

Actas do XIV Colóquio Internacional de Psicologia e Educação

Organizado por Vera Monteiro, Lourdes Mata, Margarida Alves Martins, José Morgado, José Castro Silva, Ana Cristina Silva, & Marta Gomes
9 e 10 Julho de 2018, Lisboa: ISPA – Instituto Universitário

O autocuidado do cuidador familiar: Intervenção psicoeducativa para o desenvolvimento de competências pessoais/sociais

Lisneti Castro

Dayse Neri de Souza

Anabela Pereira

Resumo: Capacitar cuidadores familiares para a tarefa de cuidar, exige que no processo de ensino e aprendizagem sejam contemplados aspetos relacionados com o desenvolvimento da vida adulta. *Objetivo:* apresentar na íntegra uma proposta de intervenção psicoeducativa fundamentada no desenvolvimento de competências pessoais/sociais nos cuidadores familiares. *Método:* estudo de cariz qualitativo e paradigma interpretativo. Participaram 10 cuidadores de ambos os sexos. Os utentes foram contactados pela equipa de enfermagem das Unidades de saúde de Aveiro e Ovar em Portugal. Todas as sessões de intervenção foram conduzidas por meio de dinâmica de grupo, e as competências abordadas foram: autoconhecimento, empatia, autoestima, assertividade, resiliência e suporte social. Os dados foram recolhidos no período de janeiro a julho/2016. A análise de conteúdo foi realizada com o apoio do Software webQDA. *Resultados:* pode-se verificar que os cuidadores possuíam as competências, porém não conseguiam nomeá-las nem identificá-las no seu repertório comportamental. Após a intervenção estes, denotaram consciencialização sobre a necessidade de terem maior atenção com o seu autocuidado. *Conclusão:* Este estudo trouxe ao de cima um novo olhar para o autocuidado dos cuidadores familiares.

Palavras-chave: Cuidador familiar, Competências pessoais/sociais, Psicoeducação, Autocuidado.

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de uma doença grave e incapacitante é um episódio que poderá acarretar inúmeras modificações num núcleo familiar. Face a necessidade de cuidados que o familiar dependente necessitará, a família, por sua vez, terá que se ajustar em seu funcionamento de forma a que possa assegurar conforto e bem-estar ao familiar que necessita de cuidados

e nos quais serão efetuados geralmente a longo prazo e no domicílio (França, 2010; Machado, 2012; Sequeira, 2010).

De acordo com Martins, Ribeiro e Garrett, (2003), geralmente o cuidador familiar quando assume esta atividade terá que confrontar-se com mudanças significativas que terão impacto na sua vida pessoal, laboral, social e familiar.

Pereira (2013) refere que a tarefa de cuidador informal familiar vai muito além do simples auxílio à pessoa que se encontra incapacitada. Segundo este autor, os cuidadores familiares, são os principais responsáveis em assegurar o bem-estar dos familiares que se encontram em situação de dependência e além disso são vistos pelo Sistema Nacional de Saúde como uma mais-valia, tendo em conta que podem complementar com a tarefa de cuidar, aquilo que os serviços de saúde que por qualquer motivo, não conseguem atender atempadamente.

O início da atividade de cuidador informal pode ocorrer de duas formas: a primeira pode ocorrer de forma progressiva, ou seja, o quadro de saúde do familiar cuidado pode evoluir de forma negativa; A segunda, geralmente ocorre de forma imprevisível e inesperada, motivo pelo qual o cuidador nunca ou quase nunca estará preparado para a função que irá desempenhar (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006).

Integrar o familiar cuidador na função de cuidador informal, implica dotá-lo de habilidades e/ ou competências para que possa sentir-se apto para o exercício desta tarefa. Para que isto ocorra, segundo Sequeir (2010), é necessário que seja estabelecido parceria entre os profissionais de saúde e os cuidadores, no sentido de que seja providenciado de forma orientada e sistemática, alternativas de suporte com caráter assistencial, a fim de que o cuidador sinta-se apoiado com informações/formações que lhe possibilitem desempenhar esta tarefa de forma eficiente.

Contudo, não basta capacitar o cuidador apenas para lidar com a doença que cuida, é preciso ter em conta:

“(...) a compreensão que o cuidador tem em relação a potenciais fonte de stress, recompensas e satisfação da prestação de cuidados; eficácia das estratégias de coping, suporte social recebido; motivação para prestar cuidados, e relação com a pessoa de quem cuida” (Figueiredo, 2007, p. 144).

Para que haja este tipo de entendimento sobre a tarefa de cuidar, torna-se necessário promover aos cuidadores ações de informação/formação que

possuam o caráter psicoeducativo, que estejam sustentadas em parâmetros de suporte emocional, social, alívio e psicoterapêutico (Lage, 2005). Tais ações deverão ser desenvolvidas com o propósito de fazer com que o cuidador consiga sentir-se confortável para cumprir às exigências do exercício deste papel. Poderá ser desta forma que o mesmo obterá o equilíbrio fundamental para o seu desempenho ao mesmo tempo que estará em condições de reconhecer suas necessidades (Pereira, 2013).

Assim sendo, é fundamental que nas propostas de intervenção/formação seja levado em conta a aprendizagem a partir do desenvolvimento da vida adulta, considerando que grande parte dos cuidadores encontra-se nesta etapa de vida.

Importante salientar que são inúmeros os trabalhos orientados para a formação de cuidadores familiares. Contudo, não é comum verificar entre os trabalhos já publicados, algum destaque nas propostas de formação/intervenção, a conjugação entre as experiências adquiridas ao longo da vida e o desenvolvimento da fase adulta. Por esta razão surgiu o interesse em construir uma proposta de formação/intervenção que focasse este aspeto. Para esse efeito, foi elaborada a seguinte questão: uma formação para cuidadores familiares que contemple em seu arcabouço teórico o desenvolvimento da vida adulta, facilitará o processo de ensino aprendizagem destes no que respeita à aquisição de competências para o cuidado e o autocuidado?

REFERENCIAL TEÓRICO

A tarefa de cuidar de um familiar dependente é uma atividade muito específica e que exige do cuidador uma série de habilidades para lidar com situações que até então eram desconhecidas, de modo a facilitar a atuação Archbold, Stewart, Greenlick e Harvath (1990) sugerem uma transição singular que deverá ter em conta não só o contexto da doença, mas também todos os acontecimentos originados desde o início do adoecimento do familiar até ao momento em que se dá do papel de cuidador informal.

Schumacher 1995 (cit. por Cardoso, 2011) ao retratar a situação de transição para o papel de cuidador, sublinha que tanto o cuidador como o familiar a ser cuidado vivenciam esta etapa que se inicia, a partir do momento que o familiar aceita desempenhar a tarefa, podendo ser influenciado por três distintos níveis de redes sociais: relações interpessoais, relações institucionais e estratificação social. Esta última é mais alargada e hierarquizada, tendo em conta que a sua estrutura se dá a partir da situação socioeconómica, género, etnia, idade, regras, organização familiar, papel no trabalho, recursos disponíveis e as diferentes formas de compensação a que as pessoas estão sujeitas.

Em termos práticos, o processo de transição para o exercício da atividade de cuidador familiar desencadeia um maior desenvolvimento e estreitamento das relações entre as instituições de saúde, profissionais de saúde, membros familiares, amigos, vizinhos ou voluntários, sendo que estes últimos poderão servir de suporte social para o cuidador informal familiar (Cardoso, 2011).

Além desses aspetos, a transição para o exercício da tarefa de cuidador, deve contemplar também ações de formação com vistas a favorecer uma aprendizagem contínua e dinâmica de forma que o cuidador possa sentir-se apto para o desempenho desta tarefa.

Capacitar o cuidador levando em conta não só as intercorrências que a tarefa impõe, mas também às suas necessidades individuais, exige que no seu processo de ensino e aprendizagem, seja assinalado os aspetos que norteiam o seu desenvolvimento e a forma como ocorre a sua aprendizagem na fase adulta.

MÉTODO

O estudo foi cariz qualitativo e paradigma interpretativo. Participaram 10 cuidadores de ambos os sexos. Os utentes foram contactados pela equipe de enfermagem das Unidades de saúde de Aveiro e Ovar. Toda a intervenção foi conduzida por meio de dinâmica de grupo, e as competências abordadas foram: Autoconhecimento, empatia, autoestima, assertividade, resiliência e suporte social. Os dados foram recolhidos no período de

janeiro a julho/2016. Foi realizada a análise de conteúdo com o apoio do webQDA versão 3.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cuidar no domicílio exige uma constante troca de conhecimentos, seja no âmbito da doença a ser cuidada, seja no autocuidado do cuidador, tendo em conta todas as implicações que resultam do desempenho da tarefa de cuidar.

O *Autoconhecimento* refere-se ao fato de conhecer seus pontos fortes e fracos, bem como demonstrar ter conhecimento sobre suas próprias capacidades. Neste estudo, a categoria “*possui autoconhecimento*” obteve 109 referências de unidades de texto, e a subcategoria *reconhecimento das próprias limitações* (12 referências unidades de texto), foi realçada a partir dos seguintes relatos:

(CI-4) “*sei conhecer as minhas limitações. Ora bem, eu sei reconhecer muitas vezes e os poucos amigos que tenho, reconheço e sei esperar e separar*”

(CI-5) “*Estou a cuidar da minha mãe, mas já estou a precisar de cuidados*”

A tarefa de cuidados exige que o cuidador tenha ao seu encargo inúmeras atividades, e estas por sua vez, poderão fazer com que o cuidador reconheça que tem suas próprias limitações para executá-las de forma contínua e por demasiado tempo. Este aspeto relaciona-se com o que diz Shyu (2000) que refere que o fato dos cuidadores reconhecerem suas limitações, tem como pano de fundo a necessidade dos profissionais de saúde envolvidos no processo, verificarem a melhor forma de gestão das necessidades do cuidador vs. necessidades da pessoa cuidada.

A *Empatia*: competência esta que no contexto das relações humanas é essencial e significativa para o estabelecimento de relações harmoniosas, uma vez que promove a compreensão e aceitação do outro. É também reconhecida como uma das mais importantes competências comunicacionais (Caldeira & Veiga, 2011; Veiga, 2007).

Neste estudo a *categoria “possui empatia”* obteve 8 unidades de texto com a *subcategoria: Colocar-se no lugar do outro* (2 unidades de texto), assim exemplificada pelos cuidadores:

(CI-8) “*Eu consigo me colocar no seu lugar. Eu peço muito a Deus pra ter esse ar risonho, porque se não doutora, aí está, ponha-se no meu lugar, todos os dias... Como é que nós havemos de andar*”.

Exercer a tarefa de cuidador informal não é fácil, porém, apesar de todas as dificuldades que os cuidadores vivenciam no seu dia-a-dia, ainda conseguem demonstrar que estão disponíveis para entender e se colocar no lugar do outro. Isto pode contribuir para facilitar as suas relações com o familiar que esta sendo cuidado (Carraro & Radünz, 1996; Oliveira & D’Elboux, 2012). Fica evidente que os cuidadores participantes deste estudo possuem a competência da empatia.

Acerca da *Autoestima*, costuma-se dizer que o indivíduo possui a competência de autoestima, quando consegue ser capaz de fazer uma avaliação positiva de si mesmo, levando em conta os acontecimentos passados, suas capacidades atuais e perspectivas de futuro (Jardim & Pereira, 2006). Neste estudo a *categoria “possui autoestima”* apresentou (76 unidades de texto) e a *subcategoria facilidade em lidar e reconhecer os seus defeitos e qualidade* (17 unidades de texto).

(CI-5) “*Sei que tenho defeitos, mas sinto-me bem comigo mesmo, precisamente coloco Deus em primeiro lugar, esse é o meu lema e toda a gente que não consegue, sei que não é feliz... Eu sou linda porque me vejo mais por dentro do que por fora. Sempre tive críticas contra mim, mas nunca as valorizo, apenas penso no bem ou mal que podem me causar*”.

Relativamente a esta competência Wullschleger, Lund, Caserta e Wright, 1996; Ashworth e Baker, 2000; Martins, 2006 (cit. por Cardoso, 2011), chamam atenção para o fato de que essa atividade potencializa no cuidador o sentimento de responsabilidade, partilha de amor e suporte, desenvolvimento pessoal, sensação de proximidade com o recetor de cuidados e também faz com quem os cuidadores tenham a sua autoestima reforçada, uma vez que passam a sentir satisfação e orgulho por estarem a fazer o bem a quem precisa.

Assertividade, ou *ser assertivo* implica na sistematização de um processo que envolve uma aprendizagem que deve ter em conta as necessidades da pessoa em questão, os objetivos que quer atingir, as

circunstâncias em que deverá exibir comportamentos assertivos e as técnicas que utilizará (Jardim & Pereira, 2006). A categoria “*ser assertivo*” contou com (44 unidades de texto) e a subcategoria *liberdade de expressão e sentimento* teve (14 unidades de texto).

(CI-2) “*Tento levar, isso não quer dizer que a minha opinião seja aceite. Eu tenho que aceitar isso, muitas vezes ponho uma opinião e a opinião da pessoa é completamente contrária à minha, não podemos pensar todas da mesma maneira, não é? Sim eu respeito a opinião que for posta, assim como eu também desejo que respeitem a minha*”.

Ser assertivo ajudará o cuidador informal familiar a reconhecer e interpretar cognitivamente as distorções de comunicação, além de ser possível este ficar mais esclarecido quanto aos problemas emergentes de suas relações interpessoais e ainda ficará melhor preparado para o reconhecimento e imediata atuação no sentido de melhorar os sentimentos positivos e negativos relativos à tarefa de cuidados (Cardoso, 2011; López & Crespo, 2007; Northouse et al., 2002; Sousa, 2007).

Indivíduos ou núcleo familiar dotados de Resiliência, possuem a capacidade de vivenciarem uma situação de *stress* e mesmo que sofram alterações, conseguem ultrapassá-las sem no entanto demonstrarem desequilíbrio (Pinheiro, 2004).

A categoria “*ser resiliente*” neste estudo, alcançou (41 unidades de texto) e a subcategoria *capacidade para seguir em frente* (15 unidades de texto).

(CI-6) “*Tenho resiliência para superar isso, tenho, tenho que ter, pois tenho dois filhos ainda. Não digo como ela me disse noutro dia, vou me agarrar e dar prioridade aos filhos, isso não. Prioridade é minha, eu é que tenho que me curar a mim próprio, não vão ser os meus filhos e não vou me agarrar aos meus filhos a pensar que eles é que vão me ajudar. Eles vão precisar da minha ajuda, portanto, eu tenho que cuidar a mim próprio, para poder ajudar a eles*”.

Diante da enormidade de fatores de riscos, o indivíduo torna-se resiliente quando se convence da sua capacidade de autorregulação e autoestima, ou seja, o indivíduo ao ter mais consciência das suas capacidades, terá melhores condições de se tornar mais confiante e resistente para se confrontar com as situações adversas que possam surgir no seu ciclo de vida (Cardoso, 2011).

Por fim, a competência *Suporte social* ou as redes de suporte social podem auxiliar os cuidadores na medida que atua diretamente na diminuição

dos sintomas de *stress*, depressão e aumenta o sentimento de satisfação com a vida e a saúde dos familiares cuidadores (Mestre, 2010). *Na categoria “possui suporte social” foram encontradas (83 unidades de texto) e na subcategoria quem dá o suporte/filhos (15), cônjuge (8) unidades de texto.*

(CI-10) “ *Eu já disse que só posso contar com os meus filhos*”

(CI-09) “*Se o meu marido cá estiver, eu tenho todo o apoio dele*”

Estudos efetuados por Figueiredo, (2007); Sequeira, (2010); Castro, Vagos e Neri de Souza (2013), salientam que as redes de suporte social são um instrumento de grande valia, pois quando são fortes, tem impacto direto na diminuição dos níveis de *stress* vivenciados pelos cuidadores informais familiares desempenho da tarefa de cuidar.

A *Avaliação da intervenção* foi o momento no qual os cuidadores por meio dos seus autos relatos demonstraram os seus níveis de perceção sobre a importância que deveriam dar ao seu autocuidado. Nesse aspeto, a *categoria “intervenção, desenvolvimento e aprendizagem para o cuidador”* apresentou (88 unidades de texto) e a *subcategoria distribuir tarefas e cuidar/limites* (23unidades de texto).

Apesar de ser mencionado na literatura a eficácia ou não dos programas de intervenção com foco na psicoeducação (Cardoso, 2011), o programa aqui proposto apresentou resultados satisfatórios, tendo em conta que em sua maioria, os cuidadores demonstraram estar melhor consciencializados não só sobre os aspetos que envolvem a tarefa, mas também sobre a importância que devem dar ao cuidado consigo próprio. Vale ressaltar, que neste programa o autocuidado ganhou protagonismo na medida que os cuidadores foram estimulados a partir de suas próprias realidades, e verificarem de que forma poderiam, sem se sentirem culpados ou negligentes em relação ao seu familiar, cuidarem de si próprios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atividade de cuidador informal familiar vem ganhando relevância à medida que a longevidade ao nível mundial vem aumentando de forma acelerada. Porém, é preciso ter em conta que esta é uma atividade rela-

tivamente nova e que grande parte dos cuidadores familiares ainda não estão devidamente preparados para lidar tanto a nível físico como psicológico com um quadro de doença que por norma é grave, aguda e de longo curso.

Por este motivo, é fulcral que os profissionais de saúde estejam atentos às necessidades daqueles que no domicílio, tentam de todas as formas atender atempadamente o seu familiar que encontra-se dependente de cuidados de saúde. No entanto não basta apenas informar sobre a doença que os cuidadores estão a cuidar seguindo a lógica médica, é preciso também perceber o cuidador e as suas necessidades pessoais e sociais para que este possa sentir-se confortável e confiante nesta nobre tarefa.

Dito isto o objetivo deste estudo foi apresentar o programa de intervenção com as suas singularidades e pertinências, mas também revelar como de forma profícua promoveu uma maior consciencialização ao cuidador familiar.

REFERÊNCIAS

- Archbold, P. G., Stewart, J., Greenlick, M. R., & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing & Health*, 13(6), 375-384. <http://doi.org/10.1002/nur.4770130605>
- Ashworth, M., & Baker, A. (2000). Time and space: Carers' views about respite care. *Health & Social Care in the Community*, 8(1), 50-56. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2524.2000.00221.x/full>
- Caldeira, S. N., & Veiga, F. H. (2011). *Intervir em situações de indisciplina, violência e conflito*. Lisboa: Fim de Século.
- Cardoso, M. J. S. P. (2011). *Promover o bem-estar do familiar cuidador: Programa de intervenção estruturado* (Doctoral dissertation, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa).
- Carraro, T., & Radünz, V. (1996). A empatia no relacionamento terapêutico: Um instrumento do cuidado. *Cogitare Enfermagem*, 1(2), 50-52. Retrieved from <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewArticle/8739>
- Castro, L. M., Vagos, P., & Neri de Souza, D. (2013). *Sobrecarga objetiva e/ou subjetiva do cuidador informal* (Master's thesis, Departamento de Educação e Psicologia, Universidade de Aveiro).
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

- França, J. C. P. M. O. (2010). *Saúde mental e necessidades nos cuidadores de familiares com demência* (Master's thesis, Departamento de Política e Ciência do Comportamento, Universidade Fernando Pessoa). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10284/1641>
- Jardim, J., & Pereira, A. (2006). *Competências pessoais e sociais: Guia prático para a mudança positiva*. Porto: ASA.
- Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 203-229). Lisboa: Climepsi Editores.
- López, J., & Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes. *Psicothema*, 19(1), 72-80.
- Machado, S. C. G. (2012). *Avaliação da sobrecarga do cuidador informal, no desempenho de suas funções, à pessoa idosa dependente, no concelho de Santana* (Master's thesis, Centro de Competência de Tecnologia da Saúde, Universidade da Madeira).
- Mestre, M. J. B. N. (2010). *Suporte social e coping nos cuidadores informais de idosos dependentes* (Master's thesis, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve).
- Northouse, L. L., Walker, J., Schafenacker, A., Mood, D., Mellon, S., Galvin, E., ... Freeman-Gibb, L. (2002). A family-based program of care for women with recurrent breast cancer and their family members. *Oncology Nursing Forum*, 29(10), 1411-1419.
- Oliveira, D. C., & D'Elboux, M. J. (2012). Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(5), 829-838. Retrieved from <http://unicamp.sibi.usp.br/handle/SBURI/15706>
- Pereira, H. R. (2013). *Subitamente cuidadores informais: Dando voz(es) às experiências vividas*. Loures: Lusociência.
- Pinheiro, D. P. (2004). Resiliência em discussão. *Psicologia Em Estudo*, 9(1), 67-75.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Shyu, Y. (2000). Patterns of caregiving when family caregivers face competing needs. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 619-625.
- Sousa, L. (2007). *Sobre... vivendo com o cancro: O doente oncológico e sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Veiga, F. H. (2007). *Indisciplina e violência na escola: Práticas comunicacionais para professores e pais* (3ª ed.). Lisboa: Almedina.
- Wullschleger, K., Lund, D., Caserta, M., & Wright, S. (1996). Anxiety about aging: A neglected dimension of caregivers experiences. *Journal of Gerontological Social*, 26, 3-18.