sublinhar que competência é a capacidade de realizar um conjunto de conhecimentos, aptidões, atitudes numa dada situação e ser bem-sucedido.

Relativamente às competências transversais ou genéricas, Casanova (1991) salienta que essas são analisadas a partir do reconhecimento das qualidades pessoais que o sujeito desenvolve na sua vida através das experiências vividas, e estão relacionadas com um conjunto de atributos pessoais que são intimamente ligados com o saber-ser, atitudes e comportamentos que por sua vez estão vinculados à personalidade, não implicando com o exercício de uma determinada função. Estas competências são comuns às diversas atividades, são transferíveis de função para função, têm implicações no desenvolvimento pessoal, social e profissional, são adquiridas na interação com os outros e na formação não formal, além de estarem associadas à capacidade de gerir os recursos do «eu» (Jardim, 2007).

## 2.3 Competências transversais ou genéricas necessárias para o exercício da função de cuidador informal familiar

Jardim (2007) elegeu um conjunto de 10 competências transversais, a saber: Autoconhecimento, autoestima, auto-realização, empatia, assertividade, suporte social, criatividade, cooperação, liderança e resiliência que julgou necessárias ao desenvolvimento psicossocial e à conseqüente formação do «eu», crucial para a obtenção de sucesso no mercado de trabalho. Embora não seja o propósito do plano de intervenção aqui referido, formar cuidadores familiares para o mercado de trabalho, foram selecionados apenas 6 competências que podem auxiliar os cuidadores informais familiares para que tomem consciência dos seus recursos emocionais e das suas potencialidades e passem a utilizá-las em benefício próprio.

Desta forma, entende-se que as competências de autoconhecimento; empatia; autoestima; assertividade; resiliência e suporte social são as mais adequadas a esse público-alvo, pelo facto de serem resultado de um processo dinâmico de experiências que se desenvolvem ao longo da vida, através de processos operacionais, afetivos e intelectuais (Pires, 2000). Para efeito de análise neste artigo, serão apresentadas as competências de autoestima e suporte social. Sobre a autoestima, Jardim e Pereira (2006) descrevem-na como sendo a avaliação afetiva que o indivíduo faz de si próprio, além de ser a forma como cada indivíduo demonstra satisfação em relação a si próprio, bem como com aquilo que costuma fazer e as pessoas com as quais convive. Quanto ao suporte social, diz respeito a uma espécie de ajuda, seja ela formal ou informal, que ampara uma pessoa que está em crise (Jardim & Pereira, 2006).

Acredita-se que a função de cuidador informal está muito além do foco da atenção, assistência, prevenção e vigilância de doenças. É preciso considerar que a pessoa que cuida é singular e tem as suas próprias potencialidades e necessidades, logo, é urgente a implementação de ações de formação que além de levar em conta esses aspetos também transmitam ao cuidador informações sobre como deve manejar o cuidado consigo próprio.

Este artigo é uma parte do projeto de investigação denominado Programa de Intervenção Psicossocial aos Cuidadores Informais familiares: o cuidado e o autocuidado. Portanto, salienta-se que neste estudo, serão apresentados os resultados das competências transversais ou genéricas especificamente

a *autoestima* e o *suporte social*, desenvolvidas na intervenção junto aos cuidadores familiares de pessoas dependentes.

### 3 Metodologia

A metodologia usada foi de natureza qualitativa, paradigma interpretativo. A escolha desse método ocorreu em virtude da necessidade de compreender, à luz da percepção de cada sujeito, suas opiniões e interpretações acerca de sua autoestima, bem como a existência de suporte social.

O objetivo do presente estudo foi verificar a existência ou não do sentimento de autoestima e de suporte social percebido junto dos cuidadores informais familiares. Neste âmbito, participaram 9 cuidadoras familiares, selecionadas pela equipa de enfermagem da Unidade de Saúde Familiar (USF) de São João de Ovar (Portugal), onde são atendidos.

Por tratar-se de uma intervenção com carácter psicoeducativo, optou-se por utilizar como estratégia para a condução das sessões a técnica de dinâmica de grupo que segundo Guerra, Lima e Torres (2014) além de promoverem o bem-estar psicológico possuem uma perspectiva educacional promovem uma interação social satisfatória. Assim sendo, intervenção foi constituída de 10 sessões que foram realizadas uma vez por semana com uma hora de duração. A técnica utilizada para a introdução dos temas das sessões foi a dinâmica de grupo que foi conduzida por meio de dinâmicas com a finalidade de introduzir os temas que seriam abordados nas sessões.

No caso específico da autoestima e do suporte social, aplicou-se os exercícios de dinâmica denominada de “Espelho” e “Minhas redes de suporte social.” Esse foi o momento em que os participantes do grupo expressaram as suas reações, os seus sentimentos e o seu entendimento sobre o tema exposto. De seguida, a coordenadora do grupo dava a conhecer aos participantes conceitos, características e de que forma a competência abordada podia ser operacionalizada ao nível comportamental e como esta poderia ser mais bem canalizada para a melhoria do cuidado e autocuidado. Para a avaliação da sessão era introduzido tarefas relacionadas com a temática abordada. A intervenção foi realizada nas instalações da Unidade de Saúde de São João de Ovar, Distrito de Aveiro, Portugal. Todas as sessões foram gravadas em vídeo, com autorização prévia dos participantes. Estes vídeos foram transcritos e posteriormente analisados.

Para a realização da investigação, foi estabelecido o Protocolo de Colaboração entre a Universidade de Aveiro e a Administração Regional de Saúde do Centro, IP (ARSC), através do Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Vouga, Portugal.

## 4 Apresentação e Discussão dos Resultados

### 4.1 Autoestima

Considerando os sérios problemas que a tarefa de cuidar implica, mesmo assim, pode fazer gerar no cuidador um sentimento de satisfação por estar prestando auxílio a quem precisa e gosta. Relativamente à competência autoestima, constatou-se neste estudo referências à autoestima negativa e positiva, provenientes de situações pessoais e familiares sentidas pelo cuidador.

#### 4.1.1 Autoestima Positiva

Através da categoria AUTOESTIMA POSITIVA, foram verificadas afirmações ao nível da subcategoria percepção positiva da sua imagem. Esta subcategoria foi referida através de 8 unidades de texto, nas quais os cuidadores se descrevem: *“Gosto de mim, gosto de estar comigo, gosto como eu sou” (M); “Gosto de mim porque me sinto bem psicologicamente, espiritualmente, principalmente a parte espiritual. Gosto de me ver bem e os outros também porque eu acredito num amanhã melhor e sinto-me realizada” (I); “Sou uma pessoa animada, bonita, porque sinto feliz comigo própria, me valorizei com o correr da minha vida, fazendo o que me faz bem, o que sinto neste momento é ter paz comigo própria” (A).*

Na subcategoria familiar, foram observadas referências que foram subdivididas em apreço do familiar (1 unidade de texto) e consequência do cuidar (1 unidade de texto) que está relacionada com a satisfação por desempenhar a tarefa de cuidador. As referências revelam que apesar das dificuldades do cuidador familiar, há evidências de algum nível de autoestima. Podem ser observadas através da fala de alguns participantes que sublinharam *“Meu homem e meus filhos me colocam p’ra cima, sempre me colocam p’ra cima” (M); “Sinto-me bem e realizada porque estou com a pessoa que eu quero e que precisa de mim” (I).*

As referências mostram que apesar dos problemas inerentes à tarefa de cuidar, há sentimento de autoestima positiva salientada pelos cuidadores familiares. Acredita-se que a sessão proporcionou uma maior sensibilização às cuidadoras acerca da percepção da auto-imagem, potencializada na fala da cuidadora A: *“eu sou uma mulher que vai tentar ser linda e feliz”.*

Cuidar de um familiar pode constituir-se numa oportunidade de evidenciar amor, solidariedade, dignidade, inserção social e cidadania. Sena e Gonçalves (2008) defendem que embora a situação de cuidados possa trazer um encargo elevado para os cuidadores, nem sempre esse aspeto poderá estar relacionado com a tarefa em causa. O que pode determinar o grau de satisfação e que resultará numa boa autoestima é a relação afetiva existente entre cuidador(es) e familiar(es) incapacitado(s).

Figueiredo (2007) acrescenta que um dos motivos que pode estar na origem da satisfação com a tarefa de cuidar, reside no facto do cuidador sentir-se bem por poder garantir ao seu familiar conforto, segurança e bem-estar. Assegurar esses aspetos, pode ser determinante para que o cuidador preserve o seu sentimento de autoestima.

#### 4.1.2 Autoestima Negativa

Relativamente à baixa autoestima ou AUTOESTIMA NEGATIVA, identificamos 4 unidades de texto que se relacionam com a subcategoria de consequências do cuidar, na categoria familiar, em que o cuidador se sente fragilizado em relação ao agravamento da doença do seu familiar, como podemos verificar na fala da cuidadora A., ao refletir sobre a piora em relação à saúde da sua mãe: *“eu tenho andado muito em baixo por causa da minha mãe, tenho a impressão de que isso vai mesmo acontecer e eu não posso fazer nada”* e ainda acrescenta: *“antes disso era boa a minha autoestima, eu sempre fui alegre e ria, ainda agora com a minha mãe eu tinha vontade de sair e gritar.*

É comum verificar entre os cuidadores a manifestação de inúmeros sentimentos que podem estar intimamente ligados à sensação de impotência que ocasionalmente possam sentir no decorrer do desempenho da sua tarefa. De entre esses sentimentos é possível identificar tristeza, irritação, desânimo, decepção, pena, revolta, insegurança, negativismo, solidão, dúvidas quanto ao oferecimento de melhores cuidados, medo de ficar doente, medo do paciente estar em sofrimento e medo do paciente falecer (Silveira, 2006).

O cuidador informal familiar, no seu dia-a-dia, tenta dar o seu melhor para a manutenção da saúde do seu familiar incapacitado e pensar que todos os seus esforços são em vão, tendo em vista a constante evolução da doença, pode fazer aflorar no cuidador a sensação de desânimo e incapacidade, o que resultará em sensação de impotência face à doença.

Sousa (2007) descreve o medo, a culpa e a incerteza do futuro, como sentimentos que se repercutem negativamente sobre o cuidador. Este autor acrescenta ainda que esses sentimentos ganham conotação negativa não só pelos sentimentos em si, mas por serem vivenciados de forma solitária, o que implica um sentimento de tristeza e desamparo. Assim sendo, essa multiplicidade de sentimentos poderá desencadear no cuidador sentimento de baixo autoestima, tendo em conta que, pela condição e própria evolução da doença, dificilmente o cuidador terá condições de mudar seu curso.

## 4.2 Suporte Social

Em linhas gerais, suporte social é reconhecido como sendo a quantidade e a junção das relações sociais que o indivíduo possui, a força e a assiduidade dos laços construídos e ainda a forma como ele é percebido pelos recetores de apoio (Jardim & Pereira, 2006). Esses mesmos autores realçam que perante as adversidades impostas pela vida a atuação dos grupos de suporte social são vistos como um apoio essencial na superação de dificuldades e na melhoria do bem-estar.

Segundo a análise dos resultados, elencamos duas categorias. A primeira para perceber se os cuidadores informais possuem suporte social e a segunda para verificar quem oferece esse suporte. Quanto ao recebimento ou não de apoio/suporte social, os integrantes deste estudo demonstraram possuir este tipo de apoio, como referem: “qualquer coisa que eu precise tenho os sobrinhos e a pessoa que me faz algum serviço” (C); “tenho o meu filho e uma neta que me ajuda muito nos momentos de mais dificuldade” (C); “Eu poderia citar muitas pessoas” (I).

Na categoria de quem oferece esse suporte, foi verificado que este é oferecido por três diferentes grupos. Em primeiro lugar, os cuidadores informais referem, através de 11 unidades de texto, que contam com o agregado familiar (filhos, maridos, pais e netos), como afirma E., “na minha casa eu conto com a minha filha e netos, filhos e netas”.

Através de 4 unidades de texto, os cuidadores referenciam o suporte dos amigos e vizinhos, como verificamos na fala de E., “conto com a minha amiga Adelaide e o vizinho mais próximo” e também da família de extensão (irmãos, cunhados e sobrinhos) “(...)a minha irmã, cunhado e sobrinhos me ajudam” (I).

Um outro dado importante foi a referência do suporte do próprio grupo da intervenção, que se verificou numa situação concreta em que uma das participantes, tinha perdido a mãe (de quem cuidava), recentemente e optou por continuar a participar dos encontros. Segundo ela, “eu quis vir mesmo assim porque aqui eu tenho apoio” (A).

Os resultados revelam que os participantes deste estudo, na sua totalidade, recebem suporte social e têm rede de apoio. Na perspectiva de Antonucci (2001), as redes de suporte social alargadas e construídas ao longo do tempo, são um forte componente de apoio nos momentos de doença.

Nesta mesma direção, estudos realizados sobre essa temática, referem que pessoas que fazem parte de uma rede de suporte social forte, que lhes presta apoio quando experienciam acontecimentos dolorosos, tendem a sentir menor impacto nas situações de estresse (Serra, 2002). Assim sendo, nos casos de famílias que possuem entes queridos portadores de doenças prolongadas e incapacitantes, as redes de suporte social podem ser uma alternativa no que toca a melhoria da saúde e bem-estar dos cuidadores informais familiares (Castro, Vagos & Neri de Souza, 2013)

## 5 Conclusão

Devido à complexidade que envolve a tarefa de cuidados informais, é de fundamental importância que o cuidador familiar saiba que para cuidar bem é necessário que valorize não só o conforto mas também

o bem-estar do seu familiar. Ao contrário, à atenção consigo próprio deve ser para si uma prioridade e esta, por sua vez, não deve ser motivo para que desenvolva sentimentos de culpa, ingratidão ou descaso em relação ao seu familiar. Cuidar de si próprio deve ser encarado pelo cuidador informal familiar como uma atitude natural face a todas as dificuldades que vivencia no seu cotidiano de cuidados.

Para que o cuidador familiar alcance esse entendimento sobre si próprio, é importante realizar ações de intervenção que levem em conta não só informações sobre a doença, mas também considere que o próprio cuidador é uma pessoa singular, que tem sentimentos, necessidades e fragilidades que podem ficar ocultas durante o processo de cuidar.

Nesse âmbito, caberá, em muitos casos aos profissionais de saúde, a responsabilidade de realizar intervenções não só para transmitir informações sobre a doença, mas também que essas informações estejam conjugadas com as necessidades individuais, sejam elas físicas ou psicológicas, com conhecimento, sabedoria e as competências que cada cuidador familiar possui e como pode utilizá-las no manejo do cuidar.

Acredita-se que as ações de intervenção com essas características poderão resultar em cuidadores conscientes sobre a importância que devem dar ao autocuidado. Os problemas inerentes à tarefa de cuidar já foram e vem sendo estudadas sob várias perspectivas. No entanto, são reduzidos os estudos que sinalizam o cuidador informal familiar na sua integralidade. Objetivo que sustenta este artigo.

**Agradecimentos:** A ACES do Baixo Vouga, Unidade de Saúde Familiar (USF) de São João de Ovar e o Centro de investigação, Didática e tecnologia na Formação de Professores (CIDTFF).

## Referências

- Antonucci, T. (2001). *Social Relations An Examination of Social Networks, Social Support*. Handbook of the psychology of aging. San Diego: Academic Press. Retrieved from <https://books.google.pt>
- Aubret, J., & Gilbert, P. (2003). *L' évaluation de compétence*. Liège: Mardaga.
- Baltes, M., & Carstensen, L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing and Society*, 16, 397–422. Retrieved from [http://journals.cambridge.org/abstract\\_S0144686X00003603](http://journals.cambridge.org/abstract_S0144686X00003603)
- Brito, M. L. S. (2000). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto, Coimbra.
- Brito, M. L. S. (2000). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos (Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto)*
- Cardoso, M. J. S. P. (2011). *Promover o bem-estar do familiar cuidador- programa de intervenção estruturado (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa)*.
- Casanova, D. (1991). La reconnaissance des compétences génériques. In G. Pineau, B. Lietard & M. Chaput. In *Reconnaitre les Acquis: Démarches d' exploration personnalisée. Actes du séminaire franco-québécois sur la reconnaissance des acquis*. Paris: Universitaires, UNMFREO.
- Castiel, L. D. (1999). *A medida do possível....saúde, risco e tecnobiociência*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Castro, L. M., Vagos, P., & Neri de Souza, D. (2013). Sobrecarga objetiva e/ou subjetiva do cuidador informal (Dissertação de mestrado, Departamento de Educação e Psicologia, Universidade de Aveiro).
- ERS. (2015). Acesso, qualidade e concorrência nos cuidados continuados e paliativos. Porto. Retrieved from [www.ers.pt](http://www.ers.pt)
- Figueiredo, A. L., Souza, L., Dell' Áglío, J. C., & Argimon, I. I. L. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, 11(1), 15–24. Retrieved from [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452009000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452009000100003)
- Figueiredo, D. (2007). Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi Editores.
- Figueiredo, D., Guerra, S., Marques, A., & Sousa, L. (2012). Apoio psicoeducativo a cuidadores familiares e formais de pessoas idosas com demência. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(1), 31–55.
- Gonçalves-Pereira, M., & Sampaio, D. (2011). Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 3–10.
- Guerra, M. P., Lima, L., & Torres, S. (2014). *Intervir em grupos na saúde* (2a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Jardim, J., & Pereira, A. (2006). *Competências pessoais e sociais: guia prático para a mudança positiva*. Porto: ASA.
- Jardim, M. J. A. (2007). Programa desenvolvimento de competências pessoais e sociais: Estudo para a promoção do sucesso académico (Tese de Doutoramento, Departamento de Ciências da Educação, Universidade de Aveiro).
- Júnior, P. R. R., Corrente, J. E., Hattor, C. H., Oliveira, I. M., Zancheta, D., Gallo, C. G., & Galiego, E. T. (2011). Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado The results of training of informal caregivers on. *Ciência & Saúde ...*, 16(7), 3131–3138. Retrieved from <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n7/13.pdf>
- Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a Idosos. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 203–229). Lisboa: Climepsi Editores.
- Lopes, L. O., & Cachioni, M. (2012). Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(4), 1–10. <http://doi.org/10.590/S0047-208520120004009>
- Machado, S. C. G. (2012). Avaliação da sobrecarga do cuidador informal, no desempenho de suas funções, à pessoa idosa dependente, no concelho de Santana (Dissertação de Mestrado, Centro de Competência de Tecnologia da Saúde, Universidade da Madeira).

- Martins, T., Ribeiro, J. P., & Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 131–148.
- Neri, A. . (2013). Desafios contemporâneos do cuidado familiar de idosos. In Congresso Ibero Americano de Cuidadores Informais. Aveiro.
- Paúl, C. (1997). Lá para o fim da vida. Idosos, Famílias e Meio Ambiente. Coimbra: Almedina.
- Pereira, H. R. (2013). Subitamente cuidadores informais- dando voz (es) às experiências vividas. Loures: Lusociências- Edições Técnicas e Científicas, Ltda.
- Pires, A. (2000). Desenvolvimento pessoal e profissional, um estudo dos contextos e processos de formação das novas competências. Lisboa: Ministério da Educação.
- Sena, E. L., & Gonçalves, L. H. (2008). Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de alzheimer: perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(2), 232–240.
- Serra, A. V. (2002). O stress na vida de todos os dias. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Silveira, T. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: Um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cadernos de Saúde ...*, 22(8), 1629–1638. Retrieved from [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2006000800011&script=sci\\_abstract&tlng=e](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2006000800011&script=sci_abstract&tlng=e)
- Sörensen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Life Cycle Completed: A Review. Extended Version*, 42(2), 356–372. Retrieved from <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/42/3/356.short>
- Sousa, L. (2007). Sobre...vivendo com o cancro: O doente oncológico e sua família. Lisboa: Climepsi Editores.
- Thober, E., Creutzberg, M., & Viegas, K. (2005). Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. *Rev Bras Enferm*, 58(4), 438–43. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a11v58n4>
- Tones, K., & Tilford, S. (1994). Heath education. efectiveness, efficiency and equity. London: Chapman & Hall.