

Importância das competências pessoais/sociais de autoconhecimento e empatia no autocuidado do cuidador informal familiar**The importance of personal/social skills/ of self- knowledge and empathy in the self-care of the informal caregiver**

DOI:10.34119/bjhrv3n5-288

Recebimento dos originais: 23/09/2020

Aceitação para publicação: 23/10/2020

Lisneti Castro

APACID, Portugal
lisnetimcastro@ua.pt

Dayse Neri de Souza

UNASP
Centro Universitário Adventista Engenheiro Coelho

Anabela Pereira

Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro, Portugal
anabelapereira@ua.pt

Evelyn Santos

Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro, Portugal
evelynsantos@ua.pt

Helena Teixeira

Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro, Portugal
helena.teixeira@ua.pt

Roselane Lomeo

Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro, Portugal
roselanelomeo@ua.pt

Laurinda Mendes

Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro, Portugal
laurindamendes@ua.pt

Inês Magalhães

Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro, Portugal
ines.amaral.osorio@ua.pt

RESUMO

A tarefa de cuidador exige conhecimento sobre a doença que cuida, mas sobretudo o reconhecimento da importância do autocuidado, assegurando o seu bem-estar. Objetivo: Analisar a perspectiva dos cuidadores sobre o seu autoconhecimento e empatia, antes e depois de assumirem a tarefa de cuidar. Método: Estudo de cariz qualitativo com recurso ao paradigma

interpretativo. Participaram 12 cuidadores selecionados por conveniência, provenientes do centro de Saúde de Ovar e de Aveiro. Foram realizadas 10 sessões psicoeducativas, operacionalizadas através de exercícios de dinâmica de grupo. Os dados foram analisados com apoio do software webQDA versão 3.0. Resultados: Os cuidadores conseguiram perceber suas competências de autoconhecimento e empatia. Conclusão: A psicoeducação é uma ferramenta que ajuda o cuidador a conhecer as suas potencialidades e limitações, e também a reconhecer a importância do autocuidado.

Palavras-chave: cuidador familiar, autocuidado, autoconhecimento, empatia

ABSTRACT

The caregiver task requires knowledge about the illness he cared for, but above all the recognition of the importance of self-care, ensuring their wellbeing. Objective: Analyze caregiver's perspective about self-knowledge and empathy, before and after assumed care. Method: qualitative study with resource to interpretative paradigm, study participants where 12 caregivers, selected by convenience, both gender, and from Ovar and Aveiro Health Center. 10 psycho-educational sessions were undertaken through group dynamic exercises. The data were analyzed with support of the software webQDA version 3.0. Results: the caregivers can perceive their self-knowledge and empathy competences. Conclusion: Psychoeducation is a tool that helps the caregiver to know its potentials and limitations, and to recognize the importance of self-care.

Keywords: family caregiver, self-care, self-knowledge, empathy.

1 INTRODUÇÃO

O adoecimento prolongado de um familiar e a necessidade de cuidados no domicílio têm um forte impacto nas famílias. Normalmente, um ou mais membros da família ficam responsáveis pelos cuidados sejam eles de caráter instrumental, emocional ou social. O exercício da tarefa de cuidador informal na atualidade é um enorme desafio. Com o envelhecimento da população, cada vez mais idosos sofrerão de alguma patologia, com consequente prejuízo da autonomia e independência física ou mental (Figueiredo, 2007 Machado, 2012).

O exercício da atividade de cuidador informal não é uma tarefa fácil, implica não só a necessidade de conhecimento e informação sobre a doença cuidada, mas sobretudo o reconhecimento de que cuidar do familiar dependente é tão importante quanto cuidar de si próprio. São inúmeras as ações de formação e intervenção que visam capacitar o cuidador familiar a dotá-lo de competências para a prestação de cuidados (Sequeira, 2010; Pereira, 2013). Uma das modalidades de formação/intervenção mais realçadas por diversos autores, nacionais e internacionais, entre os quais Figueiredo, Guerra, Marques e Sousa (2012); Lopes e Cachioni (2012) é a psicoeducação. Este método de formação/intervenção foca-se no modelo de ensino-

aprendizagem, contemplando informações sobre a doença, enquanto possibilita aos cuidadores uma melhor compreensão sobre toda a dinâmica que envolve saúde, doença e o cuidado consigo próprio. É de salientar que este tipo de intervenção se tem mostrado eficaz, recorrendo a diversas abordagens e metodologias, proporcionando ao cuidador sentir-se mais adaptado às exigências da tarefa e, concomitantemente, permitindo-lhe adquirir novas competências, possibilitando-lhe prestar um serviço de maior qualidade (Figueiredo et al., 2012; Lopes & Cachioni, 2012). Para dotar o cuidador de competências é necessário ajudá-lo a mobilizar adequadamente os seus recursos cognitivos, permitindo-lhe encontrar soluções para resolução dos problemas inerentes às suas tarefas, ajudando-o a sentir-se competente. Além disso, ao dotar o cuidador de competências, este poderá conjugar saberes adquiridos ao longo de sua trajetória de vida com outros que serão desenvolvidos, atuando de forma adequada no desempenho da nova tarefa. Jardim (2007), cita uma enormidade de competências necessárias para o desempenho de inúmeras atividades profissionais, no entanto, a atividade de cuidador informal não possui o caráter profissionalizante. Desta forma, é necessário selecionar competências que estejam em conformidade com o desempenho da tarefa de cuidador informal e, ao mesmo tempo, consciencializar o cuidador para a importância do seu autocuidado devido ao desgaste físico e mental que esta tarefa acarreta, afetando o seu bem-estar (Neri, Carvalho, Freitas & Py, 2002; Martins, 2014). Tal atitude, não deve ser vista pelo cuidador como um ato egoísta nem de falta de zelo, ao contrário, o cuidador familiar deve estar ciente que ao ter cuidado consigo próprio, estará em melhores condições para o efetivo exercício da tarefa. É, neste enquadramento que urge ativar o desenvolvimento de competências pessoais/sociais, levando em conta as experiências adquiridas ao longo da vida, e simultaneamente as capacidades/qualidades que o indivíduo possui. São inúmeros os desafios que envolvem o cuidar e o autocuidado em contexto domiciliário, razão pela qual se realizou esta investigação. Como elemento motivador, emergiu o seguinte questionamento: qual a perspectiva dos cuidadores familiares sobre o seu autoconhecimento e empatia antes e depois de assumirem a tarefa de cuidar?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Quando um membro familiar assume a responsabilidade dos cuidados de um ente querido incapacitado, terá de efetuar tarefas que na maioria das vezes nunca executou. As atividades de cuidador informal familiar estão diretamente ligadas às necessidades do seu recetor (Imaginario, 2004). Geralmente essas tarefas são novas e desconhecidas e de difícil domínio

pelo cuidador, facto que poderá desencadear no cuidador sentimentos de culpa, dúvidas, incertezas, e ainda sentimentos de angústia, tristeza e solidão, afetando o seu bem-estar físico e psicológico (Cardoso, 2011). Assumir a responsabilidade pelos cuidados de um familiar incapacitado exige que haja uma transição a diversos níveis (Meleis, Sawyer, Eun-Ok, Messias, & Shumacher, 2010). O cuidador sozinho e sem formação adequada dificilmente conseguirá ultrapassar todas as complexidades que está tarefa impõe, podendo comprometer a sua saúde (Cardoso, 2011). Shumacher e Meleis (1994) sublinham que a transição do ciclo de vida dos indivíduos precisa ser reconhecida pelos profissionais de saúde como um marco importante, acarretando mudanças na saúde, independência e autonomia, que terão de ser tratadas no domicílio. Este novo cenário de cuidado especiais necessita de acompanhamento e auxílio. O cuidador familiar terá de ser visto como uma figura de destaque no processo que envolve o cuidar e o cuidado consigo próprio. O cuidador torna-se elemento fundamental nos cuidados no domicílio, passando por um processo de transição que implica aprendizagem de novos conhecimentos e aquisição de competências, atendendo às necessidades de seu ente querido, mas também às suas, cuidando de si próprio e resguardando o seu bem-estar. (Schultz, Martire & Klinger, 2005). Nas últimas décadas verifica-se uma preocupação por parte dos profissionais de saúde na promoção de programas de intervenção com o objetivo de auxiliar o cuidador familiar a minimizar as consequências negativas originadas pelo desgaste físico e mental decorrentes da tarefa de cuidador. Neste âmbito, observa-se que as intervenções psicoeducativas têm-se revelando eficazes, contribuindo de forma significativa na diminuição do stresse do cuidador familiar. Através de um estudo de meta-análise produzido por Sorensen, Pinguart e Duberstein (2002), dos 78 estudos sobre intervenções, analisados e posteriormente comparados com estudos direcionados a grupos de apoio, treinamento, aconselhamento entre outros, constatou-se que as intervenções psicoeducativas ofereciam resultados mais consistentes e favoráveis em relação à diminuição de sobrecarga, diminuição de sintomatologia depressiva, melhoria na sensação de bem - estar subjetivo do cuidador e, ainda, acréscimo de novas habilidades que contribuíam para a melhor gestão da tarefa (Lopes & Cachioni, 2013). Brown (2011), define a psicoeducação como um saber suportado em métodos experimentais e científicos e tendo como princípio de que as cognições gerenciam as emoções e os comportamentos, logo o componente cognitivo precede o componente afetivo, tendo em conta que ocorre uma transferência de informação e de descarga emocional. Por norma, os procedimentos básicos das intervenções psicoeducativas proporcionam a aquisição de novas habilidades, auto ajustamento ao novo papel, noções sobre questões legais e orientações para

procura de apoio, tudo de forma a reduzir a sua sobrecarga. Os cuidadores também recebem informações com o objetivo de melhorar o seu bem-estar psicológico (Chien et al., 2011).

Uma das características principais das intervenções psicoeducativas é a de dotar o cuidador de competências necessárias para o manejo do cuidado, á medida que o cuidador recebe treino adequado para lidar com a gestão dos cuidados sente-se mais seguro e capaz para desempenhar a sua tarefa (Winefield & Harvey, 2004). Jardim (2007) define competência como sendo a capacidade que o indivíduo possui para operacionalizar um conjunto de conhecimentos, atitudes e de aptidões derivadas de uma situação concreta cuja finalidade é ser bem-sucedido. A literatura que se debruça sobre esta matéria, sinaliza uma enormidade de abordagens sobre competências geralmente direcionadas para campos específicos de atuação profissional. Entretanto, no contexto dos cuidados familiares verifica-se que um conjunto de competências transversais comuns a diversas atividades. Segundo Jardim (2007), estas competências são transferíveis de função para função, adquiridas na interação com os outros e na formação não-formal. No campo de ação das competências transversais, destacam-se as competências pessoais/sociais. Este tipo de competência de acordo com Del Prette e Del Prette (2001), corresponde a uma conjugação de comportamentos que estão presentes no dia-a-dia, tendo forte impacto na conquista de resultados positivos no que respeita as relações interpessoais. Quanto maior for o nível de desenvolvimento de aptidões sociais, maior será a coerência de pensamentos, sentimentos e valores que serão internalizados pelo indivíduo (Del Prette & Del Prette, 2001). Este estudo faz parte de um projeto de investigação denominado “Programa de Intervenção psicossocial aos cuidadores informais familiares: O cuidar e o autocuidado”, concebido devido à necessidade de formar cuidadores na perspectiva de valorização do autocuidado. No programa, foram abordadas algumas competências pessoais/sociais que de acordo com a nossa perspectiva, são as mais adequadas para auxiliar o cuidador no decorrer de suas atividades de cuidados. Entre as competências abordadas no plano de intervenção, destacam-se: autoconhecimento, empatia, autoestima, assertividade, resiliência e suporte social. Para efeito de análise deste estudo, serão evidenciadas as competências de autoconhecimento e empatia. Sobre o autoconhecimento, Jardim (2007) refere que o comportamento individual dependerá do nível de consciência que o indivíduo tem sobre si mesmo e sobre o contexto em que está inserido. Quanto mais realista e objetiva for a sua autopercepção, maior será a sua adaptação e o seu êxito em relação às situações vivenciadas no dia-a-dia. No que respeita a empatia, esta deve ser vista como a capacidade individual de orientar a escuta de forma que possam ser percebidos os pensamentos, sentimentos e as intenções do sujeito que fala, cabendo

ao sujeito que escuta, compreender de forma adequada a situação que está sendo exposta. A partir desse enquadramento, percebe-se que o conceito de empatia deve estar alicerçado em três dimensões: i) cognitivo, quando é adotado o ponto de vista daquele que é escutado; ii) afetivo é o experimentar a emoção do outro, porém deve haver o distanciamento emocional necessário; comportamental: é a compreensão e o encorajamento para que o outro possa expressar aquilo que verdadeiramente está sentindo (Del Prette & Del Prette, 2005). É notório o quanto a atividade de cuidador informal familiar é desgastante, sendo comum causar danos na saúde física e psicológica do familiar responsável pelos cuidados. Neste sentido, é fundamental dotar o cuidador de conhecimentos, não só para cuidar do familiar, mas acima de tudo, tomar consciência que o seu bem-estar físico e psicológico também deve ser prioridade, devendo ser efetuado em conjunto com o exercício da tarefa de cuidador informal. Assim sendo, este estudo tem como objetivo: analisar a perspectiva dos cuidadores familiares sobre o seu autoconhecimento e empatia, antes e depois de assumirem a tarefa de cuidar.

3 METODOLOGIA

A opção pelo estudo de cariz qualitativo e paradigma interpretativo, justifica-se em virtude da necessidade de compreensão e significação das crenças, opiniões, percepções, representações e perspectivas que os cuidadores informais têm sobre si, e sobre a tarefa que executam. Além disso, esta abordagem possibilita uma melhor percepção do contexto natural onde ocorre o fenómeno a ser estudado, levando em conta os aspetos históricos, económicos, sociais e culturais (Amado, 2013). Em termos práticos, pode-se afirmar que a aplicação da metodologia qualitativa no contexto dos cuidados informais familiares possibilitará analisar de forma aprofundada, e com grau elevado de rigor científico, as interpretações de situações, acontecimentos ou experiências vivenciadas (Seabra, 2010) pelos cuidadores durante o desempenho de suas tarefas. Assim sendo, investigar qualitativamente implica aderir à complexidade e à diversidade da realidade em estudo. É necessário de forma contextualizada entender os significados que os participantes atribuem ao fenómeno que está sendo estudado (Seabra 2010). Será desta forma que será conferida a validade interna do estudo, visto que estão focalizados nas especificidades dos grupos sujeitos aos estudos (Minayo & Sanches, 1993). Foram 12 os participantes do estudo, cuidadores informais familiares, vinculados aos centros de saúde de Ovar e Aveiro/Portugal. Eram onze cuidadores do sexo feminino e um do sexo masculino e foram selecionados por conveniência. Para a efetivação da investigação, foi estabelecido um protocolo entre a Universidade de Aveiro e as entidades de saúde. Os

participantes foram contactados por telefone e presencialmente pela equipe de enfermagem dos Centros de Saúde de Ovar e Aveiro. Os participantes que concordaram fazer parte do estudo assinaram um termo de consentimento informado, no qual estavam descritos todos os procedimentos que seriam executados no decorrer do estudo. A intervenção, com 10 sessões psicoeducativas, foi operacionalizada através de exercícios de dinâmica de grupo. Todas as sessões constaram de três momentos: 1) aplicação de exercício de dinâmica para a introdução do tema proposto; 2) atividades psicopedagógicas e 3) avaliação da sessão. As sessões foram realizadas uma vez por semana com uma hora e meia de duração, no período de março a junho de 2016, nas instalações dos respetivos centros de saúde. As categorias e subcategorias emergiram da revisão da literatura e dos contributos dos participantes. Os dados foram analisados com o apoio do software webQDA versão 3.0 sendo a análise de conteúdo suportada pela teoria de Badin (2000).

4 RESULTADOS

Cuidar exige atitudes de preocupação, responsabilidade e disponibilidade para lidar com adversidades oriundas da doença que é cuidada, podendo provocar diferentes sentimentos que serão vivenciados pelos cuidadores no domicílio (Machado, 2012).

Os resultados deste estudo salientam que relativamente ao autoconhecimento: os cuidadores percecionam que anteriormente à doença do seu familiar sabiam que eram pessoas com limitações (12 unidades de texto), que tinham suas próprias necessidades (14 unidades de texto), porém esse aspeto não os impedia de ter uma vida feliz, equilibrada satisfatória. Após assumirem a tarefa de cuidados, tudo mudou. Conforme a percepção dos cuidadores, suas vidas passaram a ser de indecisões/vulnerabilidade e de grandes dificuldades (12 unidades de texto). Segundo os cuidadores, após assumirem a tarefa de cuidados, as suas vidas pessoais foram interrompidas e alteradas (13 unidades de texto). A conjugação de todos esses aspetos negativos faz com que o cuidador manifeste sentimentos de tristeza e desconforto (16 unidades de texto). Reconhecimento das limitações dos cuidadores informais (CI): CI 1) “sei conhecer as minhas limitações. Ora bem, eu sei reconhecer muitas vezes e os poucos amigos que tenho, reconheço e sei esperar e separar” CI2) “Estou a cuidar da minha mãe, mas já estou a precisar de cuidados” Reconhecimento das necessidades CI 1) “às vezes sinto-me a fazer o trabalho todo. Eu não tenho quem me ajude a fazer nada. Só eu conto comigo. Passar a ferro, fazer o comer, dar o remédio. Sou enfermeira, sou cuidadora, sou empregada”. Após assumirem a tarefa de cuidar. Vida de indecisões/vulnerabilidade/dificuldade CI 1) “de um momento pro outro tudo se

perdeu, tudo se modificou, tudo ficou negro”. C2) “estou na parte difícil, num nível muito difícil, onde tento fazer uma orientação orientar-me e progredir no sentido da doença que acompanha a minha mulher. É difícil pela transformação ao nível físico da minha esposa”. Alteração da vida diária CI 1) “a minha vida era boa, depois desabou. Aconteceu tudo, porque meu marido teve o acidente que teve... e agora?” CI2) “a minha estrada parou. Neste momento fica no sítio. Acabou ali porque a vida está confinada ali naquela situação. A estrada não anda nem para frente e nem para trás. Vamos para a estrada ela parou ali. Não tem como reconstruir, não quero dizer isso, mas nesse momento ela está parada”. O autodiálogo que o indivíduo trava consigo próprio no decorrer de sua vida, Beck (1976) chama-o de pensamentos automáticos, esses podem acontecer automaticamente ao nível superficial da cognição e da consciência, portanto, o autoconhecimento acontece quando o indivíduo estabelece contato permanente consigo próprio. Interpreta de forma pessoal os acontecimentos advindos das situações vivenciadas, o que resulta nas interpretações de emoções e sentimentos distintos. Quanto maior o grau de consciência que o indivíduo possa ter de si mesmo, mais realista e objetiva será a sua percepção e adaptação às circunstâncias da vida (Jardim, 2007).

No caso dos cuidadores informais, observa-se que em relação ao autoconhecimento reconhecem em si próprios essa competência, porém no papel de cuidadores, passam a associá-la diretamente às emoções negativas causadas pela tarefa de cuidados, tudo isto porque esta tarefa tem implicações diretas na sua vida pessoal, laboral e social do cuidador. Desta forma, interpretam os acontecimentos de maneira negativa. Em relação á empatia, os participantes deste estudo denotam perceberem relações empáticas independentemente de exercerem a tarefa de cuidar. Os participantes referiram que gostam de ser empáticos porque isto transmite alegria (02 unidades de texto). Ainda seguindo esta linha de pensamento, são empáticos porque gostam de ajudar os outros (02 unidades de texto), bem como conseguem se colocar no lugar do outro (02 unidades de texto).

Ajudar os outros CI1) “eu gosto de ser assim, pra mim e pros outros, eu ajudo”. C2) “senti-me útil passei lá, quando passei, mas senti-me útil só por arranjar aquilo para aquela senhora, consegui ajudá-la. Realmente se não somos uns para os outros, somos piores que os bichos. Realmente é preciso acudir quem está aflito, desde que a gente possa”. Desejo de reciprocidade CI1) “se eu estivesse em casa também gostava de que uma alma viesse cá comigo? Para mim a maior riqueza que nós temos é o dom que a gente tem cá dentro. Pode ser muito rico, mas se é aquele rico que só quer para ele...” No lugar do outro CI1) “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 havemos de andar?'. Pavarino, Del Prette e Del Prette (2005), defendem que do ponto de vista da cognição, a empatia pode ser definida como a capacidade de perceber a perspectiva e os sentimentos do outro, sendo que esses sentimentos podem ser vistos através de reações específicas. Dizem também, que essa perspectiva prevê a compreensão a partir das expressões e do modo como cada pessoa reage às diversas situações. No aspeto afetivo, a empatia é vista como a forma como o indivíduo experimenta a emoção do outro, sendo que para isso deve apenas manifestar uma compreensão emocional, devendo sempre ter em conta o distanciamento necessário do outro, visto que nessa situação, é conveniente que haja apenas partilha de emoções (Veiga & Santos, 2010).

Observa-se que os cuidadores informais participantes deste estudo, embora manifestem emoções negativas pelo fato de estarem exercendo a atividade de cuidar, conseguem estabelecer relações empáticas nos seus contextos sociais. Apesar da atividade de cuidar impor ao responsável pelos cuidados uma série de restrições em vários aspetos da sua vida pessoal, o cuidador consegue ser solidário e generoso com aquele que lhe pede ajuda. Aliás, o facto de ter aceitado a responsabilidade de cuidar do familiar, independente dos motivos que o fizeram aceitar este desafio já revela a sua disponibilidade emocional para ajudar o outro. Talvez isto explique o facto de ainda assim conseguirem estabelecer relações empáticas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi constatado através da literatura que o exercício da tarefa de cuidador informal traz uma série de repercussões na vida pessoal dos familiares cuidadores. Os resultados deste estudo revelaram que antes de se tornarem cuidadores, os familiares responsáveis pelos cuidados tinham, de acordo com às suas necessidades e perspectivas, uma vida feliz e equilibrada e, quando foram confrontados com a nova realidade de cuidados no domicílio, tudo mudou em suas vidas, tendo implicações diretas não só na sua vida pessoal, como na sua saúde e seu bem-estar. A tarefa impõe ao cuidador uma grande disponibilidade emocional para lidar com situações muitas vezes desagradáveis e desconfortáveis. É nesse contexto que as intervenções psicoeducativas, possibilitam atuar. Auxiliam o cuidador na consciencialização das suas potencialidades e limitações para a realização dessa tarefa. Não basta informar o cuidador sobre a doença que irá cuidar, é preciso ir mais longe, é necessário estimular, sensibilizar e orientar para que ele comece a perceber os efeitos negativos que a tarefa pode impor. É necessário ajudá-lo a tomar consciência de que seu autocuidado é tão importante quanto o cuidar do seu familiar. Nesse sentido, torna-se prioritário que as ações interventivas aos cuidadores familiares tenham

como base de sustentação estratégias que contribuam para que o cuidador possa manifestar, sem nenhum receio, as suas inquietações provenientes do exercício da tarefa, e estratégias que desenvolvam no cuidador competências que o consciencializem das suas necessidades, promovendo a manutenção do seu autocuidado. Vale destacar a importância da utilização da pesquisa qualitativa neste estudo. Através das suas ferramentas metodológicas foi possível entender e interpretar, dentro do próprio contexto, as experiências vivenciadas pelos cuidadores no decorrer da tarefa que executam. Também foi possível observar, conforme a ótica de cada cuidador, a interpretação e o significado que esta tarefa tem na sua vida. Desta forma, pode-se dizer que o objetivo deste estudo foi atingido. Foi possível constatar que os cuidadores possuem as competências de autoconhecimento e empatia a nível comportamental.

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO/ESTUDOS FUTUROS

Devido ao reduzido número de participantes e ao curto período em que foi realizado esta pesquisa, não foi possível verificar se após intervenção, os cuidadores conseguiram colocar em prática os conhecimentos adquiridos durante a formação. Considerando a necessidade de observar e assegurar a eficácia desta proposta, sugere-se que no futuro, seja previsto o caráter de estudo longitudinal, tendo em conta a necessidade de mensurar e avaliar, de forma fidedigna, as mudanças concretas de atitudes e comportamentos dos cuidadores após serem intervencionados, bem como o nível de consciencialização em relação ao seu autocuidado.

REFERÊNCIAS

- Amado, J. (2013). *Investigação qualitativa em educação*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Bardin, L. (2000). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições, 70 Lta.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities.
- Brown, N. (2011). *Psychoeducational groups: Process and practice (3a)*. New York: Routledge.
- 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)*.

- Chien, L. Y., Chu, H., Guo, J. L., Liao, Y. M., Chang, L. I., Chen, C. H., & Chou, K. R. (2011). Caregiver support groups in patients with dementia: A meta-analysis. *Internacional Journal Geriatric Psychiatry*, 9, 1089–1098. <http://doi.org/10.1002/gps.2660>
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001). *Inventário de habilidades sociais (IHS): Manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática*. Petrópolis-RJ: Vozes.
- 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.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formação e Saúde Ltda.
- 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)*.
- 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>
- Lopes, L. O., & Cachioni, M. (2013). Impacto de uma intervenção psicoeducacional sobre o bem-estar subjetivo de cuidadores de idosos com doença de alzheimer. *Temas Em Psicologia*, 21(1), 165– 181. <http://doi.org/10.9788/TP2013.1-12>
- 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, M. (2014). *A Sobrecarga dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes no Concelho de Belmonte*. Retrieved from <http://bdigital.ipg.pt/dspace/handle/10314/2074>

- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Eun-Ok, I., Messias, D. K., & Shumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: An emerging Middle-Range Theory. In *Transitions Theory- middle- range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 52–72). New York: Springer Publishing Company.
- Minayo, M. C. S., & Sanches, O. (1993). Qualitativo-Quantitativo: Oposição ou complementariedade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 239–262.
- Neri, A. L., Carvalho, V., Freitas, E. V., & Py, L. (2002). O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pavarino, M., Del Prette, A., & Del Prette, Z. (2005). O desenvolvimento da empatia como prevenção da agressividade na infância. *Psico*, 36(2), 127–134.
- Pereira, H. R. (2013). *Subitamente cuidadores informais- dando voz (es) às experiências vividas*. Loures: Lusociências- Edições Técnicas e Científicas, Ltda.
- Schultz, R., Martire, L. M., & Klinger, J. N. (2005). Evidence-based caregiver intervention in geriatric psychiatrics. *Pshichiatics Clinics of North America*, 28, 1007–1038.
- Seabra, F. I. B. (2010). *Ensino básico: Repercussões da organização curricular por competências na estruturação das aprendizagens escolares e nas políticas curriculares de avaliação* (Tese de doutoramento apresentada no Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho).
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel-edições técnicas, Lda.
- Shumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127.
- Sorensen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42(3), 356–372.
- Veiga, F., & Santos, E. (2010). *Uma escala de avaliação da empatia: Adaptação portuguesa do questionnaire assess affective and cognitive empathy*. Lisboa.
- Winefield, H. R., & Harvey, E. J. (2004). Needs of family caregivers in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bull*, 20(3), 557–566.