



**CUIDAR A PESSOA COM DEMÊNCIA NO DOMICÍLIO:
CARATERÍSTICAS DO CUIDADOR E SOBRECARGA**

Jessica Denise Botelho Torrão

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a
obtenção do grau de mestre em Cuidados Continuados

Bragança, maio, 2018



**CUIDAR A PESSOA COM DEMÊNCIA NO DOMICÍLIO:
CARATERÍSTICAS DO CUIDADOR E SOBRECARGA**

Jessica Denise Botelho Torrão

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a
obtenção do grau de mestre em Cuidados Continuados

Orientadoras: Professora Augusta Mata, *Ph, D*

Professora Maria Helena Pimentel, *Ph, D*

Orientador de Estágio: Professor José Carlos Millán, *Ph, D*

Bragança, maio, 2018

Resumo

Introdução: O aumento do número de idosos bem como de patologias associadas a este grupo, particularmente as demências, levam ao aumento das necessidades de apoio informal. Os cuidadores informais experienciam problemas físicos, psicológicos, sociais, emocionais e financeiros, que podem reflectir-se em estados de sobrecarga. A sobrecarga percebida pelo cuidador é, no entanto, um fenómeno subjectivo, que depende de factores internos e externos ao próprio cuidador e à tarefa de cuidar. O presente relatório apresenta a descrição do período de estágio desenvolvido em contexto de Erasmus +, na Universidade da Coruña, bem como uma revisão sistemática da literatura abordando a temática da sobrecarga nos cuidadores informais de pessoas com demência.

Objetivo: Identificar as características do cuidador informal da pessoa com demência que se associam a maiores e menores níveis de sobrecarga.

Metodologia: Foi realizada uma Revisão Sistemática da Literatura, incluindo artigos publicados entre os anos de 2008 e 2018, procurando responder à questão de investigação “Quais as características do cuidador informal da pessoa com demência que se associam a estados de sobrecarga?”

Resultados: As características relacionadas com o aumento e a diminuição da sobrecarga podem agrupar-se em oito categorias: sociodemografia, saúde e satisfação com a vida, autoeficácia, traços de personalidade, ansiedade, relações interpessoais, inteligência emocional e estratégias de *coping* utilizadas.

Conclusão: As características encontradas permitem estabelecer um perfil dos cuidadores mais susceptíveis de vir a sofrer sobrecarga e desta forma antecipar as consequências, podendo intervir com os cuidadores no sentido de melhorar as suas capacidades e habilidades nos comportamentos e atitudes a adotar na tarefa de cuidar.

Palavras-chave: demência, cuidadores, sobrecarga.

Abstract

Introduction: The large number of old people and their associated pathologies, particularly dementia, increases the needs of informal support. The informal caregivers experience physical, psychological, social, emotional and financial problems, which can cause the burden of caregivers. The perceived burden by the caregiver is a subjective phenomenon that depends of internal and external factors and is also related to the caregiver himself and the tasks of caring. This work presents the description of the practice period done in Erasmus +, at the University of Coruña and a systematic review about the burden thematic, related to caregivers of demented people.

Aims: Identify the people with dementia's informal caregiver characteristics associated with low and high scores of burden.

Method: A systematic review of the literature, including articles published between 2008 and 2018, searching the answer for the question "Which are the informal caregiver of people with dementia's characteristics associated with burden states?"

Outcomes: The characteristics founded to be related with higher and lower burden can be summarized in eight main categories: sociodemographic variables, health and satisfaction with life, self-efficacy, personality traits, anxiety, emotional intelligence, interpersonal relationships and ways of coping.

Conclusions: The characteristics found make it possible to establish a profile of the caregivers most likely to suffer from burden and anticipate the consequences of caregiving. Therefore, we may intervene with the caregivers in order to improve their abilities, behaviors and attitudes in the task of caring.

Key-words: dementia, caregiver, burden.

Resumen

Introducción: El aumento del número de mayores y de las patologías asociadas a este grupo poblacional, particularmente las demencias, llevan al aumento de las necesidades de apoyo informal. Los cuidadores informales experimentan problemas físicos, psicológicos, sociales, emocionales e financieros, que pueden reflejarse en sobrecarga. La sobrecarga percibida por el cuidador es un fenómeno subjetivo, dependiente de factores internos y externos al propio cuidador y a la tarea de cuidar. El presente trabajo presenta la descripción del período de prácticas desarrollado en contexto de Erasmus +, en la Universidad de Coruña, bien como una revisión sistemática de la literatura, que aborda la temática de la sobrecarga en los cuidadores informales de personas con demencia.

Objetivos: Identificar las características del cuidador informal de personas con demencia que se asocian a mayores y menores niveles de sobrecarga.

Metodología: Fue elaborada una Revisión Sistemática de la Literatura, incluyendo artículos publicados entre los años de 2008 e 2018, buscando responder a la cuestión de investigación “Cuales las características de los cuidadores informales de personas con demencia que se asocian a la sobrecarga?”

Resultados: Las características relacionadas con el aumento y la disminución de la sobrecarga pueden agruparse en ocho categorías: sociodemográficas, estado de salud y satisfacción con la vida, autoeficacia, rasgos de personalidad, ansiedad, inteligencia emocional, relaciones interpersonales, e tipos de estrategias de *coping* utilizadas.

Conclusión: Las características encontradas permiten establecer un perfil de los cuidadores más susceptibles de sufrir sobrecarga y así anticipar las consecuencias, pudiendo intervenir con los cuidadores en el sentido de mejorar sus capacidades y habilidades en las conductas y actitudes de la tarea de cuidar.

Palabras-clave: demencia, cuidadores, sobrecarga.

Lista de Siglas e Abreviaturas

AAVD - Atividades Avançadas de Vida Diária

ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária

ADRDA - Alzheimer's Disease and Related Disorders Association

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

CCL - Comprometimento Cognitivo Leve

DA - Doença de Alzheimer

DCL - Demência de Corpos de Lewy

DFT - Demência Frontotemporal

DV - Demência Vascular

INE - Instituto Nacional de Estatística

NINCDS - National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke

OMS - Organização Mundial de Saúde

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

TNC – Transtornos Neurocognitivos

Índice Geral

Introdução	16
Parte I – Relatório de Estágio.....	18
1. Contextualização do Estágio	20
1.1. A Instituição	21
1.2. Distribuição dos Usuários	22
1.3. Período prático e atividades desenvolvidas.....	23
1.4. Gerocare	29
1.5. Sessão Clínica e ResiPlus.....	29
1.6. El Veterano.....	30
2. Análise Crítica e Considerações Finais	31
Parte II – Enquadramento Teórico.....	33
1. Envelhecimento.....	34
1.1. Dependência no Idoso.....	39
2. O Cuidar e o Cuidado Informal	41
2.1. A Sobrecarga no Cuidador Informal.....	43
3. Estratégias de Enfrentamento (<i>coping</i>) e Personalidade	44
4. Habilidades Sociais e Comportamentos Interpessoais	48
5. Ansiedade (traço e estado).....	49
6. Autoeficácia.....	50
6.1. <i>Locus</i> de Controlo	51
6.2. Otimismo	52
7. Inteligência Emocional	52
Parte III – Enquadramento Metodológico	54
1. Método.....	55
2. Resultados	57
3. Discussão dos resultados.....	68
Características sociodemográficas	68
Saúde e satisfação com a vida.....	69
Traços de personalidade.....	69
Autoeficácia	70

Ansiedade.....	70
Estratégias de enfrentamento – <i>coping</i>	71
Habilidades Sociais e Comportamentos Interpessoais.....	71
Inteligência Emocional	72
Conclusões e sugestões	73
Referências Bibliográficas	74

Índice de Figuras

Figura 1. Sessão de <i>Laborterapia</i>	26
Figura 2. Fibras óticas de estimulação sensorial	27
Figura 3. Colunas de água (Sala Snoezelen)	27
Figura 4. Exemplo de exercício em Telegerontologia.....	27
Figura 5. Nota explicativa do taller de memória publicada no "El Veterano"	29
Figura 6. Exemplo de cabine de Audiometria	30
Figura 7. Atuação do grupo "Quarentuna"	31
Figura 8. Atuação de grupo infantil.....	31
Figura 9. Exemplo de ficha de utente no Resiplus	33
Figura 10. Edição Julho-Agosto do boletim "El Veterano"	33
Figura 11. Referência ao período prático da estagiária no "El Veterano"	34

Índice de Esquemas

Esquema 1. Metodologia de pesquisa e análise.....	56
---	----

Índice de Tabelas

Tabela 1. Traços de personalidade desenvolvidos por Cattell e respectivas características associadas a alto ou baixo nível de cada traço	48
Tabela 2. Principais Modelos de Personalidade, respetivos autores e dimensões.....	57
Tabela 4. Tabela resumo das características e comportamentos adotados pelo cuidador relacionados com maiores e menores níveis de sobrecarga experienciada e respetivos números dos estudos e escalas utilizadas na avaliação de cada dimensão.	66

Introdução

O aumento da esperança média de vida, a evolução dos cuidados de saúde e a diminuição da taxa de natalidade, geram na atualidade uma modificação de papéis na sociedade. O grande número de idosos e o aumento da taxa de patologias com incidência nestas faixas etárias levam à necessidade de um apoio crescente a este tipo de população. A diminuição das funções físicas e cognitivas no idoso refletem-se na perda de autonomia e independência, existindo a necessidade de alguém que o apoie e auxilie diariamente. Embora a institucionalização de idosos dependentes aconteça, muitos são os que continuam no seu lar, cuidados por familiares ou amigos – cuidadores informais.

A tarefa de cuidar informalmente, que pode ser desempenhada por várias pessoas simultaneamente, sempre inclui um cuidador principal, que assume o cuidado por um período de tempo maior, ainda que de forma não remunerada.

Muitas das pessoas que assumem o papel de cuidador entendem-no como uma tarefa difícil de levar a cabo pela trabalhosa conjugação com fontes remuneratórias ou com atividades sociais e de lazer, havendo evidências de que a assunção deste papel, a longo prazo, se reflete em estados de depressão, frustração e ansiedade, ou seja, a tarefa de cuidar acarreta problemas físicos, psicológicos, sociais, emocionais e financeiros – sobrecarga do cuidador.

O grau de dependência da pessoa cuidada é considerado um dos fatores mais implicados na modelação da sobrecarga sentida, no entanto, existem características do próprio cuidador que podem explicar a variabilidade dos níveis de sobrecarga de cuidador para cuidador.

A personalidade, a utilização de estratégias de *coping* centradas nas emoções e o treino de estratégias de regulação emocional mostraram, em diversos estudos, estar relacionadas com as dimensões da sobrecarga, revelando que as características do cuidador e os seus aspetos independentes da tarefa de cuidar ou da díade cuidador-recetor de cuidados também têm impacto nos níveis de sobrecarga sentidos.

Desta forma, esta revisão sistemática pretende identificar as características do cuidador informal da pessoa com demência que se associam a maiores e menores níveis de sobrecarga.

O presente trabalho está dividido em três partes: numa primeira parte é incluída a contextualização do período prático em estágio Erasmus +, realizado na Universidade da Coruña, abordando todas as experiências práticas, conhecimentos adquiridos e

atividades desenvolvidas, bem como a reflexão crítica acerca desse percurso. Numa segunda parte é realizada uma fundamentação teórica abordando os temas do envelhecimento, cuidado informal, sobrecarga do cuidador e características que podem relacionar-se com estados de sobrecarga nos cuidadores. Na terceira parte são apresentados os resultados principais do estudo de revisão sistemática de literatura.

Parte I – Relatório de Estágio

1. Contextualização do Estágio

No âmbito da Unidade curricular Estágio/Trabalho de Projeto, que se integra no 2º ano do Curso de Mestrado em Cuidados Continuados, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, é proposta a realização de um relatório de toda a parte prática desenvolvida pelo estagiário.

Desta forma, esta extensão do relatório descreve de forma reflexiva e objetiva a instituição na qual foi desenvolvido o estágio, bem como as atividades que a estagiária observou e realizou na instituição de acolhimento, em contexto de Erasmus+, na Universidade da Coruña, Espanha.

Os objetivos propostos a atingir no período prático foram os seguintes:

- Aumentar a experiência a nível linguístico, cultural e profissional;
- Aprofundar conhecimentos obtidos em formação de 1º ciclo;
- Aplicar conhecimentos e desenvolver a capacidade de compreensão e resolução de problemas em novas situações e em contextos multidisciplinares;
- Desenvolver a capacidade de integrar conhecimentos da área de formação com áreas complementares de atuação, entre diferentes especialidades;
- Aprofundar conhecimentos ao nível da avaliação funcional e multidimensional no idoso;
- Aumentar a experiência na utilização de uma comunicação verbal e não-verbal adequada e proxémica;
- Desenvolver conhecimentos e experiência na intervenção com idosos portadores de transtornos neurocognitivos;
- Aumentar conhecimentos ao nível das terapêuticas farmacológicas e não-farmacológicas mais utilizadas em contexto gerontológico;
- Perceber a dinâmica de funcionamento e organização das equipas multidisciplinares;
- Desenvolver aptidões na área de relação equipa – família – utente;
- Aprofundar conhecimentos ao nível científico na área gerontológica;
- Adquirir competências no sentido de realizar um trabalho de investigação científico.

A Universidade de A Coruña (UDC), criada pela Ley 11/1989 de 20 de julho, de Ordenação do Sistema Universitário da Galiza, tem como finalidade essencial a criação, gestão e difusão da cultura e do conhecimento científico, tecnológico e profissional, através do desenvolvimento de investigação e da docência. De entre os grupos de investigação da UDC, a estagiária integrou o Grupo de Investigação em Gerontologia (GIG), cujas linhas orientadoras de trabalho são a aplicação das tecnologias de informação e comunicação (TIC) no idoso, patologias neurodegenerativas, características sociodemográficas e de saúde da população envelhecida, deficiência intelectual e envelhecimento, dependência e pessoas idosas, estimulação multissensorial (sala Snoezelen®), posturografia dinâmica computadorizada (equilíbrio e marcha), envelhecimento ativo e cuidadores de pessoas idosas.

O GIG conta com profissionais formados e especializados na abordagem aos processos de envelhecimento, das diferentes áreas da geriatria e gerontologia, atuando nos campos da medicina, terapia ocupacional, fisioterapia, psicologia, terapia da fala, enfermagem, serviço social, entre outros.

A atuação deste grupo na prestação de cuidados desenvolve-se através do Complejo Gerontológico La Milagrosa, instituição na qual a estagiária desenvolveu o seu período de estágio prático. Após uma primeira semana de integração no gabinete do GIG, onde a estagiária explorou os projetos desenvolvidos pelo grupo e toda a produção científica publicada pelo mesmo, foi-lhe proposto um plano de incorporação nos diversos departamentos de trabalho do Complejo Gerontológico La Milagrosa, onde pudesse observar, auxiliar e intervir no trabalho levado a cabo por cada profissional orientador.

1.1. A Instituição

O Complejo Gerontológico La Milagrosa é uma instituição especializada na atenção ao idoso, fazendo intervenção ao nível físico e cognitivo na demência, pós-avc, doença de parkinson, entre outras condições características do processo de envelhecimento.

De carácter privado, a instituição formou-se a partir de uma projeto iniciado pela Asociación Provincial de Pensionistas y Jubilados de A Coruña (UDP).

La Milagrosa apresenta duas valências: Residência e Centro de Dia. Para cada uma existem 64 e 70 vagas, respetivamente. Em ambas existe um atendimento especializado por parte dos profissionais: ajuda nas atividades de vida diária, atividades terapêuticas e intervenção personalizada. Da mesma forma que as duas depõem de espaços adaptados à condição de cada usuário: mobiliário adequado, casas de banho adaptadas, corredores com barras de apoio, entre outros. As visitas, em residência, podem acontecer na sala própria para o efeito, ou no jardim da instituição, onde as famílias podem usufruir do espaço ao ar livre.

1.2. Distribuição dos Usuários

Na instituição existem dois grupos de usuários, um em Centro de Dia (C) e outro em Residência (R). Nas duas valências, aquando do ingresso, é realizada uma avaliação pelo departamento de Terapia Ocupacional e Psicologia, utilizando a escala de Barthel e o Mini Mental State Examination (MMSE), permitindo determinar o grau de dependência e o estado cognitivo do usuário, ditando a tarifa a implementar e a que grupo de terapias irá pertencer, respetivamente.

Existem no total cinco grupos de terapias, dois em Centro de Dia e três em Residência, são eles: AC, BC e AR, BR, CR, respetivamente, sendo que os grupos A apresentam níveis de deterioro funcional e cognitivo leves e os C apresentam níveis severos. Esta classificação permite aos usuários participarem de grupos mais homogêneos, tornando mais efetivas as terapias, que são dirigidas às características de cada grupo. Noutro sentido, quando se realizam atividades de Animação/Ócio com visitas de grupos externos à instituição, é possível juntar os elementos dos vários grupos num só espaço, possibilitando-lhes o aproveitamento da atividade em conjunto.

1.3. Período prático e atividades desenvolvidas

A estagiária iniciou o período prático na instituição integrando o departamento de Terapia Ocupacional, sendo que no primeiro dia conheceu as instalações e foi apresentada aos restantes profissionais. Neste departamento, acompanhou as sessões grupais dirigidas pela Terapeuta Ocupacional, sempre iniciadas com atividades de orientação espacial e temporal (relembrando dia, mês e ano, estação do ano, local da atividade, cidade, país). Os restantes momentos da sessão prendiam-se com a realização de atividades de treino funcional, estimulando conceitos como frente/trás, perto/longe, cima/baixo e ajudando os usuários a compreender as noções de duração, ordem, ritmo, entre outras. Para o efeito, utilizavam-se diversos materiais e jogos (tiro ao alvo, bowling, passar, encestar e pontapear bolas, construções com peças de vários tamanhos, etc.). Uma vez por semana realizava-se a leitura do jornal e aberta discussão sobre as notícias semanais. Neste departamento incorporavam-se também atividades de *laborterapia* (horticultura terapêutica), nas quais os usuários saíam para o jardim, trabalhavam a terra e faziam plantações, trabalhando as perceções olfativas, gustativas, táteis, etc.. Em todas as atividades planificadas e organizadas visavam-se trabalhar os aspetos cognitivos, físicos e emocionais e formavam-se dinâmicas ativas e participativas, mantendo o nível de socialização dos idosos.



Figura 2. Sessão de *Laborterapia*

Duas a três vezes por semana, eram feitas (re)avaliações com a escala de Barthel, nas quais, terapeuta e estagiárias, observavam o estado das componentes funcionais do usuário para apresentação em sessão clínica.

Ao nível da intervenção individualizada, tanto a Terapeuta Ocupacional, como Terapeuta da Fala e Psicólogas da instituição realizavam sessões de estimulação multissensorial, recorrendo a uma Sala Snoezelen®, utilizada para estimular os sentidos primários, sem a necessidade de atividade intelectual ou física, adequando-se a pessoas com um grande deterioro global. Os mesmos profissionais recorriam, também de forma individualizada, à Telegerontologia®, um recurso de apoio gerontológico, utilizando as novas tecnologias para o treino cognitivo.



Figura 3. Fibras óticas de estimulação sensorial



Figura 4. Colunas de água (Sala Snoezelen)



Figura 5. Exemplo de exercício em Telegerontologia

Passadas três semanas, a estagiária integrou o departamento de Fisioterapia, onde participou ativamente nas sessões e desenvolveu atividades de psicomotricidade em interface com as técnicas realizadas pelo fisioterapeuta. A estagiária executou avaliações em conjunto com o fisioterapeuta que examinaram a marcha e equilíbrio (escalas de Tinetti), capacidade muscular (escala da Daniels e Lovett) e estado do tónus (escala de Ashworth) dos usuários. De entre muitas técnicas utilizadas pelo fisioterapeuta, a estagiária teve a oportunidade de observar, em sessões individualizadas, dirigidas à patologia de cada usuário, exercícios de fisioterapia respiratória, treino de marcha, treino de musculatura de tronco em pacientes semi-

imobilizados, mobilizações passivas, técnicas de punção seca, estimulação muscular elétrica, tratamento de ultrassom terapêutico, utilização do standing frame em lesões medulares, tratamento com bolsas térmicas, utilização de materiais de apoio, entre outras. Nas sessões grupais, os principais objetivos consistiam em conservar a mobilidade ao nível articular, alongar e trabalhar a musculatura global, trabalhar coordenação e postura e melhorar a capacidade respiratória. Para tal, as sessões iniciavam-se sempre com um aquecimento muscular e articular, seguindo-se atividades sobretudo de flexibilidade, coordenação, lateralidade e psicomotricidade, utilizando os mais diversificados tipos de materiais (bolas, arcos, bandas elásticas, copos, colheres, entre outros). Para finalizar a sessão, introduziam-se atividades de regresso à calma, como exercícios de respiração e relaxamento.

O fisioterapeuta era também responsável pela gestão e atualização do programa de avaliação do risco de quedas, no qual realizava uma avaliação com as escalas de Tinetti e a partir da observação e acompanhamento dos usuários, planificava o tipo de ajuda técnica para cada um (cadeirões geriátricos, andarilhos, bastões, entre outros), bem como o plano de deambulação, especificando o número de vezes que o usuário deveria caminhar por dia e com que ajuda técnica, levado a cabo com a supervisão das auxiliares de ação médica. Este programa permitia aos idosos a manutenção da capacidade de caminhar, melhorar os parâmetros de marcha e equilíbrio, fomentar a independência funcional e prevenir as consequências da imobilidade.

A estagiária contribuiu de forma ativa nas sessões desenvolvidas no departamento, incluindo técnicas e atividades de psicomotricidade na reeducação do equilíbrio estático e dinâmico, da marcha e da postura; coordenação e trabalho do esquema corporal.

Dentro do departamento de Psicologia, as duas psicólogas dividiam-se no que respeitava às avaliações pré e pós ingresso dos usuários, uma delas realizava as avaliações em Centro de Dia e a outra realizava as de Residência.

Além das avaliações do estado cognitivo, afetivo e comportamental (utilizando testes como o Mini-Mental State Examination, teste de Pfeiffer, escala de Cornell, Neuropsychiatric Inventory Nursing Home, entre outras), as duas dirigiam também sessões de grupo, as quais se iniciavam sempre com exercícios de orientação espacial e temporal, prosseguindo com distintas atividades planeadas previamente para cada grupo

e dia da semana, de entre elas podemos destacar a leitura do jornal semanal, reconhecimento de monumentos espanhóis, reconhecimento de locais da cidade através de fotografias, reconhecimento de músicas e artistas (uma das atividades mais apreciadas pelos usuários), entre outras atividades essencialmente com o objetivo de ativar a memória pessoal e autobiográfica, favorecendo a permanência de recordações longínquas, otimizar os níveis de concentração e atenção, trabalhar as memórias recentes, mediante estímulos visuais ou verbais, minimizar o stress e a apatia e prevenir possíveis transtornos comportamentais. Nas tardes de terça-feira havia lugar para o *taller de memória*, no qual participavam membros da Asociación Provincial de Pensionistas y Jubilados de A Coruña (UDP), desenvolvido para criar dinâmicas nas quais o grupo pode melhorar as suas faculdades mentais por meio da psicoestimulação, melhorar a autoestima, fomentar a socialização e evitar a solidão.



Figura 6. Nota explicativa do *taller de memória* publicada no "El Veterano" de maio de 2017

A Terapeuta da Fala, ao nível de avaliação e intervenção, ocupava-se essencialmente dos transtornos de linguagem, fala, voz, audição e deglutição. Nas avaliações de linguagem, fala e voz, utilizava o Teste Abreviado de Boston, Teste de Fluência Verbal e o Token Test, enquanto na avaliação da audição recorria-se à Audiometria tonal e Otoscopia. A terapeuta intervinha nos casos de disfagia, realizando modificações na dieta e correções posturais, planificando também a distribuição dos usuários nos espaços de refeição, em função da dieta, socialização e acessibilidade aos espaços. Na supervisão e manutenção das próteses auditivas, a terapeuta assegurava-se do uso correto das mesmas, reposição de pilhas e instrução às auxiliares na sua colocação.



Figura 7. Exemplo de cabine de Audiometria (imagem retirada de <http://kahntactusa.com/Products/864-iac-254-mini-maxx-audiometricsound-booth.aspx>, a 15 de março de 2018)

Tal como em outros departamentos, também em grupo a terapeuta iniciava a sessão trabalhando as noções temporais e espaciais, seguindo-se a estimulação da fluidez verbal, do acesso ao léxico, a compreensão verbal, estimulação da comunicação e animação para a leitura e escrita com o objetivo de manutenção das capacidades nestes campos. Para tal, a terapeuta realizava exercícios utilizando o dicionário, jogos de palavras, musicoterapia, entre outras atividades. De forma individualizada, a terapeuta da fala realizava também sessões de estimulação multissensorial na sala de Snoezelen®, com usuários com um grande deterioro global.

A Assistente Social da Milagrosa desenvolvia um trabalho de coordenação e informação entre todos os departamentos da instituição, sendo que de todos os técnicos, era aquele que impreterivelmente estava em constante ligação com os familiares dos usuários. A estagiária presenciou algumas articulações e reuniões cujos temas se prenderam com altas e baixas em Residência ou Centro de Dia, prestar informações sobre as condições de admissão no centro, cotas implementadas e modificação das mesmas, funcionamento da instituição, coordenação com outras entidades (Centros de Saúde, Farmácias, Departamentos de Segurança Social nos Hospitais, etc.), controlo das vagas e ocupação das mesmas, entre outras.

O departamento de Animação Sociocultural ocupava-se essencialmente de desenvolver uma intervenção a nível psicossocial, motivando e estimulando os idosos a

participarem e desenvolverem as componentes sociais e culturais do grupo. Com o principal objetivo de melhorar a qualidade de vida dos usuários, as sessões de animação sociocultural pretendiam facilitar a comunicação e a convivência entre membros da instituição e a realização de atividades culturais, sociais, educativas e recreativas. Este departamento coordenava-se com os restantes para desenhar e implementar atividades envolvendo toda a instituição. A estagiária teve a oportunidade de participar na organização de duas atividades distintas, sendo elas a visita e atuação de uma Tuna e de um grupo de jovens tocando instrumentos e cantando canções galegas. A animadora desenvolvia as suas sessões no período da tarde sendo os grandes grupos de atividades os seguintes: grupos de conversa, atividades artístico-manuais, *ergoterapia*, atividades de música e baile, atividades de multimédia e atividades lúdicas e recreativas. Também eram realizadas atividades relacionadas com celebrações e festas importantes como o Carnaval, São Valentim, Natal, Ano Novo, entre outras.



Figura 8. Atuação do grupo "Quarentuna"



Figura 9. Atuação de grupo infantil

O último departamento de rotação da estagiária foi o de Medicina e Enfermagem, responsável pela revisão de tratamento mediante diagnóstico e antecedentes médico-cirúrgicos e acompanhamento das constantes vitais, estado nutricional e estado da pele de cada usuário. Neste departamento, o médico responsabilizavam-se pelas revisões médicas no internamento, altas, transferências para outras residências, falecimentos e reavaliações periódicas dos residentes. As enfermeiras prestavam os cuidados diários, incluindo aplicação de pomadas, inaladores, colírios, pensos transdérmicos, injetáveis e curas, segundo instruções médicas; faziam a visita diária com o médico responsável e o registo diário das incidências sucedidas (quedas, feridas, agitação, instabilidade de marcha, insónias...); preparavam e administravam a medicação de cada doente; mediam as constantes vitais, peso e extração de sangue para análise; efetuavam pedidos de material em falta; coordenavam com a farmácia para revisão das medicações; coordenavam com o pessoal da cozinha prestando informação sobre dietas, sestras e mudanças posturais. De forma geral, o departamento de enfermagem atuava nas áreas da alimentação e nutrição, reeducação da micção, mobilização e prevenção de úlceras de pressão, medidas de contenção, absorventes e apoios na higienização, transferências do cadeirão geriátrico, mudanças de textura na dieta e revisão das dentaduras.

1.4. Gerocare

O Gerocare é um sistema utilizado no complexo La Milagrosa, que se baseia em imagens e contém a informação de cada residente de forma a facilitar o trabalho dos auxiliares de ação médica. Contém informação sobre as medidas de suporte ou apoio de que precisam, colchões anti-escaras, próteses visuais, produtos de apoio no banho, produtos de apoio para a incontinência, capacidade de vestir-se, entre outras. Este sistema de informação visual não só facilita o trabalho do auxiliar, como torna mais cómodo e seguro o ambiente para o residente.

1.5. Sessão Clínica e ResiPlus

Para além das reuniões interdisciplinares semanais (sessões clínicas), com o objetivo de seguir casos e solucionar problemas, os profissionais dispõem também de

um programa de registo informático (Resiplus) no qual cada departamento atualiza regularmente os dados de cada usuário.

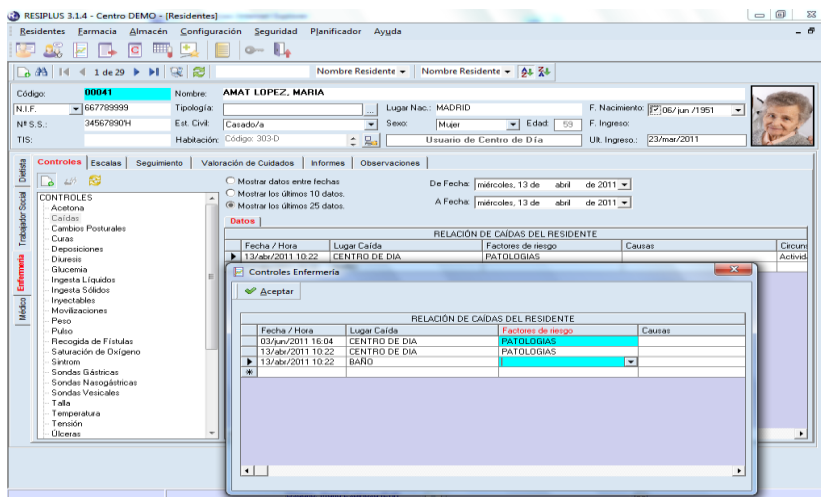


Figura 10. Exemplo de ficha de utente no Resiplus (imagem retirada de <https://formacion.seniorsresidencias.es/>, a 20 de março de 2018)

1.6. El Veterano

O GIG, em colaboração com o Complejo Gerontológico La Milagrosa, elabora mensalmente um boletim informativo, editado pela UDP e difundido pelos usuários, residentes, familiares e profissionais que contempla atividades desenvolvidas na instituição, aniversário de usuários, projetos desenvolvidos, comemoração de datas festivas, entre outros. A estagiária teve a oportunidade de participar da edição de junho/17, explicando num pequeno texto o conceito e importância do uso da intervenção psicomotora nas pessoas idosas.



Complejo Gerontológico
La Milagrosa
Asociación Provincial de Pensionistas y Jubilados de A Coruña (UDP)

Edición especial
VERANO

EL VETERANO

Dirección: Mónica Montero - **Maquetación:** Diana Alvaríño
Cte. Redacción: Mónica Montero, Aránzazu Balo, Pilar Marante y Rocío Bacelo

Nº7-8/2017
JULIO-AGOSTO

BIENVENID@S

En el mes junio le damos la bienvenida:
Al **Centro de Día:**
- Concepción González López
Y en la **Residencia:**
- María Luisa Gestal Gómez
- Matilde Mantiñán Ramos

VISITA INVESTIGADORES BRAGANÇA

El 21 de junio varios investigadores del **Instituto Politécnico de Bragança** visitaron La Milagrosa para conocer las instalaciones del centro, así como los diferentes proyectos que se desarrollan desde el mismo.
El Director del Complejo, el Prof.Dr. José Carlos Millán, la Dra. Isabel González- Abraldes y la alumna Erasmus Jessica Torrao se reunieron con M^{rs} Helena Pimentel, Leonel Preto y M^{rs} José Alves para desarrollar un nuevo proyecto conjunto sobre cuidadores de personas con demencia.

Figura 11. Edição Julho-Agosto do boletim "El Veterano"

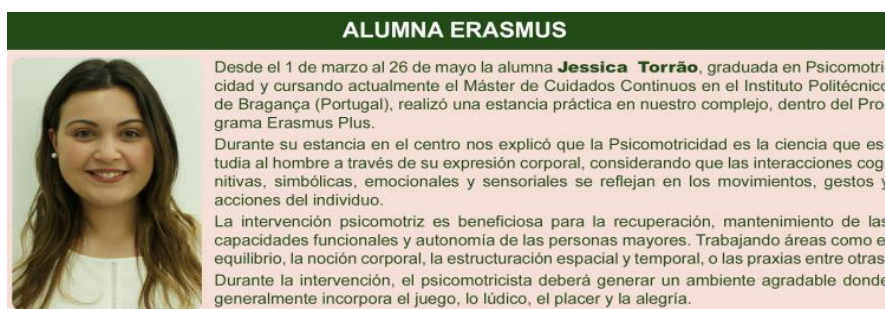


Figura 12. Referência ao período prático da estagiária na edição de junho do boletim "El Veterano"

2. Análise Crítica e Considerações Finais

O período de experiência prática nesta residência gerontológica permitiu à estagiária o desenvolvimento de várias competências tanto a nível pessoal como profissional. O desafio de conhecer pessoas novas e uma nova cidade, permitiram o alargar de horizontes e conhecimentos a nível cultural.

A nível profissional, uma vez que o Psicomotricista não existe como profissão em Espanha, a estagiária integrou os conhecimentos oriundos dos vários departamentos pelos quais passou para aprimorar as competências anteriormente adquiridas e ter contacto com novas terapias ainda não experimentadas, como a sala de Snoezelen ou terapia pela horticultura, terapias não farmacológicas eficazes neste tipo de população, que podem ser orientadas por diversos grupos de profissionais. A oportunidade de contacto com todos os departamentos permitiu à estagiária aumentar o conhecimento em cada área e saber identificar os limites nas áreas de atuação de uns campos para outros, até mesmo em relação à atuação do Psicomotricista. Foram desenvolvidas competências ao nível da avaliação multidimensional no idoso, bem como na utilização de uma comunicação verbal e não-verbal adequada e proxémica.

Uma das áreas em que mais aptidões foram desenvolvidas foi no trabalho e organização de equipas. A instituição contava com uma divisão perfeita de tarefas entre todos os profissionais e com uma comunicação eficaz entre os mesmos, o que facilitava em muito o trabalho com os usuários. As reuniões semanais com a discussão de casos, colocavam em cima da mesa as melhores opções e sugestões de cada técnico para lidar

com as dificuldades de atuação, o que facilitava a resolução de problemas em novas situações que surgissem durante a semana.

A relação entre estagiária e profissionais, bem como com os usuários e seus familiares foi excelente, gerando relações empáticas e de ajuda durante todo o período prático. A nível pessoal, profissional e académico, este período prático apenas contribuiu de forma positiva na aquisição de conhecimentos e competências, tendo sido atingidos todos os objetivos inicialmente propostos.

Parte II – Enquadramento Teórico

1. Envelhecimento

A evolução da ciência, a melhoria das condições socioeconómicas, entre outros factores permitiram ao ser humano o aumento da sua longevidade. Portugal, como reflexo das alterações que têm vindo a experienciar os países industrializados, tem sofrido uma abrupta alteração a nível demográfico, resultando num desequilíbrio geracional, com o aumento da esperança média de vida e a diminuição da natalidade.

O Instituto Nacional de Estatística (INE) (2017) prevê que, entre 2015 e 2080, o número de jovens diminuirá de 1,2 para 0,9 milhões e o número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões. Face ao decréscimo da população jovem e aumento da população idosa, o índice de envelhecimento tenderá a mais que duplicar, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens em 2080.

O envelhecimento como processo, pode ser definido como uma etapa que faz parte da vida, tal como as fases de infância, adolescência e maturidade, que se caracteriza por mudanças específicas a nível biopsicossocial associadas à passagem do tempo. Estas alterações não são as mesmas em todos os indivíduos, sendo que existem influências genéticas e ambientais em todo o processo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2015) reforça que estas alterações não são lineares ou consistentes e que podem estar associadas apenas vagamente à idade de uma pessoa em anos. Acrescenta ainda que, a nível biológico, o envelhecimento se associa a diversos danos moleculares e celulares, que com o tempo levam a perdas graduais em reservas fisiológicas, aumentando o risco de contrair doenças e declínios gerais na capacidade intrínseca do sujeito, podendo resultar, em última instância, no falecimento.

Segundo Schneider e Irigaray (2008), na maioria das vezes, a pessoa é definida como idosa quando ultrapassa os 60 anos, independentemente do seu estado social, psicológico ou biológico, catalogando-se a pessoa pela idade cronológica e não considerando as suas dimensões biopsicossociais. Já Lima (2010) entende que o processo de envelhecimentos se inicia aos 40 anos, idade a partir da qual se inicia a deterioração das funções intelectuais e físicas. A autora vê o envelhecimento como primário, relacionado com a longevidade celular, que se encontra pré-programada; secundário, associado a doença, agressão ambiental ou traumatismos e terciário, caracterizando-se pela fase terminal da funcionalidade, na qual ocorrem mudanças relativamente rápidas a nível funcional e cognitivo.

Apesar de muitos autores utilizarem diferentes formas de classificar o envelhecimento e de definir pessoa idosa, é imperial considerar que o envelhecimento não é algo determinado apenas pela idade cronológica, mas sim consequência das experiências passadas, da forma como o indivíduo vive a própria vida no presente e das expectativas em relação ao futuro, ou seja, é uma assimilação entre vivências pessoais e o contexto social e cultural em determinada época, na qual estão envolvidos diversos aspectos: cronológico, biológico, psicológico e social (Schneider & Iringay, 2008).

1.2. As Demências

O processo de senescência comporta mudanças a nível neuropsicológico, especialmente ao nível dos défices cognitivos, alterações da memória, velocidade de raciocínio, sono, episódios de confusão, distúrbios psicológicos e alterações nas atividades de vida diária, que se podem relacionar com sintomas depressivos e demenciais (Schlindwein-Zanini, 2010).

A nível morfológico existem alterações no cérebro do indivíduo idoso, sendo, em média, menor, tem menos peso, giros mais finos, sulcos profundos e abertos e menor espessura das regiões corticais. Há uma diminuição no número de neurónios e sinapses e salientam-se sintomas psicológicos e físicos como lapsos de memória, confusão, menor velocidade de raciocínio, dificuldade de locomoção, insónia noturna e sonolência diurna, bem como falta de equilíbrio (Lent 2001, citado em Schlindwein-Zanini, 2010).

Para Fonseca (2014), as alterações que ocorrem na velhice ao nível da atenção, memória, associação, sentimentos, emoções, percepção, criatividade e capacidade de adaptação, são individuais e distintas de indivíduo para indivíduo, sendo influenciadas por fatores genéticos ou hereditários, ambientais, vivências e hábitos, hábitos linguísticos, carácter e personalidade e aceitação da nova situação, sendo que a possível ocorrência de uma demência poderá acelerar a perda das capacidades intelectuais da pessoa.

Segundo a Academia Americana de Neurologia, o diagnóstico de comprometimento cognitivo leve (CCL) pode ser o ponto-chave para a distinção entre um processo de envelhecimento normal e um patológico, podendo resultar num diagnóstico de demência (Fonseca, 2014).

A demência vem, pelo DSM-V (2014), a ser denominada de transtorno neuro cognitivo (TNC), abrangendo o grupo de transtornos em que o déficit clínico primário incide na função cognitiva, e sendo estes adquiridos e não de desenvolvimento. Apenas transtornos cujas características centrais são o comprometimento das funções cognitivas fazem parte da categoria dos TNC.

Dependendo do tipo de investigação, podem classificar-se as demências em diferentes categorias, como degenerativas ou não degenerativas; rapidamente ou lentamente progressivas; corticais ou subcorticais; com início precoce (pré-senil – antes dos 65 anos de idade) ou tardio (a partir dos 65 anos) e reversíveis ou irreversíveis. Na maior parte dos casos, as demências têm uma progressão lenta e um início insidioso, sendo imprescindível estar atento aos sinais apresentados, de forma a poder fazer o diagnóstico o mais cedo possível, evitar erros e tratar precocemente o tipo de doença (Parmera e Nitrini, 2015).

As manifestações clínicas e os exames complementares são cruciais e obrigatórios para o diagnóstico de demência e identificação da causa, sendo que as mais frequentes são a Doença de Alzheimer (DA), Demência Vascular (DV), Demência de Corpos de Lewy (DCL) e a Demência Frontotemporal (DFT), as quais têm particularidades distintas:

Doença de Alzheimer: Demência mais presente e frequente em mais de 50% dos casos em indivíduos com 65 ou mais anos. Compromete o funcionamento da área do hipocampo e das áreas corticais associativas, preservando de forma relativa os córtices primários. O comprometimento destas áreas leva a alterações cognitivas e comportamentais, preservando o funcionamento motor e sensorial até às fases mais avançadas da demência. O declínio da memória, principalmente relativamente a acontecimentos recentes, e a desorientação espacial são os primeiros sintomas da DA. Estes sintomas vão-se instalando de forma progressiva, podendo existir períodos de alguma estabilidade. Com a evolução da doença vão aparecendo alterações na linguagem, especialmente a anomia (dificuldade em dizer o nome de um objeto), distúrbios no planeamento motor e nas habilidades visuo-espaciais (Kertesz e Mohs, 2001). Na faixa etária que antecede os 65 anos, os distúrbios na linguagem são a manifestação primordial do processo demencial, sendo que os sintomas psicóticos (delírios e alucinações) são mais comuns em doentes mais idosos. O diagnóstico da DA

baseia-se na observação do quadro clínico e exclusão de outras causas de demência por meio de exames complementares de neuroimagem. A atrofia da formação hipocampal e do córtex cerebral é revelada a partir da tomografia computadorizada e da ressonância magnética, critérios diagnósticos que predizem possível DA (Mc Khann et al., 1984). O exame anatomopatológico é o único possível de realizar o diagnóstico (Knopman et al., 2001).

Demência Vascular: Refere-se a quadros causados por doença cerebrovascular e quando há grandes lesões tromboembólicas (demência por múltiplos enfartes), mas inclui também os estados lacunares e as lesões em locais estratégicos (tálamo, núcleo caudado e giro angular esquerdo), angiopatia amilóide, demência associada a lesões extensas da substância branca e demência por acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos (Román et al., 1993). Em países ocidentais, é a segunda causa mais frequente de demência, sendo que entre os fatores de risco para a DV estão a idade, diabetes, hipertensão arterial, tabagismo, doenças cerebrais e cardiovasculares e presença elevada ou anormal de lípidos no sangue, entre outros (Gorelick, 1997). O fator primordial no diagnóstico é o estabelecimento da relação causal entre o comprometimento cerebrovascular e o quadro demencial, sendo acompanhado de uma avaliação neuropsicológica, apreciação da história clínica e exames de neuroimagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética, sendo que esta última permite uma melhor identificação de enfartes lacunares). Atualmente, nenhum dos critérios de avaliação e diagnóstico de DV é preciso na identificação de casos (Wetterling, Kanitz & Borgis, 1996). Alguns sintomas que diferenciam a presença de DV em relação à DA são o historial de acidente vascular cerebral (AVC) prévio, sintomas neurológicos focais (ataxia, hemiparesia, hemianopsia) ou alterações neuropsicológicas focais (afasia e heminegligências), com início abrupto e curso flutuante (André, 1998).

Demência por Corpos de Lewy: É a terceira causa mais frequente de demência realizada a partir de estudos em autópsias. O quadro de demência apresenta alucinações visuais bem detalhadas e vívidas, flutuação dos défices cognitivos em minutos ou horas e sintomas parkinsonianos do tipo rígido-cinéticos. São necessárias a presença de pelo menos dois dos sintomas descritos para o diagnóstico provável deste tipo de demência. Na DCL o declínio cognitivo é gradual e interfere com a funcionalidade do indivíduo, afetando a capacidade de resolução de problemas, as funções executivas e as AVD. Os

domínios mais comprometidos numa fase inicial da doença são a atenção, as habilidades visuo-espaciais e as funções executivas, preservando-se relativamente a memória, facto que permite o diagnóstico diferencial da DA (Mesulam, 2000). No entanto, com a progressão da doença, estas diferenças podem não estar tão acentuadas, o que dificulta a distinção de outras demências. Os doentes com DCL apresentam frequentemente episódios de quedas ou perdas momentâneas de consciência (síncope). Os sintomas de cariz parkinsoniano, nomeadamente rigidez e acinesia, geralmente reagem pobremente à levodopa (fármaco do grupo dos antiparkinsonianos) e os neurolépticos (usados para melhoria dos sintomas psicóticos) muitas vezes não surtem este efeito podendo agravar os sintomas de parkinsonismo (Carmelli & Barbosa, 2002).

Demências Frontotemporais: Caracterizada por apresentar um quadro com alterações de personalidade e de comportamento, bem como alterações da linguagem (estereotipias, ecolalia e redução da fluência verbal), apresenta um início insidioso e um carácter progressivo, sendo que as habilidades visuo-espaciais e a memória se encontram relativamente preservadas. A apatia, desinibição, isolamento social, irritabilidade, impulsividade, hiperoralidade e descuido da higiene pessoal são tipos de alterações de comportamento frequentes, tal como preocupações somáticas bizarras, estereotipias motoras e sintomas depressivos. Exames como o Mini Exame do Estado Mental (MMSE) ou testes neuropsicológicos de rastreio podem encontrar-se normais no início, alterando-se com a evolução da doença. Fazem parte deste grupo de demências a doença de Pick, degeneração dos lobos frontais e a demência associada à doença do neurónio motor (esclerose lateral amiotrófica), podendo também ser incluída a demência semântica. Os doentes com DFT apresentam reflexos primitivos como o de preensão palmar, de sucção e de projeção tónica dos lábios, sendo também frequentes sinais de perseverança motora e comportamentos de utilização, com exploração incontrolável de objetos no ambiente. Em relação ao que é observável, são evidentes alterações na afetividade e no comportamento social, que decorrem da atrofia cerebral frontal. No caso da demência semântica, existe um défice na memória semântica, uma vez que afeta principalmente os lobos temporais (sobretudo à esquerda) (Carmelli & Barbosa, 2002).

Para definir uma síndrome demencial é necessária a presença de um declínio cognitivo suficiente para que exista um prejuízo funcional do indivíduo em relação a um

nível prévio. Atualmente são exigidos comprometimentos em pelo menos dois domínios cognitivos, não necessariamente a memória, na maior parte dos critérios usados. É necessária uma investigação inicial extensa, sobretudo nos casos em que a demência ocorre antes dos 65 anos (pré-senil), quando as demências são potencialmente reversíveis ou em casos rapidamente progressivos (Carmelli & Barbosa, 2002).

Relativamente à prevalência dos casos de demência acima dos 60 anos, num estudo de Prince et al. (2013) verificou-se que esta varia entre 5 a 7%, sendo mais elevada nos países da América Latina e mais baixa na África Sub-sariana. Constatou-se que em 2010 terão existido cerca de 35,6 milhões de pessoas com demência em todo o mundo e projecta-se que este valor venha a duplicar a cada 20 anos, existindo 65,7 milhões de casos em 2030 e 115,4 milhões em 2050 (OMS, 2012).

1.1. Dependência no Idoso

A morbidade a que as pessoas se encontram expostas ao longo da vida, provoca alterações biológicas ao longo do processo de envelhecimento, caracterizando-se estas alterações pela diminuição das trocas energéticas no organismo e resultando numa diminuição da taxa metabólica. Ao longo do envelhecimento ocorre um declínio geral nas funções fisiológicas e bioquímicas na maioria dos sistemas, sendo um processo inevitável e que implica também modificações a nível somático e psicossocial (Catarino, 2015).

De acordo com Sequeira (2010), a nível do aspeto exterior, o envelhecimento é manifestado, por exemplo, pelo aparecimento de cabelos brancos, alterações do equilíbrio, lentidão de movimentos, diminuição da força muscular e da velocidade de reacção, acompanhando-se por alterações a nível emocional e comprometimentos a nível cognitivo. As alterações a nível interno do organismo, associadas aos órgãos vitais (coração, pulmões, rins, etc.) e do metabolismo basal (tónus muscular, circulação, etc.) implicam uma diminuição da capacidade funcional no indivíduo.

Embora exista uma melhoria progressiva nos cuidados de saúde, há uma tendência para a ocorrência de doenças crónicas e degenerativas que comprometem a independência da pessoa idosa. Estas condições representam a perda progressiva de autonomia, ou seja, da capacidade da pessoa gerir a própria vida, e têm um alto impacto

não só no próprio idoso, mas também na família. A dependência implica uma mudança e transição para uma nova situação de vida, podendo acontecer de forma antecipada e progressiva ou de forma não antecipada e abrupta.

Sequeira (2010) refere-se ao conceito de dependência como a incapacidade da pessoa para a satisfação das suas necessidades humanas básicas, necessitando da ajuda de terceiros para sobreviver.

A Recomendação da Comissão dos Ministros aos Estados-Membros relativa à Dependência (1998), define dependência como “um estado no qual se encontram as pessoas que, por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar as atividades de vida diária”.

Podemos diferenciar três tipos de atividades de vida diária (AVD), segundo Garcia (2010), nas quais a pessoa dependente pode ter comprometimentos, são elas:

1. Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD): Aquelas que permitem que o sujeito leve uma vida independente no próprio lar. O grupo é composto fundamentalmente por atividades de autocuidado, mobilidade dentro de casa e comunicação.
2. Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD): Atividades que implicam uma maior autonomia e interação que as ABVD. Incluem-se neste grupo as tarefas domésticas, de mobilidade e administração da casa.
3. Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD): Valorizam os aspetos de socialização e papéis familiares, bem como a participação em atividades de recreação ou ocupacionais. Revelam um elevado nível de funcionalidade física.

No âmbito da legislação em vigor em Portugal, consideram-se em situação de dependência

“os indivíduos que não possam praticar com autonomia os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, carecendo da assistência de outrem. Consideram-se atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida diária quotidiana, nomeadamente os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e cuidados de higiene”.

Segundo o mesmo decreto, estabelecem-se dois graus de dependência: 1º grau – “indivíduos que não possam praticar, com autonomia, os atos indispensáveis à

satisfação de necessidades básicas de vida quotidiana, designadamente atos relativos à alimentação ou locomoção ou cuidados de higiene pessoal”; 2º grau – “indivíduos que acumulem as situações de dependência que caracterizam o 1º grau e se encontrem acamados ou apresentem quadros de demência grave” (Decreto-Lei nº265/99).

Israel, Andrade e Teixeira (2011) e Millán-Calenti et al., (2012) fazem a distinção entre aquilo que é a dependência física e a dependência cognitiva, respetivamente. A primeira caracteriza-se pela restrição de movimentos que podem resultar em necessidade de ajuda para comer, higienizar-se e deslocar-se, enquanto a segunda compreende um quadro de demência crónico e degenerativo, no qual o idoso não consegue lembrar-se de informações importantes, comunicar-se adequadamente ou realizar tarefas baseadas no raciocínio. Devido ao comprometimento da memória, com o tempo, o idoso com demência deixa de se recordar de como realizar as tarefas diárias, acarretando também dificuldades de natureza física (Millán-Calenti, 2012).

2. O Cuidar e o Cuidado Informal

Apesar de uma grande percentagem dos idosos com demência serem institucionalizados, uma parte desta população tem o privilégio de permanecer nos seus domicílios, ao cuidado de familiares, amigos, vizinhos, ou outros que assumam o importante papel de cuidador informal.

Cuidar apresenta-se então como um conceito complexo, implicando uma conjugação das vertentes relacional, ética, afetiva, sociocultural, terapêutica e técnica (Ricarte, 2009).

O cuidado representa atenção, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Significa perceber a pessoa como ela é, perceber as suas formas de comunicação, as suas dores e limitações. Desta forma, à medida que vai cuidando, o cuidador tem condições para o fazer de forma individualizada, a partir de ideias próprias, de conhecimentos adquiridos por experiência e atendendo às necessidades particulares da pessoa que é cuidada, representando um desafio exigente, tanto a nível pessoal e familiar, mas também social, laboral e financeiro (Saraiva, 2011).

Cuidador informal é habitualmente um familiar ou alguém próximo da pessoa cuidada, normalmente tem uma ligação à história familiar e pessoal, baseada em contextos sociais e culturais (Oliveira, 2009).

Ricarte (2009) define cuidador informal principal como alguém geralmente identificado ou percebido, face a diversos serviços, como o responsável e acompanhante frequente do dependente, com grande proximidade relacional ao mesmo, também reconhecido e percebido pelo próprio dependente como quem está mais presente, que o acompanha e presta nos cuidados diretos.

Santos (2006) destaca seis situações que fundamentam a assunção do papel de cuidador, são elas:

- Relação

A família representa a generalidade dos indivíduos que cuidam, preservando a sua privacidade, nos aspetos afetivos e emocionais, destacando três subcategorias: Afeto pela pessoa cuidada, reciprocidade (pessoa dependente apoiou anteriormente o cuidador, cuidador receia necessitar de ser cuidado) e sentimento de dever/obrigação.

- Respeito pela vontade do idoso dependente

- Ausência de outra resposta

- Agravamento do estado de saúde do idoso

- Inexistência de apoio informal

Desadequação do apoio dado face às necessidades sentidas

Indisponibilidade económica do cuidador em aceder ao apoio

- Justificação de resolução de conflito conjugal.

O cuidador informal responsabiliza-se essencialmente por vigiar a saúde do doente, promover a autonomia e independência do mesmo, desenvolver um ambiente seguro, promover o envolvimento familiar, supervisionar as atividades da pessoa, estimular a manutenção de uma ocupação, ajudar a pessoa nas atividades de vida diária e fornecer apoio emocional e financeiro à mesma (Sequeira, 2010; OMS, 2012).

Imaginário (2008) considera que ser cuidador implica acompanhar e ajudar o idoso em aspetos de dois tipos de específicos, cuidados instrumentais e expressivos. Os primeiros podem ser de ordem física (alimentação, vestuário, higiene, eliminação e mobilização), técnica (terapêuticos, curativos, preventivos) e prática (gestão de finanças, vigilância, acompanhamento a consultas, medicação e gestão do lar). Os segundos relacionam-se com a área afetiva (conforto, carinho, satisfação de necessidades e companheirismo) e com a área relacional (estimulação social e convívio,

distração e comunicação) O nível de apoio nestas tarefas supracitadas depende do grau de dependência ou comprometimento da pessoa recetora de cuidados.

2.1. A Sobrecarga no Cuidador Informal

A assunção do papel de cuidador acarreta consequências negativas afetando as suas dimensões físicas, psíquicas e sociais. Apesar de alguns cuidadores conseguirem identificar aspetos positivos no seu papel (Aperta, 2015), muitas vezes, o cuidar de forma contínua e sem apoio, resulta num conjunto de problemas físicos, psicológicos, sociais, emocionais e financeiros, denominando-se este estado como sobrecarga do cuidador. O isolamento social e o *stress* crónico que advêm do cuidar, incrementam o risco de patologias físicas e mentais, como a depressão e a ansiedade. Estudos de Peeters et al., (2010) na Holanda demonstraram que 20% dos cuidadores de pessoas com demência apresentam altos níveis de sobrecarga, o que os coloca em risco de sofrer outros problemas de saúde. Ainda 58% destes cuidadores encontravam-se em risco de apresentar sofrimento emocional como consequência do cuidado.

Grande parte dos cuidadores familiares informais refere que a condição do seu familiar gera grande carga económica, efeitos nas atividades do lar e problemas de isolamento social, impossibilitando-os de realizar atividades prazerosas e de desfrutar do tempo livre (Galvis e Córdoba, 2016).

A sobrecarga é um conceito que tem vindo a ser estudado há várias décadas fazendo-se a distinção entre aquilo que é a sobrecarga objetiva e subjetiva, ou seja, aquela que é observável, relacionada com horas de cuidado e apoio recebido ou aquela que é percebida pelo cuidador como impacto no seu bem-estar físico e psicológico (Zarit et al., 1986). Com o objectivo de estudar a sobrecarga sentida pelos cuidadores, Zarit & Zarit desenvolveram o *Zarit Burden Interview*, provavelmente o instrumento mais utilizado nos estudos da sobrecarga em cuidadores.

Os aspetos mais frequentemente referidos na literatura relacionados à sobrecarga do cuidador incluem a diminuição das funções cognitivas, a falta de autonomia e a necessidade de apoio na realização das atividades de vida diária, no entanto, o fator que parece ter mais impacto na sobrecarga do cuidador são os sintomas neuropsiquiátricos que acompanham a demência, como a depressão, agitação ou a apatia (Lee et al., 2014).

É essencial existir uma percepção das necessidades dos cuidadores, no sentido de intervir nas áreas onde maiores dificuldades são sentidas. Nesta linha, uma revisão da literatura a nível europeu, realizada por Sousa et al. (2017), permitiu identificar as principais necessidades sentidas pelos cuidadores. A nível nacional, podem definir-se três grandes categorias de necessidades relatadas pelos cuidadores de pessoas com demência, relacionadas com: a) o cuidador familiar; b) o exercício do papel de cuidador familiar e c) o contexto. Explorando cada uma delas:

- As primeiras prendem-se com a gestão interna de emoções, sentimentos, e expectativas do próprio cuidador, tendo em consideração as exigências do cuidar; o desenvolvimento de estratégias de coping e técnicas de resolução de conflitos e de tomada de decisão, bem como o desenvolvimento de estratégias para manter a saúde física e mental do próprio indivíduo;
- O segundo grupo de necessidades, relaciona-se com adquirir conhecimentos sobre: a demência; as alterações de comportamento e psicológicas da pessoa cuidada; a gestão da comunicação e as estratégias adaptativas para lidar com a pessoa doente no dia-a-dia (estratégias para realização das AVD, de estimulação cognitiva e gestão de regime terapêutico);
- As necessidades relacionadas com o contexto referem-se a: adaptar o ambiente às necessidades da pessoa com demência; conhecer os recursos de que dispõe a comunidade; gerir as relações sociais, familiares e laborais e procurar apoio de instituições formais.

São vários os modelos que descrevem a interação entre o cuidador e o recetor de cuidados como fatores determinantes na sobrecarga do cuidador, incluindo o impacto do comprometimento cognitivo, a necessidade de ajuda nas tarefas diárias e os problemas psicológicos e comportamentais do doente. No entanto, devem considerar-se as variáveis internas do cuidador, tais como os traços de personalidade ou outros aspetos externos à díade cuidador-recetor de cuidados.

3. Estratégias de Enfrentamento (*coping*) e Personalidade

O conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a situações adversas denomina-se de *coping*. Lazarus e Folkman constituem o grupo de investigadores que mais avanços e publicações geraram na matéria e conceptualizaram o

coping como um processo transaccional entre a pessoa e o ambiente, com ênfase no processo, bem como nos traços de personalidade. Lazarus (1993) define o processo de *coping* como um processo de consciência intelectual e de comportamento com o qual a pessoa consegue ajustar-se à doença e manter o seu funcionamento a nível social (citado em Kristensen, Schaefer & Busnello, 2010).

Seguindo uma perspectiva cognitivista, Folkman e Lazarus (1980) sugerem um modelo que separa o *coping* em dois grupos: *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção. Esta perspectiva explica o *coping* como o conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, que os indivíduos utilizam para lidar com as exigências que surgem em situações de *stress* e que sobrecarregam o sujeito ao ponto de exceder aqueles que são os seus recursos pessoais. O modelo dos autores envolve quatro conceitos essenciais, são eles:

- O *coping* é uma interação entre o sujeito e o ambiente;
- A função do *coping* é a gestão da situação que causa *stress*, e não o controlo da mesma;
- O processo de *coping* comporta a perceção, interpretação e representação cognitiva da situação pelo indivíduo;
- O processo de *coping* comporta uma mobilização de esforço, pela qual o indivíduo empreende esforços comportamentais e cognitivos na gestão das exigências da situação.

Embora os processos de *coping* tenham vindo a ser muito estudados nas últimas décadas, as dimensões utilizadas nos instrumentos avaliação, inclusive aqueles utilizados nos estudos da investigação empírica do presente trabalho, assentam em oito factores essenciais, desenvolvidos por Lazarus e Folkman (1984), são eles:

- Confronto (esforço agressivo de alteração da situação);
- Autocontrolo (esforço de regulação dos próprios sentimentos e ações);
- Suporte social (procura de suporte informativo, tangível e emocional);
- Aceitação da responsabilidade (reconhecimento da próprio papel na situação e tentativa de recompor o problema);
- Fuga (estratégia de escapar ou evitar o problema);

- Resolução de problemas (esforço focado no problema, buscando a alteração da situação);
- Reavaliação positiva (criação de significados positivos, podendo aportar a dimensão religiosa).

Alguns autores estudaram as convergências entre o *coping* e a personalidade, tendência que tem sido motivada pelo facto das condições situacionais não serem capazes de explicar a variação de estratégias utilizadas pelos indivíduos, bem como pelo grande interesse da comunidade pelo estudo dos traços de personalidade, particularmente o modelo dos Cinco Fatores (Connor & Flachsbart, 2007; Carver & O'Connor-Smith, 2010)

Várias são as definições do conceito de personalidade, no entanto, todas elas se referem à consistência dos comportamentos dos sujeitos, apresentando formas estáveis de pensar, sentir e atuar com as outras pessoas como as características psicológicas que definem a sua personalidade.

Ao longo da sua formação e desenvolvimento, a personalidade é uma dimensão que interage com numerosos factores ambientais, tais como a genética, a geografia, o clima, a cultura, a família, o ambiente social e os juízos de valor. É um fenómeno que afeta directamente as perceções e atitudes dos indivíduos em relação às situações (Tekin & Keskin, 2017).

A teoria de personalidade predominantemente associada aos estudos do *coping* é o Modelo dos Cinco Fatores (McCrae, 2009), sendo a que apresenta os traços mais estáveis e proeminentes da personalidade, sendo estes a Extroversão, Neuroticismo, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade. Outros traços têm vindo a ser investigados por potenciais relações com o *coping*, mas, geralmente, esses traços podem ser inseridos em alguma das categorias dos traços do Modelo dos Cinco Fatores (Matthews, Roberts & Zeidner, 2015).

A extroversão, uma das dimensões da personalidade do modelo, identifica indivíduos que são ambiciosos, competitivos, despendem de tempo em atividades sociais e gostam de viajar. O neuroticismo, descreve pessoas que são preocupadas, que se chateiam com facilidade, distraem-se com facilidade e correntemente experienciam frustração ou falta de confiança, sendo propensos a sentimentos de culpa e ao *stress*.

Indivíduos com traços de conscienciosidade têm maior facilidade em relação ao cumprimento de missões ou propósitos, são organizados, determinados, trabalhadores, pontuais, cuidadosos e autodisciplinados. A amabilidade é o traço de personalidade que se associa à honestidade, empatia, docilidade, humildade e sensibilidade. A abertura à experiência é o traço que se associa a indivíduos inteligentes, criativos, autênticos, com mente aberta e sensibilidade para a arte (Tekin & Keskin, 2017).

Cattell (1957; 1973), após anos de pesquisas focadas no descobrimento de elementos estruturais básicos da personalidade, encontrou 16 traços de personalidade, que agrupou em cinco categorias, os quais se apresentam na tabela seguinte, acompanhados das características associadas a um baixo ou elevado nível do traço (Cattell & Mead, 2008).

Tabela 1. Traços de personalidade desenvolvidos por Cattell e respectivas características associadas a alto ou baixo nível do traço (Cattell & Mead, 2008)

Caraterísticas associadas a baixo traço	Traço	Caraterísticas associadas a alto traço
Introverso, Inibido Socialmente	Introversão/Extroversão	Extroverso, Participativo Socialmente
Baixa ansiedade, imperturbável	Ansiedade/Neuroticismo	Alta ansiedade, perturbável
Receptivo, mente-aberta, intuitivo	Resistência Mental	Resistente mentalmente, determinado, não empático
Acomodado, amável, altruísta	Independência	Independente, persuasivo, teimoso
Livre, segue impulsos	Autocontrole	Controlado, inibe os impulsos

Tal como Cattell categorizou os 16 traços de personalidade em 5 dimensões, constituindo uma variante do Modelo dos Cinco Fatores, também Goldberg desenvolveu estudos sobre personalidade e chegou a cinco principais dimensões. Como forma de resumo, é em seguida exposta uma tabela que apresenta e relaciona as dimensões encontradas pelos três investigadores supracitados.

Tabela 2. Principais Modelos de Personalidade, respetivos autores e dimensões (Cattell & Mead, 2008)

Cattell	Costa & McCrae	Goldberg
Extroversão/Introversão	Extroversão	<i>Surgency</i>
Baixa Ansiedade/Alta Ansiedade	Neuroticismo	Estabilidade Emocional
Resistência mental/Recetividade	Abertura	Intelecto ou Cultura
Independência/Acomodação	Amabilidade	Amabilidade
Autocontrolo/falta de restrição	Conscienciosidade	Conscienciosidade/confiabilidade

4. Habilidades Sociais e Comportamentos Interpessoais

Segundo Caballo (1996, 2003), citados em Tavares, Couto e Silva (2012), um indivíduo é considerado socialmente habilidoso quando o seu comportamento é apropriado, ou seja, caracteriza-se por ações eficazes e não-danosas nas particularidades de cada situação. De forma geral, as habilidades sociais são o conjunto de comportamentos, expressos pelo padrão de relações sociais que o individuo possui, que se reflectem num desempenho social ajustado. A competência social, como capacidade do indivíduo se envolver em situações interpessoais de maneira a alcançar os objectivos da interacção, mantendo o equilíbrio de poder e as trocas positivas nas relações com outras pessoas, é o que permite avaliar as suas habilidades sociais. Esta avaliação é feita a partir da capacidade de interacção que produz efeitos pessoais e sociais desejados, no termo da satisfação das necessidades individuais. O conjunto das habilidades sociais de cada individuo vai reflectir-se directamente na qualidade das suas relações interpessoais, e, conseqüentemente, ter impacto na sua vida profissional, pessoal e social (Del Prette & Del Prette, 1999, 2001, citados em Tavares et al., 2012).

Kiesler (1983) elaborou um modelo para representar os diferentes tipos de relações interpessoais, o Círculo Interpessoal, baseado no modelo circumplexo. Uma característica distintiva deste modelo é que a matriz de correlações, entre um conjunto de variáveis, apresenta valores em que um grupo de correlações aumenta na mesma proporção que outro grupo diminui. Quando as variáveis são posicionadas num plano bidimensional, apresentam-se no formato de círculo. Esta ordem circular permite uma

representação geométrica de variáveis qualitativamente distintas numa sequência determinada por grau de correlação, sem lhes impor uma hierarquia (Fischer, 1996).

O Círculo Interpessoal de Kiesler é constituído por 16 posições interpessoais, que são diferentes misturas de Dominância-Submissão e de Amigabilidade-Hostilidade. As suas categorias são rotuladas pelas letras de A a P e distribuídas ao redor da circunferência em um sentido anti-horário (Kiesler, 1983). No sentido de avaliar os comportamentos interpessoais e as habilidades sociais dos indivíduos, foram desenvolvidas duas escalas: o *Inventário de Habilidades Sociais* (IHS) e a *Checklist de Relações Interpessoais* (CRI). A primeira segue o modelo proposto por Kiesler e foi construída no sentido de mapear o comportamento interpessoal dos indivíduos, apresentando 16 sub-escalas que pretendem avaliar: Dominância (A), Competição (B), Desconfiança (C), Frieza Afetiva (D), Hostilidade (E), Isolamento (F), Inibição (G), Insegurança (H), Submissão (I), Deferência (J), Confiança (K), Calor Afetivo (L), Amigabilidade (M), Sociabilidade (N), Exposição (O) e Segurança (P). A segunda pretende avaliar o repertório de habilidades sociais do indivíduo em cinco grandes dimensões: Enfrentamento e Autoafirmação com Risco, Autoafirmação na Expressão de Afeto Positivo, Conversação e Desenvoltura Social, Autoexposição a Desconhecidos e a Situações Novas e Autocontrolo da Agressividade em Situações Adversas (Tavares et al., 2012).

5. Ansiedade (traço e estado)

Segundo Spielberger et al. (1983), citado em Vitasari et al. (2011), a ansiedade é um estado emocional que consiste em sentir-se tenso, apreensivo e nervoso. Esta condição pode ser diferenciada em dois tipos: estado de ansiedade ou traço e ansiedade. O estado de ansiedade é uma condição emocional transitória, relativa a uma situação stressante particular, num determinado período de tempo ou momento. A ansiedade como traço refere-se a uma característica própria da personalidade do indivíduo, atendendo às diferenças individuais de cada um, e que acompanha o sujeito ao longo da vida, caracterizando indivíduos ansiosos ou que são acompanhados geralmente pelo sentimento de ansiedade (Vitasari et al., 2011).

No que concerne à avaliação da ansiedade dos indivíduos, um dos instrumentos mais utilizados na comunidade científica é o *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI Y-1 e Y-2), desenvolvido por Spielberger et al. (1972), que avalia separadamente a ansiedade como traço e como estado (Vitasari et al., 2011).

6. Autoeficácia

A autoeficácia diz respeito às percepções nas quais o indivíduo acredita e confia na sua capacidade e eficácia para enfrentar o meio ambiente com efectividade e êxito, levando a consequências desejadas (Epstein, 1973 citado em Veiga, 2012). Bandura (1997) citado em Iaochite et al. (2016) efectuou avanços no estudo da auto-eficácia, definindo-a como um julgamento que o individuo faz acerca das suas capacidades e habilidades no momento para agir em algum domínio específico, constituindo-se a base para a motivação, o bem-estar e as realizações pessoais futuras.

Nos seus estudos, Bandura, identificou quatro fontes que constituem a auto-eficácia, que são (Iaochite et al., 2016):

- Experiências diretas, representadas pela realização da tarefa;
- Experiências vicárias, referentes à observação de modelos ao vivo, ou simbólico, praticando atividades semelhantes às que o observador realizará;
- Persuasão social, expressa nas formas de orientação, avaliação, opiniões, elogios e críticas;
- Estados fisiológicos e afetivos, representados pelas ativações psicofisiológicas relativas à preparação ou realização de uma tarefa, como, por exemplo, medo, ansiedade, alteração da frequência cardíaca, entre outras.

Identificou, ainda, que o valor atribuído para cada fonte de autoeficácia é produto de uma relação complexa gerada pelo processamento cognitivo (interpretação) realizado pelo indivíduo (Iaochite et al., 2016).

Trabalhos desenvolvidos por Steffen et al. (2002) na conceptualização da autoeficácia dos cuidadores de pessoas com demência, receberam grande atenção na comunidade científica. Os autores desenvolveram a *15-item Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy*, avaliando várias dimensões, compreendidas em três grandes categorias: autocuidado e obtenção de descanso; responder a comportamentos disruptivos do doente e controlar pensamentos perturbadores ativados pela actividade de cuidar (Cheng et al., 2012).

Outras escalas, como a *Dementia Behavior Disturbance Self-Efficacy Scale* (Baumgarten et al., 1990) e a *10-item Self-Efficacy Scale* (Fortinsky, Kercher, & Burant, 2002) também avaliam a auto-eficácia em domínios específicos, na gestão de comportamentos da pessoa receptora de cuidados e no grau de competência do cuidador em relação à tarefa de cuidar, respetivamente (Uei et al., 2013; Gallanher et al., 2011).

6.1. *Locus* de Controlo

A literatura que aborda a temática do *locus* de controlo vem geralmente associada a quatro teorias, a teoria da aprendizagem de Rotter (1966), a expectativa de desânimo de Seligman (1975), a teoria de autoeficácia de Bandura (1977) e a teoria da atribuição causal de Weiner (1986) (Veiga, 2012).

No desenvolvimento da sua teoria, Rotter sugere que o indivíduo, perante determinada situação, tem expectativas em relação aos possíveis resultados do seu comportamento. Esta expectativa que a pessoa tem sobre o poder ou não controlar o que lhe acontece é designada de *locus de controlo*. O autor considerou que quando um reforço é percebido pelo sujeito como sequência de alguma acção, embora não inteiramente dependente dessa acção, o resultado é dependente de factores externos, como a sorte, o acaso, ou o poder de outros, é considerando *locus* externo. No caso de o indivíduo se aperceber que o acontecimento é dependente do seu próprio comportamento ou de características permanentes que possui, é designado de *locus* interno (Bennett, 2002 citado em Veiga, 2012).

6.2. Otimismo

Alguns estudos apontam o otimismo como promotor do bem-estar e redutor das consequências negativas do cuidado (Gottlieb & Rooney, 2004; Hooker et al., 1992; Marquez-Gonzalez et al., 2009 citados em Contador et al., 2012). No entanto, são poucos os que analisam o papel do otimismo na sobrecarga sofrida pelos cuidadores de pessoas com demência.

O otimismo pode ser definido como uma particularidade das pessoas que sentem grandes expectativas de sucesso, como uma estimativa subjectiva de alcançar objectivos ou metas desejadas, relacionando-se com o conceito de autoeficácia. (Contador et al., 2012).

7. Inteligência Emocional

Após anos a considerar o quociente de inteligência (QI) o único fator de diferenciação entre sucesso e insucesso, principalmente a nível escolar, Gardner apresentou a sua teoria de inteligências múltiplas, que integra uma visão naturalista do ser humano e considera todas as capacidades que são importantes no decorrer da vida do indivíduo. Gardner sintetiza as inteligências em sete, sendo estas a inteligência linguística, lógico-matemática, espacial, musical, corporal-cinestésica, interpessoal e intrapessoal. É nesta última, a inteligência intrapessoal, que é introduzido o conceito de emoção, no sentido em que quanto mais desenvolvida for esta capacidade, mais o indivíduo terá habilidades para conhecer os seus aspectos internos, aceder aos seus sentimentos, gerir as suas emoções, discriminá-las e utilizá-las como uma maneira de entender e orientar o próprio comportamento, permitindo-lhe compreender e trabalhar melhor consigo mesmo (Travassos, 2001).

Damásio (2011, p.189) define emoção como:

“a combinação de um processo de avaliação mental, simples ou complexo, com respostas disposicionais a esse processo, na sua maioria dirigidas ao corpo propriamente dito, resultando num estado emocional do corpo, mas também dirigidas ao próprio cérebro, resultando em alterações mentais adicionais”.

Goleman (2011) considera esta capacidade de gestão de emoções próprias como a inteligência emocional do indivíduo. Esta inteligência apresenta um conjunto de características como a capacidade de criar motivações próprias e de persistir no alcançar de metas, apesar dos percalços que possam existir; manter um bom estado de espírito, impedindo que a ansiedade interfira no raciocínio; controlar os impulsos e aguardar pela satisfação de desejos e necessidades e ser autoconfiante e empático com o outro. Goleman acrescenta ainda que estas capacidades, ao contrário daquilo que acontece com o QI, podem ser aprimoradas e aprendidas.

As pessoas que lidam bem com os próprios sentimentos e que entendem e têm em consideração os sentimentos dos outros – pessoas emocionalmente competentes – têm mais probabilidade de se sentirem satisfeitas com a própria vida, apresentando hábitos mentais que fomentam a produtividade e o sucesso, quer na vida privada, quer na vida social e profissional. Pessoas com baixa competência emocional tendem a apresentar menor lucidez de pensamento e dificuldades de concentração no trabalho (Goleman, 2011).

Alguns estudos têm vindo a examinar esta capacidade em cuidadores informais, mostrando que existe relação significativa entre valores baixos de inteligência emocional e maior sobrecarga, ansiedade e sintomatologia depressiva (Vázquez, Otero, Sánchez e Pomar, 2014; Weaving, Orgeta, Orrell e Petrides, 2014).

Parte III – Enquadramento Metodológico

1. Método

Neste capítulo será realizada uma revisão sistemática da literatura (RSL), obedecendo a métodos criteriosos, pretendendo-se conhecer e sintetizar o conhecimento científico existente acerca do tema.

Uma RSL pretende uma investigação focada numa questão bem definida, identificando, selecionando e sintetizando as evidências científicas disponíveis. São consideradas estudos secundários, que têm como fonte de dados os estudos primários. São frequentes as revisões realizadas a partir ensaios clínicos randomizados, no entanto, também se verificam revisões baseadas em investigações observacionais, como os caso-controle, coorte ou transversais (Galvão e Pereira, 2014).

A metodologia para a realização de uma RSL prevê os seguintes passos (Galvão e Pereira, 2014):

1. Elaboração da pergunta de pesquisa;
2. Busca na literatura;
3. Seleção dos artigos;
4. Extração dos dados;
5. Avaliação da qualidade metodológica;
6. Síntese dos dados;
7. Avaliação da qualidade das evidências;
8. Redação e publicação dos resultados.

Adotando a estratégia metodológica PICO (Participantes, Interesse e Contexto), pretende-se responder à questão de investigação “Quais as características do cuidador informal da pessoa com demência que se associam a estados de sobrecarga?”.

A metodologia PICO, para Santos et al. (2007) foi utilizada para decomposição da questão formulada para este estudo. É um método aplicado na realização de revisões sistemáticas da literatura, sendo que, neste estudo, os seus componentes são os seguintes:

P – Participantes – Cuidadores informais de pessoas com demência

I – Interesse – Características dos cuidadores informais de pessoas com demência que se associam a estados de sobrecarga

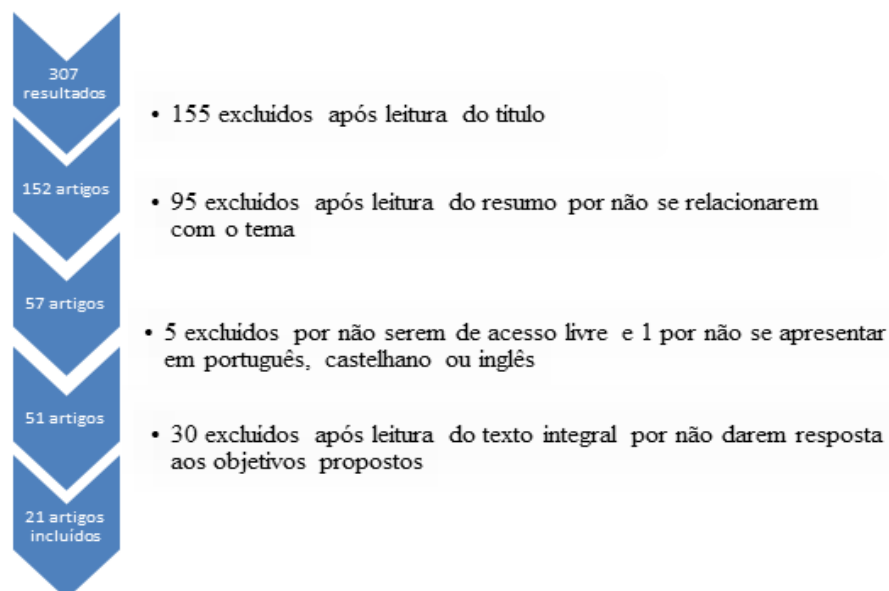
Co – Contexto – Ambiente domiciliário

Foi utilizada a conjugação das palavras-chave “dementia”, “caregivers” e “burden” na pesquisa realizada na base de dados *ISI Web of Knowledge*, sendo que esta decorreu nos meses de março e abril de 2018.

Os critérios definidos para a inclusão dos estudos na presente revisão foram:

- Artigos científicos de acesso livre;
- Artigos com data de publicação entre 2008 e 2018;
- Artigos com descrição da amostra, objetivos, instrumentos de recolha de dados, resultados e conclusões;
- Artigos com, pelo menos, uma palavra-chave presente no título;
- Artigos em português, castelhano e inglês.

Após a pesquisa de artigos científicos na base de dados *ISI Web of Knowledge*, publicados entre os anos de 2008 e 2018, foram seleccionados 21 estudos científicos.



Esquema 1. Metodologia de pesquisa e análise

2. Resultados

Procurando responder à questão de investigação “Quais as características do cuidador da pessoa com demência que se associam a estados de sobrecarga?”, foram analisados 21 artigos que cumpriram os critérios de inclusão definidos. Os autores, título, tipo de estudo, população/amostra, objetivos, instrumentos de recolha de dados e resultados de cada estudo encontram-se organizados nas tabelas a seguir apresentadas, sendo que a cada estudo se atribuiu um número para uma melhor identificação ao longo das mesmas.

Tabela 3. Análise dos 21 artigos seleccionados (autores, título, objectivos, método e resultados)

Nº	Autores	Título	
	González-Abraldes, Millán-Calenti, Lorenzo-López & Maseda (2012)	The influence of neuroticism and extraversion on the perceived burden of dementia caregivers: An exploratory study	
1	Objetivo	Método	Resultados
	Examinar a influência da extroversão e do neuroticismo nos cuidadores de pessoas com demência	Correlacional transversal n = 33 cuidadores informais	Cuidadores com um nível de percepção de sobrecarga severo apresentaram altos níveis de neuroticismo e baixos níveis de extroversão (traços de personalidade).
Nº	Autores	Título	
	Bruvik, Ulstein, Ranhoff & Engedal (2013)	The effect of coping on the burden in family carers of persons with dementia	
2	Objetivo	Método	Resultados
	Explorar a associação entre o coping e a sobrecarga de cuidado em cuidadores de pessoas com demência.	Correlacional transversal n = 240 cuidadores informais	Cuidadores com altos níveis de LoC (Locus de controlo), utilizaram estratégias de enfrentamento (coping) passivo e acreditaram ter menos controlo das situações stressantes, apresentando maiores níveis de sobrecarga do que os cuidadores que usam estratégias ativas de enfrentamento e apresentaram baixos níveis de LoC.

Nº	Autores	Título	
	Amorim, Giorgion & Forlenza (2017)	Social skills and well-being among family caregivers to patients with Alzheimer's disease	
	Objetivo	Método	Resultados
3	Investigar a correlação entre as habilidades sociais e os níveis de sobrecarga e qualidade de vida em familiares cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer	Correlacional transversal n = 41 cuidadores informais	- A sobrecarga do cuidador relaciona-se de forma inversa com o fator "autocontrolo da agressividade". - Cuidadores com um elaborado reportório de habilidades sociais experienciam menos sobrecarga no cuidado.
Nº	Autores	Título	
	Cheng, Lam, Kwok, Ng & Fung (2012)	Self-efficacy Is Associated With Less Burden and More Gains From Behavioral Problems of Alzheimer ' s Disease in Hong Kong Chinese Caregive	
	Objetivo	Método	Resultados
4	Testar os efeitos de diferentes níveis de auto-eficácia nas consequências do cuidar.	Longitudinal n = 88 cuidadores informais	O controlo de pensamentos perturbadores mostrou ser o aspeto da autoeficácia mais relevante no alívio da sobrecarga e que permite mais ganhos quando existem problemas comportamentais na tarefa de cuidar.
Nº	Autores	Título	
	Contador, Fernández-Calvo, Palenzuela, Miguéis & Ramos (2012)	Prediction of burden in family caregivers of patients with dementia: A perspective of optimism based on generalized expectancies of control	
	Objetivo	Método	Resultados
5	Investigar os preditores de sobrecarga nos cuidadores informais de pessoas com demência.	Correlacional transversal n = 130 cuidadores informais	- As expectativas relacionadas com o otimismo relacionaram-se negativamente com a sobrecarga do cuidador.

Nº	Autores	Título	
	Melo, Maroco & Mendonça (2010)	Do determinants of burden and emotional distress in dementia caregivers change over time?	
	Objetivo	Método	Resultados
6	Explorar as características do paciente e do cuidador que determinam diferentes níveis de sobrecarga no cuidador ao longo do tempo, a curto e a longo prazo.	Análise secundária de ensaio clínico randomizado n = 148 cuidadores informais	A presença de altos níveis de neuroticismo aumentou a sobrecarga do cuidador, enquanto altos níveis de extroversão e de amabilidade se relacionaram negativamente com a sobrecarga do cuidador.
Nº	Autores	Título	
	Lee, Bakker, duivenvoorden & Droes (2015)	Do determinants of burden and emotional distress in dementia caregivers change over time?	
	Objetivo	Método	Resultados
7	Explorar as características do paciente e do cuidador que determinam diferentes níveis de sobrecarga no cuidador ao longo do tempo, a curto e a longo prazo.	Análise secundária de ensaio clínico randomizado n = 148 cuidadores informais	- Cuidadores que se sentem menos competentes sentem mais sobrecarga. - Cuidadores que relatam ter uma saúde pobre sentem mais sobrecarga. - Cuidadores com menos traços dominantes (nas relações interpessoais) sentem mais sobrecarga.
Nº	Autores	Título	
	Singh & Gupta (2018)	Care Giver Burden & Assessment of Personality Profile in Primary Care Giver of Dementia of Alzheimer's Type	
	Objetivo	Método	Resultados
8	Avaliar e correlacionar a sobrecarga e a personalidade no cuidador principal da pessoa com demência	Correlacional transversal n = 50 cuidadores informais	Cuidadores que apresentam mais traços de personalidade independente apresentam níveis maiores de sobrecarga em relação aos cuidadores com traços de acomodação.

Nº	Autores	Título	
	Iavarone, Ziello, Pastore, Fasanaro & Poderico (2014)	Caregiver burden and coping strategies in caregivers of patients with Alzheimer's disease	
	Objetivo	Método	Resultados
9	Avaliar a sobrecarga e a ansiedade experimentada pelos cuidadores, a eficácia das estratégias de coping adotadas e a sua relação com a sobrecarga e a ansiedade.	Correlacional transversal n = 86 cuidadores informais	A sobrecarga dos cuidadores de pessoa com doença de Alzheimer correlaciona-se fortemente com os traços de ansiedade do cuidador (mas não estado de ansiedade).
Nº	Autores	Título	
	Uei, Sung & Yang (2013)	Caregivers' Self-Efficacy and Burden of Managing Behavioral Problems in Taiwanese Aged 65 and Over With Dementia	
	Objetivo	Método	Resultados
10	Explorar a auto-eficácia dos cuidadores na gestão de comportamentos desajustados da pessoa com demência e examinar os factores associados aos níveis de sobrecarga percebida	Transversal n = 162 cuidadores informais	<ul style="list-style-type: none"> - Ser cuidadora do sexo feminino e ser filho adulto cuidador principal da pessoa com demência associam-se significativamente com maiores níveis de sobrecarga. - O nível de autoeficácia na gestão dos distúrbios comportamentais na demência correlaciona-se negativamente com a sobrecarga sentida. - A autoeficácia ao lidar com comportamentos agressivos relaciona-se negativamente com a sobrecarga.
Nº	Autores	Título	
11	Huang, Huang, Su, Hou, Chen, Yeh & Chen (2015)	Coping Strategy and Caregiver Burden Among Caregivers of Patients With Dementia	

	Objetivo	Método	Resultados
	Examinar quais as estratégias de coping usadas pelos cuidadores se relacionam com diferentes sintomas dos doentes com demência e investigar a associação entre sobrecarga e estratégias de coping nos cuidadores.	Transversal n = 57 cuidadores informais	- As estratégias de coping de evitação e de auto culpabilização relacionam-se positivamente com a sobrecarga do cuidador. - As estratégias de coping focadas no problema relacionam-se negativamente com os níveis de sobrecarga.
Nº	Autores	Título	
	Campbell, Wright, Oyebodem Job, Crome, Bentham, Jones & Lendon (2008)	Determinants of burden in those who care for someone with dementia	
	Objetivo	Método	Resultados
12	Investigar os fatores associados à sobrecarga do cuidador.	Transversal n = 74 cuidadores informais	- Cuidadores que se sentem aprisionados na tarefa de cuidar experienciam maiores níveis de sobrecarga. - Cuidadores com experiências de vida adversas (não relacionadas com o cuidado) escolhem intervenções mais apropriadas ao cuidar, sentindo menor sobrecarga. - O grau de confiança como cuidador associa-se negativamente com o grau de sobrecarga experienciada. - Cuidadores com altos níveis de neuroticismo mostram altos níveis de sobrecarga. - Ser cuidadora mulher prediz níveis mais altos de sobrecarga.
Nº	Autores	Título	
	Weaving, Orgeta, Orell & Patrides (2014)	Predicting anxiety in carers of people with dementia: the role of trait emotional intelligence	
	Objetivo	Método	Resultados
13	Examinar a validade preditiva do traços Inteligência Emocional na explicação da sintomas de ansiedade em cuidadores de pessoas com demência.	Transversal n = 203 cuidadores informais	Baixos traços de Inteligência Emocional associam-se a altos níveis de sobrecarga percebida pelos cuidadores.

Nº	Autores	Título	
	Choi & Kim (2008)	The correlation between caregiver's personality traits and caregiver burden in dementia	
	Objetivo	Método	Resultados
14	Verificar a correlação entre a sobrecarga do cuidador da pessoa com demência e os seus traços de personalidade.	Correlacional transversal n = 47 cuidadores informais	O neuroticismo (traço de personalidade) correlaciona-se positivamente com a sobrecarga sentida pelo cuidador.
Nº	Autores	Título	
	Chakma & Goswami (2016)	Burden & Coping in Caregivers of Persons with Dementia	
	Objetivo	Método	Resultados
15	Investigar a sobrecarga sentida pelo cuidador da pessoa com demência bem como as estratégias de coping usadas pelo mesmo.	Correlacional transversal n = 40 cuidadores informais	<ul style="list-style-type: none"> - A sobrecarga do cuidador correlaciona-se positivamente com estratégias de coping do tipo “confrontação” e “evitação/fuga”. - A sobrecarga do cuidador correlaciona-se negativamente com estratégias de coping do tipo “procura de apoio social”, “aceitação da responsabilidade” e “planeamento de resolução de problemas” - Cuidadores com idades compreendidas entre os 61 e os 70 anos experienciam maior sobrecarga. - Cuidadores sem qualquer nível de escolaridade apresentam altos níveis de sobrecarga, enquanto cuidadores com estudos superiores ou pós-graduados apresentam níveis menores de sobrecarga. - Cuidadores que vivem no meio rural apresentam maior sobrecarga. - Cuidadores de famílias nucleares (em relação a famílias alargadas ou extensas) apresentam níveis mais altos de sobrecarga.

Nº	Autores	Título	
	Kowalska, Goraczko, Jaworska & Szczepanska-Gieracha (2017)	An Assessment of the Burden on Polish Caregivers of Patients With Dementia: A Preliminary Study	
	Objetivo	Método	Resultados
16	Conhecer os níveis de sobrecarga sentidos pelo cuidador da pessoa com demência e analisar os factores relacionados com a percepção de sobrecarga.	Correlacional transversal n = 58 cuidadores informais	<ul style="list-style-type: none"> - Os sintomas depressivos (particularmente sintomas emocionais) do cuidador informal associam-se positivamente com a sobrecarga sentida. - A sobrecarga do cuidador relaciona-se negativamente com a percepção de apoio social recebido. - Cuidadores que relatam ter baixa satisfação com a vida apresentam maior sobrecarga que os restantes.
Nº	Autores	Título	
	Viñas-Diez, Turró-Garriga, Portellano-Ortiz, Gascón-Bayarri, Reñé-Ramírez, Garre-Olmo & Conde-Sala (2017)	Kinship and cohabitation in relation to caregiver burden in the context of Alzheimer's disease: a 24-month longitudinal study	
	Objetivo	Método	Resultados
17	Identificar as características clínicas de três grupos de cuidadores: cônjuges, filhos adultos e filhos adultos que não coabitam com a pessoa cuidada, e a sua relação com os níveis de sobrecarga percebida.	Longitudinal (4 meses follow-up) n = 275 cuidadores informais	<ul style="list-style-type: none"> - A sobrecarga (social e física) percebida é significativamente maior em cuidadores filhos adultos que coabitam com a pessoa com demência. - Uma percepção de má saúde mental pelo cuidador relaciona-se significativamente com uma maior sobrecarga. - Cuidadores que coabitam com a pessoa com demência são aqueles que apresentam maior sobrecarga a nível social e físico.
Nº	Autores	Título	
18	Papastavrou, Tsangari, Karayiannis, Papacostas, Efstathiou & Sourtzi (2011)	Caring and coping: The dementia caregivers	

	Objetivo	Método	Resultados
	Examinar as estratégias da coping usadas pelos cuidadores e a sua relação com os níveis de sobrecarga e de depressão relatados.	Transversal n = 172 cuidadores informais	- Cuidadores que utilizam coping de “reavaliação positiva” apresentam menores níveis de sobrecarga. - A utilização de estratégias de coping positivas associa-se negativamente com os níveis de sobrecarga percebidos
Nº	Autores	Título	
	Cooper, Katona, Orrell & Livingston (2008)	Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer’s disease	
	Objetivo	Método	Resultados
19	Explorar a relação entre a sobrecarga do cuidador e a ansiedade e depressão, mediados pelos estilos de coping usados.	Longitudinal n = 126 cuidadores informais	Cuidadores que usaram estratégias de coping focadas no problema apresentaram maior ansiedade 1 ano depois do início do estudo, bem como maiores níveis de sobrecarga. Cuidadores que utilizaram estratégias de coping focadas na emoção apresentaram menores níveis de ansiedade e de sobrecarga 1 ano após o início do estudo, apresentando-se como um fator protector da sobrecarga.
Nº	Autores	Título	
	Kim, Chang, Rose & Kim (2011)	Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia	
	Objetivo	Método	Resultados
20	Estudar os preditores multidimensionais da sobrecarga sentida por cuidadores de pessoas com demência	Transversal n = 274 cuidadores informais	Cuidadoras mulheres, cônjuges ou que coabitam com o recetor de cuidados experienciam níveis significativamente maiores de sobrecarga do que cuidadores mais novos, homens, não-cônjuges e que não coabitam com o recetor de cuidados.

Nº	Autores	Título	
	Gallagher, Mhaolain, Crosby, Ryan, Lacey, Coen, Walsh, Coakley, Walsh, Cunningham & Lawlor (2011)	Self-efficacy for managing dementia may protect against burden and depression in Alzheimer's caregivers	
	Objetivo	Método	Resultados
21	Determinar se a auto-eficácia para diferentes domínios do cuidado na demência pode ser considerado um fator preditor independente da sobrecarga e depressão sentida pelo cuidador.	Transversal n = 84 cuidadores informais	A baixa autoeficácia na gestão de sintomas e o neuroticismo são fatores que predizem a sobrecarga do cuidador.

Tabela 4. Tabela resumo das características e comportamentos adotados pelo cuidador relacionados com maiores e menores níveis de sobrecarga experienciada e respetivos números dos estudos e escalas utilizadas na avaliação de cada dimensão.

Caraterísticas e condutas do cuidador associadas a maiores níveis de sobrecarga	Caraterísticas e condutas do cuidador associadas a menores níveis de sobrecarga
<p>Ser do sexo feminino (10, 12, 20)</p> <p>Ser cônjuge (20)</p> <p>Ser filho adulto (10, 17)</p> <p>Coabitar com a pessoa com demência (17, 20)</p> <p>Pertencer ao grupo etário dos 61 aos 70 anos (15)</p> <p>Não possuir qualquer nível escolaridade (15)</p> <p>Viver no meio rural (15)</p> <p>Fazer parte de uma família nuclear (em relação a famílias alargadas ou extensas) (15)</p> <p>Sentir-se com uma saúde global e mental má (17)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>The Short Form-12 Health Survey</i> <p>Sentir baixa satisfação com a vida (16)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Satisfaction with Life Scale</i> <p>Sentir-se aprisionado na tarefa de cuidar</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Caregiver Stress Scale</i> <p>Sentir-se pouco competente (7)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sense of Competence Scale</i> <p>Apresentar altos níveis de Independência (traço de personalidade) (8)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sixteen Personality Factor Questionnaire</i> <p>Apresentar poucos traços dominantes (nas relações interpessoais) (7)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Interpersonal Checklist</i> 	<p>Ter estudos superiores ou ser pós graduado (15)</p> <p>Ser jovem (20)</p> <p>Possuir um elaborado reportório de habilidades sociais (3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>The Social Skills Inventory</i> <p>Ter uma boa perceção do apoio social recebido (16)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Berlin Social Support Scale</i> <p>Controlar os pensamentos perturbadores (autoeficácia) (4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>15-item Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy</i> <p>Ter expectativas relacionadas com o otimismo (5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Battery of Generalized Expectancies of Control Scales</i> <p>Apresentar altos níveis de auto-eficácia (10, 21)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>DBD Self-Efficacy Scale;</i> • <i>10-item Self-Efficacy Scale</i> <p>Apresentar altos níveis de extroversão (traço de personalidade) (1, 6, 8)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>NEO Five-Factor Inventory;</i> • <i>Sixteen Personality Factor Questionnaire</i> <p>Apresentar altos níveis de amabilidade (traço de personalidade) (6)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>NEO Five-Factor Inventory</i> <p>Ter tido experiências de vida adversas (não relacionadas com o cuidar) (12)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>List of Threatening Life Events Questionnaire</i>

<p>Apresentar altos níveis de neuroticismo (traço de personalidade) (1, 6, 12, 14, 21)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>NEO Five-Factor Inventory</i> • <i>Eysenck Personality Questionnaire</i> <p>Apresentar altos níveis de LoC (<i>Locus</i> de Controlo) (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Locus of Control Behaviour Scale</i> <p>Apresentar traços de ansiedade (não estado de ansiedade) (9)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> <p>Possuir sintomas depressivos (particularmente emocionais) (16)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Beck Depression Inventory</i> <p>Apresentar baixos traços de Inteligência Emocional (13)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>The Trait Emotional Intelligence Questionnaire</i> <p>Utilizar <i> coping</i> passivo (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Locus of Control Behaviour</i> <p>Utilizar <i> coping</i> focado no problema (11, 15)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Revised Ways of Coping Checklist</i> <p>Utilizar <i> coping</i> de confrontação (15)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ways of Coping Questionnaire</i> <p>Utilizar <i> coping</i> de evitação/fuga (11, 15)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Revised Ways of Coping Checklist</i> • <i>Ways of Coping Questionnaire</i> <p>Utilizar <i> coping</i> de culpabilização (11)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Revised Ways of Coping Checklist</i> 	<p>Sentir-se de confiante no papel de cuidador (12)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Caregiver Stress Scale</i> <p>Utilizar <i> coping</i> ativo (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Locus of Control Behaviour</i> <p>Utilizar <i> coping</i> positivas (18)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ways of Coping Questionnaire</i> <p>Utilizar <i> coping</i> focado na emoção (19)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Coping Orientations to Problems Experienced Scale</i> <p>Utilizar <i> coping</i> focado no problema (19)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Coping Orientations to Problems Experienced Scale</i> <p>Utilizar <i> coping</i> de auto controlo da agressividade (3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ways of Coping Questionnaire</i> <p>Utilizar <i> coping</i> de procura de apoio social (15)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ways of Coping Questionnaire</i> <p>Utilizar <i> coping</i> de aceitação da responsabilidade (15)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ways of Coping Questionnaire</i> <p>Utilizar <i> coping</i> de reavaliação positiva (18)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ways of Coping Questionnaire</i>
---	---

3. Discussão dos resultados

O tamanho das populações/amostras dos estudos analisados variam entre 33 e 275 indivíduos, sendo que todos os participantes foram seleccionados de clínicas, hospitais ou associações, com a exceção de um estudo, que procedeu à seleção dos participantes por via telefónica. Todos os indivíduos que participaram nos estudos eram cuidadores principais e realizavam a tarefa de cuidar em ambiente domiciliário, sem remuneração advinda desta tarefa. Embora todas as pessoas cuidadas apresentassem diagnóstico de demência, na maior parte dos estudos foram realizados testes complementares para confirmar o diagnóstico (utilizando-se maioritariamente o Barthel Index (BI) e o Mini Mental State Examination (MMSE), no sentido dos cuidadores poderem preencher os critérios de inclusão.

Neste capítulo serão abordadas as principais características encontradas nos cuidadores que se associam a estados de sobrecarga, de forma positiva e negativa. Para uma melhor compreensão dos resultados, foram divididas em oito categorias: Características sociodemográficas; Saúde e satisfação com a vida; Traços de personalidade; Ansiedade; Autoeficácia; Estratégias de enfrentamento – *coping*; Habilidades Sociais e Comportamentos Interpessoais e Inteligência Emocional.

Características sociodemográficas

Relativamente às características sociodemográficas, os resultados indicam que as mulheres são aquelas que evidenciam maiores níveis de sobrecarga (Uei et al., 2013; Campbell et al., 2008; Kim et al. 2011), sendo que o ser cônjuge também se relaciona com maiores níveis da mesma (Kim et al., 2011). Quando o cuidador é filho adulto verifica-se o mesmo efeito (Uei et al., 2013; Viñas-Diez et al., 2017), bem como quando este coabita com a pessoa recetora de cuidados (Viñas-Diez et al., 2017; Kim et al., 2011).

Segundo Chakma & Goswami (2016) pessoas com idades entre os 61 e os 70 anos de idade, sem qualquer nível de escolaridade, que pertencem a famílias nucleares e

que vivem em meio rural, experienciam maiores níveis de sobrecarga. Resultados que corroboram os encontrados por Kim et al. (2011), no seu estudo com 274 cuidadores, nos quais referem que cuidadores jovens apresentaram menor sobrecarga do que aqueles com mais idade.

Saúde e satisfação com a vida

Viñas-Diez et al. (2017), no seu estudo com 275 cuidadores, utilizando o *The Short Form-12 Health Survey*, verificaram que cuidadores que têm a percepção de ter uma má saúde mental, apresentam maior sobrecarga. Lee et al. (2015) obtiveram os mesmos resultados, com cuidadores que perceberam a sua saúde global também como má.

Os cuidadores informais que participaram num estudo de Kowalska et al. 2017, utilizando a *Satisfaction with Life Scale* e o *Beck Depression Inventory*, que demonstraram pouca satisfação com a vida e sintomas depressivos, referiram sentir maiores níveis de sobrecarga.

Traços de personalidade

Nos estudos em que foram utilizados o *Eysenck Personality Questionnaire* e o *NEO Five-Factor Inventory*, verificou-se que cuidadores com baixos níveis de extroversão e altos níveis de neuroticismo (González-Abraldes et al., 2012; Melo et al., 2010; Campbell et al., 2008; Choi & Kim, 2008; Gallagher et al., 2011) apresentam maiores níveis de sobrecarga, sendo este último o fator mais predominantemente associado a estados de sobrecarga. Maiores níveis de extroversão e amabilidade associam-se a menores níveis de sobrecarga (Lee et al., 2015).

Na investigação mais recente, de Singh & Gupta (2018), utilizando o *Personality Factor-16 Questionnaire*, verificou-se que cuidadores com maiores traços de independência sofriam mais sobrecarga do que aqueles com mais traços de acomodação.

Autoeficácia

Maiores níveis de autoeficácia encontrados por Uei et al. (2014) e Gallanher et al. (2011), utilizando as escalas *Dementia Behavior Disturbance Self-Efficacy* e *10-item Self-Efficacy Scale*, respectivamente, relacionaram-se com menores níveis de sobrecarga nos cuidadores dos seus estudos.

Elevadas expectativas do cuidador relacionadas com o otimismo (Contador et al., 2012) avaliadas com a *Battery of Generalized Expectancies of Control Scales* e sentimentos de confiança no papel de cuidador, observados por Lee et al., (2015) e Campbell et al., (2008), são variáveis que se relacionam negativamente com os níveis de sobrecarga sentidos.

O controlo de pensamentos perturbadores (avaliado pela *15-item Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy*) protege o cuidador de sentir sobrecarga (Cheng et al., 2012), enquanto um grande *Locus* de Controlo leva a um efeito contrário, como observado por Bruvik et al. (2013), no seu estudo em 240 cuidadores Noruegueses, utilizando a *Locus of Control Behaviour Scale*.

Ansiedade

Iavarone et al. (2014), usando o *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI), num estudo com 86 cuidadores de pessoas com Alzheimer, verificaram que dos dois tipos de ansiedade (traço e estado), os cuidadores que apresentaram mais traços de ansiedade, foram os que demonstraram ter maior sobrecarga, ou seja, nos cuidadores em que altos níveis de ansiedade já são uma característica pessoal que os acompanha desde sempre e ao longo da vida, verificam-se maiores níveis de sobrecarga do que naqueles em que a ansiedade é provocada por uma situação num determinado momento.

Estratégias de enfrentamento – *coping*

Os estudos analisados sobre *coping* utilizaram as escalas *Coping Orientations to Problems Experienced*, *Ways of Coping Questionnaire*, e *Coping Inventory for Stressfull Situations* em versões originais ou modificadas a formas mais reduzidas.

As estratégias de *coping* que se relacionam com estados de maior sobrecarga são as do tipo passivo, ao contrário dos efeitos do *coping* ativo (Bruvik et al., 2013)

Estratégias de *coping* positivo, como estratégias focadas no problema, auto controlo da agressividade, procura de apoio social, aceitação da responsabilidade e reavaliação positiva resultam ser as que produzem efeitos mais positivos, relacionando-se com níveis de sobrecarga mais baixos (Amorim et al., 2017; Huang et al., 2015; Chakma & Goswami, 2016; Papastavrou et al., 2011).

Estratégias de *coping* negativas, como estratégias de confrontação, evitação e culpabilização produzem no cuidador maiores estados de sobrecarga. (Chakma & Goswami, 2016; Huang et al., 2015)

Cooper et al. (2008) contrariamente àquilo que esperavam, num estudo com um ano de follow-up, estudando as estratégias de *coping* focadas na emoção e no problemas como mediadoras da ansiedade e sobrecarga, verificaram que cuidadores que usaram estratégias de *coping* focadas no problema, apresentaram maior ansiedade 1 ano depois do início do estudo, bem como maiores níveis de sobrecarga. Cuidadores que utilizaram estratégias de *coping* focadas na emoção, apresentaram menores níveis de ansiedade e de sobrecarga 1 ano após o início do estudo, apresentando-se como um fator protector da sobrecarga.

Habilidades Sociais e Comportamentos Interpessoais

Seguindo o modelo proposto por Kiesler (1983), Lee et al. (2015) utilizaram a *Interpersonal Checklist* no desenvolvimento de um estudo com o propósito de perceber em que medida os domínios do comportamento interpessoal se relacionam com a

sobrecarga, evidenciando-se que indivíduos com poucos traços de dominância apresentam maiores níveis de sobrecarga.

Um elaborado reportório de habilidades sociais, avaliado pelo *The Social Skills Inventory*, desenvolvido por Del Prette (Amorim et al., 2017), bem como uma maior percepção de apoio social recebido nos cuidadores do estudo de Kowalska et al. (2017), utilizando o *Berlin Social Support Scale*, refletem-se em menores níveis de sobrecarga. O mesmo efeito foi observado no estudo de Campbell et al. (2008), quando as experiências de vida adversas, experimentadas, em algum momento, pelos cuidadores (e não relacionadas com a tarefa de cuidar) se relacionaram com níveis mais baixos de sobrecarga.

Inteligência Emocional

A inteligência emocional, variável estudada em apenas um dos estudos, avaliada com o *The Trait Emotional Intelligence*, demonstrou relacionar-se também com a sobrecarga, sendo que cuidadores com baixos níveis de inteligência emocional apresentam níveis de sobrecarga mais elevados (Weaving et al., 2014).

Conclusões e sugestões

Este estudo teve como principais objectivos identificar as características dos cuidadores informais de pessoas com demência associadas ao aumento e à diminuição dos níveis de sobrecarga sentidos. Embora não sejam muitos os estudos que identificam especificamente os factores associados à sobrecarga, os 21 estudos analisados permitiram-nos encontrar a relação entre algumas características estudadas em cuidadores de pessoas com demência e a sua associação com os níveis de sobrecarga sentidos pelos mesmos.

Embora os aspectos relacionados com a tarefa de cuidar, bem como as características da pessoa cuidada sejam bastante estudadas e se verifique estarem intimamente relacionadas com os níveis de sobrecarga apresentados pelo cuidador, com este estudo verificou-se que as características do próprio cuidador também se relacionam com os níveis de sobrecarga sentidos.

As características encontradas a nível sociodemográfico, de saúde e satisfação com a vida, auto-eficácia, personalidade, ansiedade, relações interpessoais, estratégias de *coping* e inteligência emocional dos cuidadores informais permitem-nos estabelecer um perfil dos cuidadores mais susceptíveis de vir a sofrer sobrecarga e desta forma antecipar as consequências, podendo intervir-se no sentido de melhorar as suas capacidades e habilidades nos comportamentos e atitudes a adotar na tarefa de cuidar.

Emerge a importância da criação e implementação de um estatuto do cuidador que não só lhe proporcione benefícios ao nível financeiro ou de descanso/respiro da tarefa de cuidar, mas sobretudo que apresente respostas e encaminhamento destes cuidadores para unidades que possam intervir num sentido psicoeducativo, informando e reeducando para a tarefa de cuidar.

Referências Bibliográficas

- Algada, T., Basterra, A. & Garrigós, J. (1997). Familia y enfermedad de Alzheimer. Una perspectiva cualitativa. *Anales de psicología*. 13(1), 19-27.
- Allemand, M., Zimprich, D., & Hendriks, A. (2008). Age differences in five Personality domains across the life span. *Developmental Psychology*, 44(3), 758- 770.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, Fifth edition.
- Amorim, F., Giorgion, M. & Forlenza, O. (2017). Social skills and well-being among family caregivers to patients with Alzheimer’s disease. *Arch Clin Psychiatry*. 44(6), 159-61.
- André, C. (1998). Demência vascular: dificuldades diagnósticas e tratamento. *Arq Neuropsiquiatr*. 56, 498-510.
- Aperta, J. (2015). *Aspetos positivos do cuidar e o apoio social percebido nos cuidadores informais de pessoas com demência*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança.
- Arritxabal, I., Soler, A., Silva, A., Artola, E., González, I., Beiga, P. & Lezaun, J. (2011). Efectos del entrenamieto en estratégias de regulación emocional en el bienestar de cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 46(4), 206-212.
- Bartholomeu, D. (2008). Traços de Personalidade e Comportamentos de Risco no Trânsito: Um estudo correlacional. *Psicologia Argumentativa*. 26(54), 193-206.
- Bruvik, F., Ulstein, I., Ranhoff, A. & Engedal, K. (2013). The effect of coping on the burden in family carers of persons with dementia. *Aging & Mental Health*. 17(8), 973-978.
- Campbell, P., Wright, J., Oyebode, J., Job, D., Crome, P. & Bentham, P. (2008). Determinants of burden in those who care for someone with dementia. *Int J Geriatr Psych*. 23, 1078-1085.
- Carmelli, P. & Barbosa, M. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 24(1), 7-10.
- Carver, C.S., Connor-Smith, J., 2010. Personality and coping. *Annual Review of Psychology*. 61, 679–704.

- Catarino, T. C. (2015). Avaliação do perfil funcional dos idosos do conselho de Monchique: fundamentos com vista à intervenção do fisioterapeuta. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve. Obtido de SAPIENTIA: <http://hdl.handle.net/10400.1/8008>.
- Cattell, H. & Mead, A. (2008). The Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF). Personality Theory and Assessment.
- Chakma, P. & Goswami, H. (2016). Burden & Coping in Caregivers of Persons with Dementia. *Eastern Journal of Psychiatry*. 19(1)
- Cheng, S., Lam, L., Kwok, T., Ng, N. & Fung, A. (2012). Self-efficacy Is Associated With Less Burden and More Gains From Behavioral Problems of Alzheimer's Disease in Hong Kong Chinese Caregivers. *The Gerontologist*. 53(1), 71-80
- Choi, Y. & Kim, M. (2008). The correlation between caregiver's personality traits and caregiver burden in dementia. *Dementia and neurological disorders*.
- Connor-Smith, J.K., Flachsbart, C., 2007. Relations between personality and coping: a meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. 93, 1080–1107
- Conselho da Europa (1998). Recomendação n°98 (9) relativa à dependência, adaptada a 18 de Setembro de 1998
- Contador, I., Fernández-Calvo, B., Palenzuela, D., Miguéis, S. & Ramos, F. (2012). Prediction of burden in family caregivers of patients with dementia: A perspective of optimism based on generalized expectancies of control. *Aging & Mental Health*. 16(6), 675-682
- Cooper, C., Katona, C., Orrell, M. & Livingston, G. (2008). Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 23, 929-936
- Crespo, M. & Lansac, V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de psicología*. 31(1). 19-27.
- Damásio, A. (2011). *O Erro de Descartes*. Círculo de Leitores.
- Decreto-Lei n°265/99, de 14 de Julho (prestação pecuniária – Complemento por Dependência).
- DSM-V. American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª Ed)*. Porto Alegre. Artmed

- Fisher, G. A. (1996). Theoretical and methodological elaborations of the circumplex models of personality traits and emotions. *Circumplex models of personality and emotions*. 245-269.
- Fonseca, T. (2014). Retrato social das pessoas com demência no concelho de Vizela. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Porto
- Gallagher, D., Mhaolain, A., Crosby, L., Ryan, D., Lacey, L., Coen, R., Walsh, C., Coakley, D., Walsh, J., Cunningham, C. & Lawlor, B. (2011). Self-efficacy for managing dementia may protect against burden and depression in Alzheimer's caregivers. *Aging & Mental Health*. 15(6), 663-670
- Galvão, T. & Pereira, M. (2014). Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 23(1).
- Galvis, M. & Córdoba, A. (2016). Relación entre depresión y sobrecarga en cuidadores de pacientes com demência tipo Alzheimer. *Psicologia Desde el Caribe*. 33(2), 190-205.
- García, J. (2010). Los tempos del cuidado. El Impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. IMSERSO. Colección Estudios. Serie Dependencia.
- Goleman, D. (2011). *Inteligência Emocional*. Prisa Edições.
- González-Abraldes, I. (2012). El neuroticismo y la extroversión de los cuidadores de personas con demencia como factores moduladores de la sobrecarga asistencial. Tesis de doctorado. Universidad de Coruña. A Coruña.
- González-Abraldes, I., Millán-Calenti, J., Lorenzo-López, L. & Maseda, A. (2012). The influence of neuroticism and extraversion on the perceived burden of dementia caregivers: An exploratory study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 56, 91-95
- Gorelick P. (1997). Status of risk factors for dementia associated with stroke. *Stroke*. 28, 459-463
- Huang, M., Huang, W., Su, Y., Hou, S., Chen, H., Yeh, Y. & Chen, C. (2015). Coping Strategy and Caregiver Burden Among Caregivers of Patients With Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 30(7), 694-698

- Iaochite, R., Filho, R., Matos, M. & Sachimbombo, K. (2016). Autoeficácia no campo educacional: revisão das publicações em periódicos brasileiros. *Psicologia Escolar e Educacional, SP*. 20(1), 45-54
- Iavarone, A., Ziello, A., Pastore, F., Fasanaro, A. & Poderico, C. (2014). Caregiver burden and coping strategies in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Neurophychiatric Disease and Treatment*. 10, 1407-1413
- Imaginario, C. (2008). O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal. Coimbra
- INE. (2017). Projeções de População Residente. Retirado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Israel, N., E., N., Andrade, O., G., Teixeira, J., J., V. (2011). A percepção do cuidador familiar sobre a recuperação física do idoso em condição de incapacidade funcional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 16, 1349-1356.
- Kamiya, M., Sakurai, T., Ogama, N., Maki, Y. & Toba, K. (2014). Factors associated with increase caregiver's burden in several stages of Alzheimer's disease. *Geriatrics & Gerontology International*. 14, 45-55.
- Kertesz, A., Mohs, R. C. (2001). Cognition. *Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease*. 2, 179-196.
- Kim, H., Chang, M., Rose, K. & Kim, S. (2011). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*. 846-855.
- Knopman, D., S., DeKosky, S., T., Cummings, J., L., Chance, J., M., Filis, S. (2001) Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 56, 1143-1153.
- Kowalska, J., Goraczko, A., Jaworska, L. & Szczepanska-Gieracha, J. (2017). An Assessment of the Burden on Polish Caregivers of Patients With Dementia: A Preliminary Study. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 32(8), 509-515
- Kristensen, C., Schaefer, L. & Busnello, F. (2010). Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência. *Estudos de Psicologia*. 27(1), 21-30.

- Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosom Med.* 55, 234–247. PMID: 8346332
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, J., Bakker, J., Duivenvoorden, H. & Droes, R. (2014). Multivariate models of subjective caregiver burden in dementia: A systematic review. *Aging Research Reviews.* 15, 76-93.
- Lima, P. M. (2010). *Envelhecimento(s). Estado de Arte*. Coimbra. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Magalhaes, E., Salgueiro, A., Gonzalez, AJ., Costa, J., Costa, P., Lima, M. (2014). NEO-FFI: Psychometric Properties of a Short Personality Inventory in Portuguese Context. *Psicologia Reflexao e Crítica.* 27(4), 642-657.
- Mathews, G., Zeidner, M. & Roberts, R. (2015). Coping personality. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2(4). <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.25048-4>
- Mc Khann, G., Drachman, D, Folstein, M., Katzman, R., Price, D., Stadlan (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer’s disease: report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of department of health and human services task force on Alzheimer’s disease. *Neurology.* 34, 939-944.
- McCrae, R. (2009). The five-factor model of personality traits: consensus and controversy. In: Corr, P.J., Matthews, G. (Eds.), *The Cambridge Handbook of Personality Psychology*. Cambridge University Press, Cambridge, 148–161.
- Melo, G., Maroco, J. & Mendonça, A. (2010). Influence of personality on caregiver’s burden, depression and distress related to BPSD. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 26(12), 1275-1282
- Mesulam, M-M. (2000). Aging, Alzheimer’s disease, and dementia: clinical and neurobiological perspectives. *Principles of behavioral and cognitive neurology.* 2, 439-522
- Millán-Calenti, J. C., Tubio., Pita-Fernández, S., Rochette, S., Lorenzo, T. & Maseda, A. (2012). Cognitive Impairment as predictor of functional dependence in an elderly sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 54, 197-201

- Muela, J., Colmenero, C. & Peláez, E. (2002). Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicothema*. 14(3), 558-563.
- Norton, M., Clark, C., Fauth, E. & Piercy, K. (2013). Caregiver personality predicts rate of cognitive decline in a community sample of persons with Alzheimer's disease. The Cache County Dementia Progression Study. *International Psychogeriatrics*. 1629-1637.
- Oliveira, a. (2009). Cuidados informais ao idoso dependente: Motivos e gratificações. Tese de Mestrado em Gerontologia, Secção autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.
- OMS (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.
- Papastavrou, E., Tsangari, H., Karayiannis, G., Papacostas, S., Efstathiou, G. & Sourtzi, P. (2011). Caring and coping: The dementia caregivers. *Aging & Mental Health*. 15(6), 702-711.
- Parmera, J. & Nitrini, R. (2015). Demências: da investigação ao diagnóstico. *Revista de Medicina*. 94 (3), 179-184
- Peeters, M., Van Beek, A., Meerveld, M., Spreuwenberg, M. & Francke, L. (2010). Informal caregivers of persons with dementia, their use and needs for specific professional support: a survey of the National Dementia Programme. *BMC Nurs*. 9, 9.
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., Ferri, CP. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement*. 9, 63-75.
- Ricarte, S. (2009). Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, 80 Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Recuperado em 4 de Julho, 2010, de: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>
- Román, G., C., Tatemichi, T., K., Erkinjuntti, T., Cummings, J., L., Masdeu, J., C. & Garcia, JH, (1993). Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN international workshop. *Neurology*. 43, 250-260

- Santos, C., Pimenta, C. & Nobre, M. (2007). A Estratégia Pico para a Construção da Pergunta de Pesquisa e Busca de Evidências. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 15(3).
- Santos, S. (2006) - Os Cuidadores informais dos idosos dependentes em casa. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta.
- Saraiva, D. (2011). O olhar dos e pelos cuidadores: Os impactos do apoio ao cuidador. Tese de mestrado em Intervenção Social. Universidade de Coimbra.
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, 12, 9-16.
- Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel.
- Shlindwein-Zanini, R. (2010). Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. *Revista Neurociências*. 18(2), 220-226.
- Shneider, R. & Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na actualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*. 25(4), 585-593.
- Silva, M., Basto, M. & Mendonça, A. (2011). Influence of personality on family caregiver's burden, depression and distress related to the behaviour of persons with dementia. Tese de doutoramento. Universidade de Lisboa.
- Singh, S. & Gupta, P. (2018). Care Giver Burden & Assessment of Personality Profile in Primary Care Giver of Dementia of Alzheimer's Type. *International Journal of Clinical Psychiatric*. 6(1), 1-8
- Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Martins, D., Neves, P. & Fortuño, M. (2017). Necessidades dos cuidadores familiares de pessoas com demência a residir no domicílio: revisão Integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 5, 45-50.
- Tavares, W., Couto, G. & Silva, R. (2012). Perfil De Relações Interpessoais E Habilidades Sociais De Estudantes De Psicologia. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*. 3(1), 75-92.
- Tekin, O. & Keskin, E. (2017). The Interaction Between Five Factor Personality Traits And Glass Ceiling Perception. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 7 (2), 307-320

- Travassos, L. (2001). Inteligências Múltiplas. *Revista de Biologia e Ciências da Terra*. 2(1).
- Uei, S., Sung, H. & Yang, M. (2013). Caregivers' Self-Efficacy And Burden Of Managing Behavioral Problems In Taiwanese Aged 65 And Over With Dementia. *Social Behavior and Personality*. 41(9), 1487-1496
- União Europeia (UE), Recomendação da Comissão dos Ministros aos Estados-Membros relativa à Dependência, 1998.
- Vázquez, F., Otero, P., Díaz, O., Sánchez, T. & Pomar, C. (2011). Emotional intelligence in women caregivers with depressive symptoms. *Psychological Reports*. 108(2), 369-374.
- Veiga, S. (2012). “Locus de Controlo e Autoconceito na Toxicodependência. Dissertação de mestrado para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade Católica Portuguesa. Braga.
- Viñas-Diez, V., Turró-Garriga, O., Portellano-Ortiz, C., Gascón-Bayarri, J., Reñé-Ramírez, R., Garre-Olmo, J. & Conde-Sala, J. (2017). Kinship and cohabitation in relation to caregiver burden in the context of Alzheimer's disease: a 24-month longitudinal study. *Geriatric Psychiatry*. 32, 72-82
- Vitasari, P., Wahab, M., Herawan, T., Othman, A. & Sinnadurai, S. (2011). Re-test of State Trait Anxiety Inventory (STAI) among Engineering Students in Malaysia: Reliability and Validity tests. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 15, 3843–3848
- Weaving, J., Orgeta, V., Orrell, M & Petrides, K. (2014). Predicting anxiety in carers of people with dementia: the role of trait emotional intelligence. *International Psychogeriatrics*. 26(7), 1201-1209.
- Wetterling, T., Kanitz, R-D. & Borgis, K-J. (1996). Comparison of different diagnostic criteria for vascular dementia. *Stroke*. 27, 30-36
- World Health Organization. (2012). *Dementia: a public health priority*. Genebra
- Zarit, S., Todd, P., Zarit, J. (1986). Subjective burden of husband and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontol. Soc. Am*. 26, 260–266.