



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# A PERCEÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL SOBRE O PAPEL DO PSICÓLOGO NA DEMÊNCIA.

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia da Educação e Desenvolvimento Humano -

*Mariana da Cunha Neves Capela*

Porto, Dezembro de 2016



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# A PERCEÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL SOBRE O PAPEL DO PSICÓLOGO NA DEMÊNCIA.

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia da Educação e Desenvolvimento Humano -

*Mariana da Cunha Neves Capela*

Trabalho efetuado sob a orientação de:  
Professor Doutor António Fonseca

Porto, Dezembro de 2016

## **Agradecimentos**

Agradeço ao meu orientador, Professor Doutor António Fonseca, todo fascínio que me transmitiu por esta área e por todo o conhecimento adquirido ao longo deste percurso académico, abrindo-me outros horizontes.

Ao meu Pai e à minha Mãe expresso a minha eterna gratidão pela sólida formação que me proporcionaram, permitindo o meu desenvolvimento como pessoa e o acesso a uma educação académica de excelência.

Não quero também deixar aqui uma palavra de agradecimento à minha amiga de longa data Daniela Pereira por todo o apoio e carinho demonstrados desde sempre ajudando-me a ultrapassar os momentos mais difíceis.

À minha prima Ana Luísa quero também manifestar a minha gratidão por sentir o seu apoio nos momentos mais duros.

À minha amiga Beatriz Álvares Ribeiro que conheci neste meu percurso académico agradeço a preocupação e dedicação demonstradas. Espero que me acompanhe por toda a minha vida.

À Viviana o meu muito obrigada pela amizade, pelo carinho, pela proximidade e pelo interesse genuíno que só na verdadeira amizade se reconhece.

## Índice

Resumo .....	5
1. Enquadramento Teórico .....	7
1.1 Atualidade do estudo e pertinência .....	7
1.2 Demência: tipos, evolução, sintomas e prevenção .....	7
1.3 Demência e papel do cuidador na demência .....	10
1.4 Papel do psicólogo na demência .....	12
2.1 Objetivo e Questões de Investigação .....	14
Questões de investigação .....	14
2.2 Metodologia .....	15
Participantes .....	15
Instrumento.....	15
2.3 Procedimentos.....	16
Recolha de dados.....	16
Tratamento e análise de dados .....	17
2.4 Resultados.....	17
2.5 Discussão de Resultados .....	19
3. Conclusão e Limitações do Estudo .....	22
Bibliografia .....	24

## Resumo

A demência é uma doença degenerativa e progressiva caracterizada pelo desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos, levando o idoso à dependência. O estudo que se segue, de natureza qualitativa, tem como objetivo geral avaliar a perspectiva dos cuidadores informais sobre o papel do psicólogo no acompanhamento de pessoas que sofrem de demência. A amostra foi constituída por dez familiares que cuidam de sujeitos com demência, nomeadamente cônjuges e filhos destes sujeitos. Para o processo de recolha de dados foram realizadas entrevistas, através de um guião construído para o efeito. Os principais resultados obtidos sugerem que a perspectiva dos cuidadores informais sobre o papel do psicólogo vai de encontro aquilo que eles esperam deste, ou seja, apoio psicológico, homeostasia, informação que ajude na vivência diária com o sujeito e reestruturação cognitiva por forma a alterar comportamentos e atitudes não adaptativos. Relativamente às características do psicólogo como profissional, referem que este deverá ser experiente, empático, ter escuta ativa, ser afetivo e características inatas para desempenho da profissão. Em relação ao acompanhamento apontam a necessidade de se focar essencialmente no cuidador informal. No entanto, parece que este profissional deverá percorrer um longo caminho para se afirmar, pois ainda existem algumas questões não esclarecidas sobre a sua função e nas quais este poderá intervir. De facto, o reconhecimento da importância do psicólogo no exercício das suas funções deverá ser melhor clarificada para que se afirme nos variadíssimos contextos e muito concretamente no que se refere ao envelhecimento da população que parece ser uma realidade constatada evidenciando-se a um ritmo acelerado.

**Palavras-chave:** envelhecimento; demência; cuidadores informais; papel do psicólogo.

## **Abstract**

Dementia is a degenerative disease, characterized by development of multiple cognitive deficits, leading the elderly to addiction. The following study, of qualitative nature, has as general aim to evaluate the perspective of informal caregivers about the psychologist's role in caring for people suffering from dementia. The sample consisted of ten relatives, informal caregivers, namely wives or husbands, daughters or sons of these people suffering from dementia. For the data collection process, the interviews were conducted following a script, especially prepared for this purpose. The main results obtained, suggest that the informal caregivers' perspective about the psychologist's role is consistent with what they expect from him/her, that is, the psychological support, homeostasis, information that helps in daily living with the elderly and cognitive restructuring, in order to change behaviors and maladaptive attitudes. Furthermore, they report that he/she must have special characteristics. He/she must be someone experienced in this field, empathic, an active and affective listening person and simultaneously, someone with innate characteristics for the good performance of the job. In relation to taking care of people suffering from dementia, they point to the need to focus essentially on the informal caregivers. Nevertheless, it seems that psychologists have yet to go a long way, in order to state themselves as professionals. It is understood that many questions concerning psychologists' role in assessment and intervention have not been clarified. As a matter of fact, recognition of the importance of the psychologist in the performance of his/her duties should be further clarified in order to assert him/herself in the most varied contexts, and in particular with regard to the aging of the population, which seems to be a reality evidenced at an accelerated pace.

**Key words:** the ageing; dementia; informal caregivers; role of the psychologist.

## **1. Enquadramento Teórico**

### **1.1 Atualidade do estudo e pertinência**

O envelhecimento da população constitui atualmente um dos maiores desafios para a humanidade. Em Portugal esta realidade pode ser comprovada pelos últimos Censos, realizados em 2011.

Através dos dados estatísticos, tem-se vindo a constatar um aumento da esperança média de vida e um decréscimo da natalidade. Sabe-se que os idosos representam 19% da população portuguesa, o que se traduz numa sociedade cada vez mais envelhecida (INE, 2011).

Como consequência, verifica-se em simultâneo um número crescente de cuidadores para este setor da população, para responder às necessidades constatadas no seu dia-a-dia.

### **1.2 Demência: tipos, evolução, sintomas e prevenção**

A demência é uma doença degenerativa e progressiva caracterizada pelo desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos, levando o idoso à dependência.

Segundo Sequeira (2010), esta patologia é um dos problemas mais graves de saúde da população idosa, tendendo a aumentar com a idade.

A síndrome demencial duplica a cada 4/5 anos a partir dos 65, passando de 1,5% nesta idade para os 30/40% aos 85 anos (Wimo, Winblad, Aguero-Torres, & von Strauss, 2003). Este facto constitui um grave problema para a sociedade a nível mundial. O estudo da doença de Alzheimer é um tema premente para os profissionais de saúde em todo o mundo (Touchon & Portet, 2002).

A síndrome demencial pode ser causada por diferentes doenças que compartilham sintomas em comum, mas são etiologicamente distintas (Jacques, Jacques & Jackson, 2000).

Sabe-se que esta patologia tem uma evolução progressiva. No entanto, manifesta-se inicialmente de forma insidiosa, podendo passar despercebida aos familiares que convivem diariamente com o sujeito.

Barreto (2005) caracteriza esta patologia em três fases: inicial, avançada e terminal. No início evidenciam-se défices de memória, concretamente na memória a curto prazo, sendo estes os primeiros sinais na maior parte dos casos. O sujeito consegue relatar acontecimentos

passados, revelando, contudo, dificuldade na sua contextualização temporal, espacial e de orientação. Também na primeira fase, a expressão oral vai sofrendo alterações, surgindo então a afasia nominal, o discurso sem precisão e o pensamento torna-se cada vez mais concreto.

Numa segunda fase, a desorientação manifesta-se também em ambientes onde o indivíduo habitualmente se movimenta. A capacidade de resolução vai ficando deteriorada, surgindo dificuldades no cálculo, confusão com o dinheiro e dificuldades em tomar decisões. Sub-repticiamente emergem alterações na personalidade, nomeadamente egocentrismo, desinibição e apatia. A perda de postura, a utilização de comentários inadequados e a utilização de palavras inapropriadas são outros comportamentos típicos. Os cuidados pessoais ficam de igual modo comprometidos, manifestando despreocupação pela higiene e apresentação.

Numa fase mais avançada as alterações cognitivas vão-se acentuando, conduzindo a uma crescente perda de autonomia. Evidenciam-se no indivíduo limitações, nomeadamente, a apraxia e a agnosia. O sujeito não consegue identificar quem o rodeia, sentindo-se cada vez mais ausente e parecendo-lhe tudo cada vez mais estranho e confuso. A afasia vai-se acentuando traduzindo-se numa linguagem cada vez mais restrita até à incapacidade total de comunicar verbalmente. Deixa de reconhecer a sua imagem ao espelho e, em alguns casos, começa a ter alucinações e delírios. O comportamento agitado agrava-se. O sujeito torna-se hostil, manifestando maior agressividade tendendo a agravar ao final do dia. Mesmo na fase terminal, a inércia instala-se, o paciente entra em mutismo, assistindo-se a problemas de saúde, tais como a obstipação, infeções respiratórias e /ou urinárias e limitações em vários domínios.

No que concerne aos tipos de demência, existem vários e estas patologias são classificadas relativamente às suas causas. Assim, existem: a demência Vascular, Frontotemporal, corpos de Lewy e a demência de Alzheimer. "À semelhança da depressão, da epilepsia e de tantas outras doenças, conhecidas pelo seu nome em singular, não existe uma demência, mas sim diversas doenças que causam a demência e síndromes demenciais" (Nunes, 2008, p.225).

Focando particularmente na demência do tipo Alzheimer e baseando-nos na Alzheimer's Association (2013), considera-se existirem três fases:

- fase inicial / ligeira;
- fase intermediária / moderada ;

- fase final / avançada / grave.

Alguns dos comportamentos inerentes a cada uma das fases deste tipo de demência são:

- fase inicial: maior apatia, perda de interesse em hobbies, maior lentidão e compreensão de ideias complexas, dificuldade em lidar com o dinheiro, alterações de personalidade e de humor, esquecimento de informações ou acontecimentos recentes;
- fase moderada: é comum os esquecimentos serem cada vez mais frequentes, a repetição, a confusão relativamente ao tempo e ao espaço, ter dificuldade em realizar operações de cálculo simples, existirem comportamentos socialmente inapropriados, ter dificuldade em reconhecer familiares ou amigos, esquecer-se de nomes de familiares ou amigos e de igual modo confundir membros da família entre si, a inquietação, a agitação, a ansiedade e a deambulação, sobretudo ao final da tarde e à noite;
- fase avançada / grave: assiste-se à dificuldade de comunicar através da linguagem verbal, a perda de peso, a incontinência total, a dependência total ao nível da higiene, a alimentação ou o simples ato de se vestir, a perda da capacidade locomotora.

De salientar que, apesar de se apresentar este tipo de demência em três fases distintas, as capacidades dos sujeitos diferem de caso para caso, não se verificando comportamentos iguais em todos os sujeitos com demência.

A doença de Alzheimer caracteriza-se por um processo degenerativo das células que de forma progressiva e acelerada vai causando défices nas funções cognitivas e funcionais do sujeito. Todavia, as diferenças individuais impedem a definição de estádios fixos de progressão da doença, pois sabe-se que, frequentemente, a evolução dos sintomas varia de indivíduo para indivíduo (Abreu *et al.*, 2005).

A Alzheimer's Australia (2013), por forma a reduzir o risco de desenvolvimento de qualquer tipo de demência, nomeadamente a demência de Alzheimer (considerada a mais prevalente de todas as demências), faculta algumas medidas preventivas:

- cuidar do coração;
- praticar exercício físico;
- desenvolver desafios cognitivos (recorrendo a novas tarefas e atividades para estimular as ligações neuronais e fortalecer as ligações já existentes);
- manter uma dieta saudável;
- manter atividade ao nível social.

Contudo, estas recomendações não cessam por aqui. Para além das atrás referidas, Farrow (2010) enfatiza a prevenção e controlo de episódios e estados depressivos, devido a inúmeros estudos que apontam para uma relação de risco entre depressão e demência.

### **1.3 Demência e papel do cuidador na demência**

Na demência, os idosos vão perdendo progressivamente as suas capacidades cognitivas e motoras, resultando, em estados mais avançados da doença numa elevada perceção de sobrecarga nos cuidadores informais (Schulz *et al.*, 2004).

Grande parte das doenças e limitações que os idosos apresentam não é responsável pela sua morte, mas frequentemente ocasionam complicações e sequelas, impedindo a capacidade de se cuidarem, sobrecarregando a família e o sistema de saúde (Rosa *et al.*, 2003).

A demência não é unicamente comprometedora para o próprio, mas sim para todos os que convivem diariamente com o sujeito (Andrén & Elmståhl, 2008).

Em relação a este tema é extremamente relevante e pertinente mencionarmos um estudo realizado em Portugal por Figueiredo e Sousa (2008) em que foi feita a comparação entre idosos dependentes, com e sem demência. Este estudo centrou-se na perceção desses cuidadores sobre a sobrecarga que sentiam e consequências no seu estado de saúde, não tendo sido encontradas diferenças substanciais. No entanto, ambos os grupos manifestaram valores elevados. A diferença incidia na saúde mental dos cuidadores dos indivíduos com demência, os quais evidenciaram níveis mais elevados de nervosismo, depressão e tristeza.

Existe uma sobrecarga horária, calculada em cerca de 60 horas semanais, para todos os que têm responsabilidade em cuidar destes indivíduos (Haley, 1997; Mohide, 1993). O cuidador, geralmente um membro da família, frequentemente assume esse papel de forma inesperada, acarretando uma sobrecarga emocional (Taub *et al.*, 2004). Assistir de perto ao declínio e à morte do paciente pode resultar numa experiência traumática inerente a esta tarefa (Haley, 1997).

De acordo com Grandi (1998), cuidar significa ter o encargo de assistir, tratar, zelar, ter atenção e cuidados, com alguém e consigo mesmo.

Para este autor é muito importante que o cuidador saiba reconhecer alguns sinais de stress, tais como:

- negação da doença e seus efeitos no paciente;
- angústia;
- tristeza;

- sensação de impotência.

No âmbito dos inúmeros problemas apresentados pelos cuidadores de pessoas com demência, destacam-se:

- dificuldades pessoais;
- familiares;
- económicas;
- sociais

Estes problemas são frequentemente acompanhados da percepção de que os profissionais de saúde não conhecem verdadeiramente as suas reais vivências, consequências no seu bem-estar pessoal e nas suas próprias vidas (Sotto Mayor, Ribeiro, & Paúl, 2008). Quanto maior o tempo de cuidado, maior é também o impacto no cuidador (Garrido & Menezes, 2004), possivelmente porque, com o passar do tempo, é inevitável verificar-se uma maior sobrecarga (Garrido & Menezes, 2004; Engelhardt *et al.*, 2005).

Existe uma larga percentagem, cerca de 80%, dos cuidados prestados a pacientes com doença de Alzheimer, serem atribuídos a membros da família (Haley, 1997). Sabe-se ainda que o papel de cuidador ainda é visto como uma função do sexo feminino espelhando assim a realidade do padrão cultural em que vivemos (Goldfarb & Lopes, 1996; Karsch, 2003).

Na avaliação como se adquire o papel de cuidador verificamos que é um modelo de substituição (Shanas, 1979) que afirma a existência de uma ordem de preferência para a aquisição do papel de cuidador (esposa, filhos ou outros familiares chegados). Assim, podemos afirmar que os cuidadores são sujeitos próximos do sujeito que na esmagadora maioria são filhos ou cônjuges do indivíduo dependente.

O cuidador desempenha um papel essencial na vida diária dos pacientes com doença de Alzheimer, envolvendo-se em todos os aspetos do cuidado e assumindo progressivamente mais responsabilidades no ato de cuidar (Engelhart, Dourado & Lacks, 2005).

À medida que o quadro sintomático vai agravando cria-se a necessidade de institucionalização das pessoas idosas (Schulz *et al.*, 2004). Em Portugal, tal como em outros países europeus (Kuske *et al.*, 2007), os cuidados a idosos com demência são prestados em lares de idosos, onde em geral, o nível de escolaridade e formação especializada dos cuidadores formais é baixo.

Com a evolução do estado demencial, o cuidador, para além da envolvência em atividades da vida diária (AVD) instrumentais (administrar finanças e medicamentos)

aumenta as suas responsabilidades em AVD básicas (cuidados pessoais de higiene, banho e alimentação) (Haley, 1997).

Verdadeiramente, um cuidador informado revela sofrer menos ansiedade e ser mais seguro nos cuidados a prestar ao familiar com demência, traduzindo-se numa maior capacidade e disponibilidade para cuidar (Melo, 2010).

#### **1.4 Papel do psicólogo na demência**

Existe a necessidade de apoio e formação especializada a quem lida com idosos. Os familiares tendem a adotar uma tolerância excessiva face aos défices cognitivos do sujeito com síndrome demencial (Barreto, 2005).

Verifica-se um efeito positivo no bem-estar dos cuidadores que trocam experiências no contexto dos grupos psicoeducativos pois o encontro entre outros cuidadores retira-os da solidão a que a doença crónica do familiar muitas vezes os obriga. Estes grupos representam uma oportunidade de partilha de informação sobre a doença, serviços, recursos comunitários disponíveis e estratégias para promover a autoeficácia da gestão emocional (Chiquelho, Neves, Mendes, Relvas, & Sousa, 2010; Figueiredo, 2009; Guerra, Mendes, Figueiredo & Sousa, 2011; Sörensen, Pinquart, & Duberstein, 2002).

A formação facultada aos cuidadores deverá ensinar a estimular as capacidades cognitivas que restam ao individuo, reeducar as que estão em declínio, promover a interação social, incentivar atividades de lazer e tudo o que possa trazer prazer. Tudo isto parece ser benéfico, não só para o sujeito com demência como também para todos que o rodeiam, gerando satisfação e bem estar para suportar a dura tarefa de lidar com as limitações que se vão agravando com o passar do tempo. É neste ponto que a psicologia, com os seus diversos meios de acesso ao ser humano, tem espaço para atuar.

A partir dos anos 60, emergiu um interesse pelos métodos de intervenção neuropsicológica, tendo em vista manter ou até melhorar o desempenho cognitivo (Moniz-Cook, 2006). Para além da administração medicamentosa, que têm um papel relevante no controle dos sintomas, pode-se intervir de diferentes formas que possibilitem prolongar ao máximo a qualidade de vida do sujeito e de todos os que convivam com ele diariamente (Moniz-Cook, 2006).

A terapia familiar ou individual e intervenções psicoeducacionais podem também contribuir para a saúde mental dos familiares envolvidos, na medida em que possibilita a

recuperação da homeostasia familiar, resultando numa melhor interação entre idosos e cuidadores (Brito, 2009; Cruz; Hamdan, 2008).

Assim, o psicólogo surge com o objetivo de diagnosticar, avaliar perturbações emocionais e mentais e de adaptação social, bem como acompanhar o paciente durante o processo de tratamento, visando contribuir para a promoção de comportamentos e modos de vida mais saudáveis (Rodrigues, 2004). O psicólogo pode ainda promover a formação e acompanhamento aos cuidadores informais. Quando a família e o doente têm conhecimento do diagnóstico, é possível evitar reações inapropriadas ou até mesmo agressivas por parte de quem cuida (Portet & Touchon, 2002). Alguns autores salientam a importância de programas que integram a informação e o suporte emocional, atribuindo-lhes mais eficácia na melhoria das competências dos cuidadores formais e qualidade dos cuidados prestados (Davison *et al.*, 2007). As intervenções podem ajudar a amenizar a angústia sentida pelo cuidador, evitar a institucionalização do paciente e permitir que a família possa planejar o futuro (Haley, 1997). Intervenções psicoeducativas na doença crónica, sendo a demência um exemplo, caracterizam-se por abranger apoio educativo e suporte emocional em programas bem estruturados, de curta duração e multidisciplinares (Sousa, Mendes, & Relvas, 2007). A componente educativa oferece informação aos cuidadores sobre a doença e a vertente de suporte emocional permite adquirir o conhecimento sobre orientações práticas que possibilitem reduzir o stress provocado pelo impacto da doença, ajudando a gerir emoções e a usar estratégias mais eficazes na resolução de problemas. As intervenções psicoeducativas em cuidadores podem beneficiar os cuidadores na medida em que causam uma redução do impacto (Hinrichsen & Niederehe, 1994) através dessa aprendizagem (estratégias de gestão de sintomas psicológicos e comportamentais) (Dunkin & Hanley, 1998; Hinrichsen & Niederehe, 1994) e do desenvolvimento de competências de comunicação com o sujeito (Dunkin & Hanley, 1998).

De acordo com Sequeira (2010), a farmacoterapia deve ser sempre acompanhada por estimulação cognitiva global, psicoterapia, musicoterapia e cuidados de enfermagem.

Segundo alguns estudos, existe uma correlação entre fatores sociais e saúde (George, 1996). Nesta ordem de ideias, é essencial a promover esses mesmos fatores sociais (a participação cívica, tanto do idoso como do cuidador). Podemos então aferir que a integração social é benéfica na prevenção de problemas de saúde (George, 1996; Pennix *et al.*, 1999; Berkman *et al.*, 2000).

Neste âmbito, o psicólogo na sua intervenção, baseia-se em atividades que variam consoante o contexto terapêutico. Porém, existem três dimensões comuns a todos eles: (1) a

avaliação e o diagnóstico; (2) a prática de terapias ou a reeducação; (3) o aconselhamento e a intervenção institucional (Pedinielli, 1999). A tarefa do psicólogo deverá ter como objetivo diminuir o sofrimento do sujeito bem como dos cuidadores informais, o que envolve o acompanhamento do mesmo relativamente aos aspetos emocionais inerentes à sua patologia (Correa, Ferreira, Ferreira, & Banhato, 2012). O psicólogo é um elemento fundamental na prevenção e tratamento dos vários tipos de demência. Segundo Yalom (2000), o papel deste não é curar, nem aconselhar, mas sim reduzir ao máximo, tanto quanto possível, obstáculos presentes na vida do sujeito. O principal objetivo é a aceitação da sua realidade presente. A intervenção em sujeitos com demência passa pela inclusão de aspetos motivacionais, sociais e psicológicos para cativar o paciente e a sua família no processo, o que só pode ser realizado por uma equipa multidisciplinar (Boccardi & Frisoni, 2006).

## **2. Método**

### **2.1 Objetivo e Questões de Investigação**

O objetivo deste estudo consiste em analisar a perceção dos cuidadores informais sobre o papel do psicólogo na demência.

Devido ao aumento da esperança média de vida, tem-se vindo a verificar um risco crescente de desenvolvimento de patologias demenciais. Como consequência, e a par desta realidade, torna-se cada vez mais pertinente a intervenção de profissionais nesta área.

Tendo como base a investigação, verifica-se que a prestação de cuidados tem vindo a revelar sequelas a nível psicológico (ansiedade, depressão) no cuidador informal (Schulz & Williamson, 1991; Dura, Kiecolt-Glaser & Stukenber, 1991; Cluff & Binstock, 2001). Sendo assim, surge a necessidade do psicólogo incidir a sua atuação nesta população por forma a prevenir os riscos que advêm do ato de cuidar e apoiar sempre que eles se instalam. Deste modo, para que o psicólogo consiga ter sucesso na sua intervenção torna-se relevante ter em conta qual a perceção desta população sobre o papel deste profissional no acompanhamento destas situações.

#### **Questões de investigação**

1. De que forma poderá um psicólogo ajudar no acompanhamento de situações em que haja demência?
2. Para quem poderá ser benéfico o acompanhamento psicológico?

3. Quais as características específicas que um psicólogo deverá ter para fazer um bom acompanhamento aos sujeitos com demência e aos seus cuidadores informais?

## 2.2 Metodologia

Para responder a estas questões, o método utilizado foi a metodologia qualitativa. Esta metodologia consiste numa abordagem que permite a interação com os sujeitos, facultando a subjetividade de cada indivíduo (Creswell, 2003). Sabendo as diferenças que existem entre os indivíduos, tornando-os únicos na sua vivência e experiência em determinadas situações, torna-se pertinente entrevistar vários sujeitos para compreender diferentes perspetivas.

### Participantes

Foi selecionada uma população não probabilística (intencional) obedecendo ao seguinte critério:

Indivíduos da comunidade, cuidadores informais (familiares) de sujeitos com demência. Na tabela que se segue pode analisar-se as características da amostra.

Tabela 1. Caracterização da amostra

	Género	Faixa Etária	Parentesco
Sujeito 1	Masculino	70-80 anos	Cônjuge
Sujeito 2	Feminino	50-60 anos	Filha
Sujeito 3	Feminino	60-70 anos	Filha
Sujeito 4	Masculino	50-60 anos	Filho
Sujeito 5	Feminino	80-90 anos	Cônjuge
Sujeito 6	Masculino	70-80 anos	Cônjuge
Sujeito 7	Masculino	70-80 anos	Cônjuge
Sujeito 8	Feminino	50-60 anos	Filha
Sujeito 9	Feminino	50-60 anos	Filha
Sujeito 10	Masculino	80-90 anos	Cônjuge

### Instrumento

O instrumento utilizado na investigação foi um guião de entrevista semiestruturado. Este método de recolha de dados permite aceder às experiências e perspetivas dos diferentes sujeitos (Turner, 2010).

Tendo como finalidade explorar o objetivo acima mencionado, foram recolhidos dados sobre a perceção dos cuidadores informais relativamente ao papel do psicólogo na demência,

questões que abordaram as competências e características do psicólogo no acompanhamento desta população e os benefícios que este profissional poderá trazer.

Tabela 2. Guião de entrevista

---

Qual o seu grau de parentesco com o/a Senhor/a X?
Há quanto tempo cuida do/a senhor/a X?
Como lidou com as alterações de comportamento do seu familiar?
Que comportamentos por parte do/a x o fragilizaram mais?
Recorda-se das emoções que despoletaram em si?
Como se sente desde que começou a tomar conta do senhor/a x?
Quais são as principais dificuldades que sente no ato de cuidar?
Sente que o/a limita de alguma forma?
Sentiu ou sente necessidade de apoio de outras pessoas para lidar com o/a senhor/a x?
. Sente que tem ou teve apoio por parte dos familiares?
. E de profissionais (médico, enfermeiro, psicólogo, outro)?
. Faz parte de algum grupo de apoio?
. Já procurou apoio psicológico para lidar melhor com a situação? Se sim, pode descrever junto de quem procurou e que tipo de apoio recebeu?
. Se nunca procurou apoio, alguma vez sentiu necessidade de apoio psicológico para lidar melhor com a situação?
. De que forma poderia um psicólogo ajudá-la/o nesta situação:
Transmitindo conhecimentos? Se sim, que tipo de conhecimentos?
Oferecendo apoio emocional? Se sim, que tipo de apoio?
. Para quem este apoio poderá ser benéfico: para si próprio/a ou para o seu familiar?
. Que características específicas deveria ter um psicólogo para fazer um bom acompanhamento?

---

## 2.3 Procedimentos

### Recolha de dados

A recolha de dados foi feita junto da comunidade na área do grande Porto, entre Janeiro e Maio de 2016. Para esta recolha de dados, nas entrevistas individuais, foi utilizado o guião de entrevista com questões focadas no objetivo atrás mencionado. No entanto, o guião que foi

aplicado na entrevista sofreu alterações dependendo das informações fornecidas pelos sujeitos.

Foram solicitados os contactos telefónicos de cuidadores informais de sujeitos do centro de dia da Santa Casa da Misericórdia que sofriam de demência e os restantes foram pedidos através de contacto direto.

No ato da entrevista, para que decorresse conforme o pretendido, foi garantido ao entrevistado o anonimato e a confidencialidade. Foi também solicitada, através do consentimento informado, a gravação da entrevista em formato áudio, para ser posteriormente transcrita na íntegra.

### Tratamento e análise de dados

Após a recolha de dados nas entrevistas, foi feita a sua transcrição e posteriormente a análise do conteúdo. Esta consiste na apreensão de significados e interpretação da informação (Ritchie & Lewis, 2003). Nesta fase, a reflexão é uma constante para organizar a informação recebida. Aqui, inicia-se o processo de codificação da informação em palavras-chave, agrupando em categorias com o intuito de responder aos objetivos propostos no estudo (Creswell, 2003). Apesar das inúmeras categorias existentes, no decorrer desta análise de dados as categorias não foram utilizadas na sua totalidade. Foi feita uma triagem das mesmas, de forma a dar resposta às questões de investigação de interesse para este estudo. Optou-se, assim, por apresentar e discutir apenas as categorias mais representativas ou relevantes, tendo em conta o conteúdo das entrevistas levadas a cabo.

Para que este processo fosse possível, foi utilizado o NVIVO, versão 10, onde se regista todo o processo de investigação, classificando e agrupando todos os contributos dos participantes em categorias e subcategorias que vão surgindo de uma lógica indutiva e de criação de conhecimento.

## 2.4 Resultados

Os resultados referentes a este estudo são apresentados a seguir.

Código	Designação das categorias	NºReferências da categoria na entrevista	Descrição	Unidade de Registo (exemplo)
<b>De que forma poderá um psicólogo ajudar nestas situações?</b>				
1.1	Informação	12	Esta categoria codifica a necessidade de informação dada pelo psicólogo para lidar com a situação do familiar.	<i>“Ahhh um psicólogo, um psicólogo eu esperava que ele me desse milhentos conselhos, milhentos conselhos e desses milhentos conselhos é natural que eu aproveita-se alguns.”</i>

1.2	Apoio Psicológico	9	Esta categoria codifica a expectativas do cuidador informal no acompanhamento psicológico.	<i>“Eu esperava tudo, eu esperava tudo... apoio moral, moralizar-me, moralizar.”</i>
1.3	Desmistificar crenças e/ou comportamentos	2	Esta categoria codifica situações em que o cuidador informal revela que espera que o psicólogo consiga desmistificar crenças e/ou comportamentos.	<i>“O psicólogo através dos conhecimentos que tem é que consegue ir sacar essas coisas todas, porque nos não conseguimos, nos temos uma conversa normal, o psicólogo tem maneiras e perguntas de forma que consiga perceber...”</i>
1.4	Alteração de comportamentos	1	Esta categoria codifica relatos em que o cuidador espera que o psicólogo mude determinados comportamentos do seu familiar com demência.	<i>“Eu acho que lhe podiam ir-lhe dizendo, portanto para não me massacrar tanto a cabeça...”</i>
1.5	Homeostasia	7	Esta categoria codifica relatos em que o cuidador informal espera que o psicólogo lhe traga homeostasia.	<i>“Transmitir tranquilidade, não há nada que substitua um psicólogo nesse aspeto...”</i>
1.6	Desconhecimento	3	Esta categoria codifica relatos em que o cuidador informar revela não ter conhecimento do papel do psicólogo.	<i>“Sei lá, não faço ideia, mas eu sei que preciso”</i>
<b>Para quem poderá ser benéfico o acompanhamento psicológico?</b>				
2.1	Ambos	2	Esta categoria codifica situações em que o cuidador refere que o psicólogo poderia ser benéfico tanto para o cuidador como para o familiar com demência.	<i>“Aos dois. Se é que ela interpretar-se o que o psicólogo lhe dizia (silêncio)”</i>
2.2	Cuidador informal	7	Esta categoria codifica situações em que o cuidador menciona que o acompanhamento do psicólogo poderia ser benéfico apenas para si.	<i>“Tinha de ser para mim, porque ele não sabe nada, é para mim.”</i>
2.3	Desnecessário	1	Esta categoria codifica situações em que o cuidador menciona que o acompanhamento do psicólogo é desnecessário.	<i>“Na minha situação atual , na minha situação mental, não vejo que um psicólogo me desse grande ajuda, não vejo.”</i>
<b>Quais as características específicas que deverá ter um psicólogo para fazer um bom acompanhamento?</b>				
3.1	Perfil para a profissão	3	Este item codifica situações em que o cuidador refere que o psicólogo deverá ter características intrínsecas para desempenhar adequadamente a sua função.	<i>“Se tiver o perfil, ser um bom ser humano “</i>
3.2	Experiência	3	Esta categoria codifica situações em que o cuidador informal revela que o psicólogo deve ter experiência.	<i>“Vós tendes de saber muito para lidar com estas coisas e saber muito leva muito tempo.”</i>
3.3	Empatia	6	Esta categoria codifica relatos em que o cuidador informal profere que o psicólogo deverá ter capacidade de se posicionar no lugar do outro.	<i>“Se houver aquela empatia entre, entre o profissional e o idoso o psicólogo pode, pode não, é isso que provavelmente se espera de um bom psicólogo”</i>
3.4	Escuta Ativa	5	Esta categoria codifica relatos que o cuidador informal espera que o psicólogo seja um bom ouvinte.	<i>“Principalmente a capacidade de escuta, a capacidade de ouvir o familiar ou a pessoa”</i>

3.5	Afetividade	2	Esta categoria codifica situações em que o cuidador revela que o psicólogo deverá ser uma pessoa carinhosa.	<i>“carinho...carinho é essência, a maneira como acarinha a pessoa é essencial, para a pessoa se sentir mais aliviada, é essencial.”</i>
-----	-------------	---	---	--

## 2.5 Discussão de Resultados

QI	Categorias evidenciadas
QI 1- De que forma poderá um psicólogo ajudar nestas situações?	1.1 Informação
	1.2 Apoio Psicológico
	1.3 Desmistificar crenças e/ ou comportamentos
	1.4 Alteração de comportamentos
	1.5 Homeostasia
	1.6 Desconhecimento
QI 2- Para quem poderá ser benéfico o acompanhamento psicológico?	2.1 Ambos
	2.2 Cuidador informal
	2.3 Desnecessário
QI 3- Quais as características específicas que deverá ter um psicólogo para fazer um bom acompanhamento?	3.1 Perfil para a profissão
	3.2 Experiência
	3.3 Empatia
	3.4 Escuta ativa
	3.5 Afetividade

Este estudo permitiu aceder às perceções dos cuidadores informais sobre o papel do psicólogo na demência. Posteriormente discutem-se os resultados obtidos, facultando respostas às questões de investigação (QI) previamente descritas.

Nas categorias referentes à Q1 na dimensão *informação* os cuidadores informais revelam que esperam do psicólogo a transmissão de conhecimentos para lidarem com a realidade presente de forma mais ajustada. De facto, pode-se aferir que esta dimensão é uma das mais prevalentes nas expectativas dos familiares de pessoas com demência. Segundo Medeiros (2000), os cuidadores sentem dificuldades na atividade de cuidar e uma dessas dificuldades é o facto de se sentirem pouco informados sobre a doença, provocando neles um enorme desgaste físico e emocional.

Na dimensão *apoio psicológico*, os cuidadores demonstraram, através das entrevistas, que esperam do psicólogo apoio psicológico para lidar com a situação em que se encontram. Esta categoria está muito patente ao longo do estudo feito a esta população. Simões (1994), citando Brodaty, realça o contributo da existência de um confidente para a melhoria da auto

estima do cuidador. O psicólogo surge então, nesta situação, como um profissional capaz de minimizar as mazelas decorrentes do ato de cuidar.

Na categoria *desmistificar crenças e/ ou comportamentos*, é esperado por parte do profissional da área de psicologia desmistificar crenças e/ ou comportamentos ao longo do acompanhamento terapêutico. Esta dimensão, embora não tenha muita prevalência no estudo, parece ser uma categoria fulcral na intervenção do psicólogo nesta população.

As estratégias de reestruturação cognitiva, tem como objetivo ensinar o paciente a observar, a controlar os pensamentos irracionais e negativos e a avaliar fatores favoráveis e contrários aos pensamentos disruptivos, corrigindo as interpretações falaciosas por interpretações mais ajustadas (Beck, 1997).

Na dimensão *alteração de comportamentos*, o cuidador informal espera do psicólogo a alteração de comportamentos verificados, ou seja o profissional de psicologia deve conseguir ajudar o seu paciente a alterar comportamentos não desejados. Esta categoria poderá ser considerada uma categoria decorrente da denominada *desmistificar crenças e/ ou comportamentos*, prática utilizada na psicoterapia para posteriormente modificar comportamentos desajustados na vida do sujeito.

No que concerne à categoria *homeostasia*, abordada ao longo das entrevistas no presente estudo, depreende-se que esta é o equilíbrio entre as necessidades de um sujeito e o ultrapassar essas necessidades sentidas. Esta categoria poderá resultar do *apoio psicológico* terapia utilizada pelo psicólogo. Espera-se que o psicólogo consiga reduzir o sofrimento do cuidador informal bem como do sujeito com demência, devendo para tal fazer o acompanhamento dos mesmos relativamente aos aspetos emocionais decorrentes da doença (Correa, Ferreira, Ferreira, & Banhato, 2012). Depreende-se assim, que no decorrer do acompanhamento psicológico, o paciente e o familiar deverão conseguir obter a tal *homeostasia*, na medida em que esse sofrimento tiver sido reduzido.

No presente estudo a categoria à qual denominamos como *Desconhecimento*, demonstra que os cuidadores revelam desconhecimento relativamente às funções incumbidas ao psicólogo para fazer um bom acompanhamento. Por essa razão e tendo como resposta a não necessidade deste profissional, relativa à Q2, poderá ser em determinados casos uma razão decorrente desse mesmo desconhecimento. De acordo com Córrea, Ferreira, Ferreira e Banhato (2012) o facto de o psicólogo não ser ainda parte integrante do quadro de profissionais de saúde na grande maioria das instituições em Portugal, poderá afetar a percepção e o reconhecimento do seu valor. Na verdade, nas instituições em Portugal, o

âmbito de ação do psicólogo que trabalha na área de psicogerontologia parece não estar ainda bem delineado.

Passando à Q2, na categoria denominada *ambos*, codificam-se situações em que o entrevistado revela que o acompanhamento poderia ser benéfico para ambas as partes. Contudo, apesar desta categoria ter sido abordada ao longo do estudo, é mencionada por determinados cuidadores ser eficaz, para o sujeito com demência, apenas em fases iniciais desta doença. Na categoria *cuidador informal*, os entrevistados mencionam que o acompanhamento do psicólogo poderá ter apenas relevância para os sujeitos que lidam diariamente com indivíduos com demência. Cuidar dos cuidadores surge, desta forma, como uma necessidade primordial para proporcionar a qualidade de vida aos cuidadores e aos doentes (Sabater Mateus & López Ortacans, 1998).

No que respeita à Q3 obtivemos as seguintes respostas: a categoria *perfil para a profissão* codifica relatos em que o psicólogo deverá ser um profissional que possui características inatas, tal como a categoria à qual denominamos *afetividade*. Esta, por sua vez, codifica relatos em que o cuidador refere que o psicólogo deverá ser uma pessoa carinhosa. Atualmente, constata-se uma realidade em que as exigências do mercado de trabalho requerem, não só qualificações técnicas do profissional, mas também competências individuais e sociais (Delors, 1996). Esta categoria, *perfil para a profissão*, apesar de pertencer às categorias inatas do sujeito, poderá estar intrinsecamente relacionada com as competências básicas da profissão, tais como as categorias *empatia* e *escuta ativa*. A categoria *empatia*, codifica relatos em que o cuidador informal profere que o psicólogo deverá ter capacidade de se posicionar no lugar do outro e *escuta ativa* é uma categoria que codifica situações em que o entrevistado revela que espera que o psicólogo seja um bom ouvinte. Estas duas categorias parecem ser aspetos valorizados pelos cuidadores e esperados ao longo do acompanhamento. Bloch (1999), refere que um psicólogo deverá ter como objetivo possibilitar a satisfação de necessidades de afeto, bem como ajudá-lo na alteração de atitudes, emoções e comportamentos disruptivos que impeçam o seu bem estar. Duas das características que permitem satisfazer esse objetivo é a empatia e a escuta ativa. De acordo com Bion (1992), a empatia é uma característica essencial no psicólogo, que deve ser capaz de se colocar no lugar do paciente e ter a capacidade de perceber o seu sofrimento. O Psicólogo demonstra *empatia* quando demonstra interesse genuíno através da *escuta ativa*.

### 3. Conclusão e Limitações do Estudo

O presente estudo teve como intuito analisar a percepção dos cuidadores informais sobre o papel do psicólogo no acompanhamento de pessoas que sofrem de demência.

As entrevistas realizadas permitiram aceder às suas expectativas e posteriormente refletir sobre essa matéria.

Através das respostas, relativas às experiências do ato de cuidar, relatadas pelos entrevistados, concluiu-se que a generalidade apresenta uma imagem positiva do psicólogo, embora pouco esclarecida sobre o seu papel, resultando em crenças pouco ajustadas relativamente a estes profissionais. Para os entrevistados o acompanhamento deverá ser fundamentalmente dirigido aos cuidadores informais. No entanto, existem estudos que comprovam que o profissional da psicologia poderá ter um papel fundamental também no idoso. Esta, é uma realidade desconhecida da grande maioria dos entrevistados. As intervenções não farmacológicas têm como objetivo sensibilizar os cuidadores e reabilitar o idoso, diminuindo assim o impacto da doença e os obstáculos sentidos diariamente. Com o intuito de estimular a autonomia e a autoestima, entre outros, as variadas formas de intervenção no idoso, poderá o psicólogo recorrer à musicoterapia, terapia da orientação para a realidade, estimulação cognitiva e terapia da reminiscência. A par destas formas de intervenção é também desejável a “promoção de um envelhecimento ativo e saudável”, através da psicoeducação, do apoio psicossocial e intervenção no núcleo familiar (Carvalho & Faria., 2014, p.20).

Concluiu-se terem existido várias limitações:

1. A amostra revelou-se reduzida, não obstante a relevância dos dados recolhidos que foram de encontro ao objetivo proposto.
2. Poderá igualmente ser considerada uma limitação a globalidade dos entrevistados ter desconhecimento do papel do psicólogo devido a nunca ter tido acompanhamento.
3. O facto da maioria dos elementos dessa amostra ter apoio de cuidadores formais, pois frequentam o centro de dia. Teria sido pertinente entrevistar cuidadores de vários estratos sociais. Importante também, seria entrevistar familiares com e sem apoio de cuidadores formais (assistentes de ação social, enfermeiros, médicos). Teria sido importante o estudo comparativo entre cuidadores informais que frequentassem

grupos de apoio com os seus familiares e outros que não contassem com esse apoio. Por último, teria sido relevante comparar cuidadores com e sem apoio psicológico para estudos futuros. Considera-se pertinente a psicoeducação para cuidadores informais, como meio transmissor dos conhecimentos necessários para lidar com as adversidades decorrentes da demência. Sensibilizar para as tarefas do psicólogo é outro objetivo a atingir nesta área em particular, bem como incentivar a integração em grupos de apoio onde é permitida a partilha de experiências.

## Bibliografia

- Abreu, I. D., Barros, H. L., & Forlenza, O. V. (2005). Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 131-136.
- Alzheimer's Australia (2013). 5 simples steps to maximise your brain health. *Alzheimer's Australia*.
- Andrén, S., & Elmståhl, S. (2008). Psychosocial intervention for family caregivers of people with dementia reduces caregiver's burden: Development and effect after 6 and 12 months. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22(1), 98-109. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00498.x.
- Barreto, J. (2005). Os sinais da doença e sua evolução. In A. Castro-Caldas & A. Mendonça (Eds.), *A doença de alzheimer e outras demências em Portugal* (pp.27-60). Lisboa: Lidel.
- Beck, J.S. (1997) - *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, 843-857.
- Bion, W. R. (1992). *Conversando com Bion*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bloch, S. (1999). *Uma introdução às psicoterapias*. Lisboa: Climepsi Bucher, R. (1989). *A psicoterapia depois da fala: fundamentos, princípios, questionamentos*. São Paulo: EPU.
- Boccardi, M., & Frisoni, G. B. (2006). Cognitive rehabilitation for severe dementia: critical observations for better use of existing knowledge. *Mechanisms of ageing and development*, v. 127, 166-172.
- Brito, D. C. S. (2009). Cuidando de quem cuida: estudo de caso sobre o cuidador principal de um portador de insuficiência renal crônica. *Revista Psicologia em Estudo, Maringá*, vol. 14(3), 603-607.
- Burns, M. D., Nichols, L. O., Adams, J. M., Graney, M. J., & Lummus, A. (2003). Primary Care Interventions for Dementia Caregivers: 2-Year Outcomes From the REACH Study. *The Gerontologist*, 43(4), 547-555.
- Carvalho, A., & Faria, S. (2014). Demência nos Idosos. In A. Fonseca (Coord.), *Demência na Terceira Idade. Contributos Teóricos, Competências a Mobilizar e Estratégias de Intervenção* (pp. 7-24). Vila Nova de Famalicão: Adrave.
- Cerqueira, A. T. A. R., & Oliveira, N. I. L. (2002). Programa de Apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia USP*, 13(1), 133-150.
- Chiquelho, R., Neves, S., Mendes, A., Relvas, A. P., & Sousa, L. (2010). proFamilies: a psycho-educational multifamily group intervention for cancer patients and their families. *European Journal of Cancer Care* (in press).
- Cluff, L., & Binstock, R. (2001). *The lost art of caring : a challenge to health professionals, families, communities, and society*. Baltimore : The Johns Hopkins University Press.
- Côrrea, J., Ferreira, M., Ferreira, V., & Banhato, E. (2012). Percepção de idosos sobre o papel do Psicólogo em Instituições de Longa Permanência. *Revista Brasileira de geriatria e gerontologia*, 15(1), 127-136.
- Cruz, M. N., & Hamdan, A. C. (2008). O Impacto da doença de Alzheimer no cuidador. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 13(2), 223-229.
- Davison, T. E., McCabe, M.P., Visser, S., Hudgson, C., G., & George, K. (2007). Controlled trial of dementia training with a peer support group for aged care staff. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 868-873.
- Delors, J. (1996). *Educação: Um tesouro a descobrir*. Edições ASA.
- Diogo, M. J. D., Ceolim, M. F., & Cintra, F. A. (2005). Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, 39(1), 97-102.
- Dunkin, J. J., & Hanley, C. A. (1998). Dementia caregiver burden: A review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*, 51(1), 53- 60.
- Dura, J., Kiecolt-Glaser, J., & Stukenberg, K. (1991). Anxiety and depressive disorders in adult children caring for demented parents. *Psychology and Aging*, 6 (3), 467-473.
- Engelhardt, E., Dourado, M., & Lacks, J. (2005). A Doença de Alzheimer e o impacto nos cuidadores. *Revista Brasileira de Neurologia*, 14(2), 5-11.
- Farrow, M. (2010). *Dementia risk reduction: A practical guide for health & lifestyle professionals*. Alzheimer's Australia.
- Ferri, C., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., Hall, K., Hasegawa, K., Hendrie, H., Huang, Y., Jorm, A., Mathers, C., Menezes, P., Rimmer, E., & Sczufca, M. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 366(9503), 2112- 2117.

- Figueiredo, D. (2009). Reinventing family caregiving: A challenge to theory and practice. In L. Sousa (Ed.), *Families in Later Life: Emerging Themes and Challenges* (pp.117-134). New York: Nova Science Publishers.
- Figueiredo, D., & Sousa, L. (2008). Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26, 15-24.
- Garrido, R., & Almeida, O. P. (1999). Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto na vida do cuidador. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57(2B), 427-434.
- Garrido, R., & Menezes, P. R. (2004). Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Revista de Saúde Pública*, 38(6), 835- 841.
- George, L. (1996). Social factors and illness. In R. H. Binstock & L. K. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*, (229-252). San Diego: Academic Press.
- Goldfarb, D. C., & Lopes, R. G. C. (1996). A família frente à situação de Alzheimer. *Gerontologia*, 4(1), 33-37.
- Grandi, I. (1998). *Conversando com o Cuidador: A doença de Alzheimer*. Belém: Grafisa.
- Guerra, S., Mendes, A., Figueiredo, D., & Sousa, L. (2011). ProFamilies-dementia: a programme for elderly people with dementia and their families. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice* (Forthcoming).
- Haley, W. (1997). The family caregiver's role in Alzheimer's disease. *Neurology*, 48(5), 25-29.
- Hinrichsen, G. A., & Niederehe, G. (1994). Dementia Management Strategies and Adjustment of Family Members of older patients. *The Gerontologist*, 34(1), p. 95- 102.
- INE (2011). *Censos 2011*. Acedido a 10 de Outubro de 2015, através de [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011\\_apresentacao](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao)
- Jacques, B., Jacques, A., & Jackson, G. A. (2000). *What is dementia* (3.ed.). Oxford: Churchill Livingstone.
- Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3), 861-866.
- Kuske, B., Hanns, S., Luck, T., Angermeyer, M., Behrens, J., & Riedel-Heller, S.G. (2007). Nursing home staff training in dementia care: a systematic review of evaluated programs. *International Psychogeriatrics*, 19(5), 818– 841.
- McShane, R.H. (2000). What are the syndromes of behavioral and psychological symptoms of dementia? *International Psychogeriatrics*, 12 (1), p.147-153.
- Medeiros, M. C. S. (2000) - *A prestação de cuidados à população idosa: Inquérito a uma amostra de população idosa dependente e aos seus prestadores de cuidados, na cidade de Lisboa*. Lisboa: Monografia da Licenciatura em Política Social, Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Melo, A. (2010). Dificuldades sentidas pelo cuidador de um doente com Alzheimer : revisão bibliográfica. *Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa*, 2-60. Consultado em: WWW: <URL: [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1859/2/PG\\_17127.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1859/2/PG_17127.pdf)>.
- Mohide, E. A. (1993). Informal care of community- dwelling patients with Alzheimer's disease: Focus on the family caregiver. *Neurology*, 43(4), 16-19.
- Moniz-Cook, E. (2006). Cognitive stimulation and dementia. *Aging & Mental Health*, 10(3), 207-210.
- Nunes, B. (2008). *Memória: funcionamento, perturbações e treino*. Lisboa: Lidel.
- Paquete, P. (2014). Ocupação de Pessoas com Demência nas Instituições. In A. Fonseca (Coord.), *Demência na Terceira Idade. Contributos Teóricos, Competências a Mobilizar e Estratégias de Intervenção* (pp. 55-64). Vila Nova de Famalicão: Adrave.
- Pedinielli, J. (1999). *Introdução à psicologia clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Penninx, B. W. J. H., Van Tilburg, T., Kriegsman, D. M. W., Boeke, A. J. P., Deeg, D. J. H., & Van Eijk, J. T. M. (1999). Social network, social support and loneliness in older persons with different chronic diseases. *Journal of Aging and Health*, 11, 151-168.
- Rafacho, M., & Oliver, F. C. (2010). A atenção aos cuidadores informais/familiares e a estratégia de Saúde da Família: contribuições de uma revisão bibliográfica. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, 21(1), 41-50.
- Ritchie, J., & Lewis, J. (2003). *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers*. SAGE Publications.
- Rodrigues, F. (2004). *Articulação entre os cuidados de saúde primários e a saúde mental*. Lisboa: Climepsi.
- Rolland, Y., Pillard, F., Klapouszczak, A., Reynish, E., Thomas, D., Andrieu, S., Reviere, D., & Vellas, B. (2007). Exercise Program for Nursing Home Residents with Alzheimer's Disease: A 1-Year Randomized, Controlled Trial. *Journal of American Geriatrics Society*, 55, 158-165.
- Rosa, T. E. C., Benício, M. H. D., Latorre, M. R. D. O., & Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 37(1), 40-48.

- Sabater Mateus, M<sup>a</sup> Pilar & López Ortacans, German (1998). Demencias: impacto familiar y prevención del síndrome del cuidador. *Revista Rol de Enfermería*, 243, 21-26.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Schulz, R., & Williamson, G. (1991). A 2-year longitudinal study of depression among Alzheimer's caregivers. *Psychology and Aging*, 6(4), 569-578.
- Schulz, R., Belle, S.H., Czaja, S.J., McGinnis, K.A., Stevens, A., & Zhang, S. (2004). Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and well-being. *The Journal of American Medical Association*, 292(8), 961-967. doi:10.1001/jama.292.8.961.
- Shanas, E. (1979). The family as a support system in old age. *The Gerontologist*, 19, 169- 174.
- Simões, Mário (1994). O médico e o familiar ou cuidador do paciente psicogeriatrico. *Psiquiatria na Prática Médica*, 7 (5), 9-14.
- Sörensen, S., Pinquart, M. & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42(3), 356-372.
- Sotto Mayor, M., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2008). Satisfacción percibida en el cuidado de ancianos. *Gerokomos*, 19(3), p.121-127.
- Sousa, L., Mendes, A., & Relvas, A. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa: Climepsi.
- Taub, A., Andreoli, S. B. & Bertolucci, P. H. (2004). Dementia caregiver burden: Reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. *Caderno de Saúde Pública*, 20(2), 372-376. doi:org/10.1590/S0102-311X2004000200004
- Touchon, J., & Portet, F. (2002). *Guia Prática da Doença de Alzheimer* (1<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Wimo, A., Winblad, B., Aguero-Torres, H., & von Strauss, E. (2003). The magnitude of dementia occurrence in the world. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 7, p. 63-67.
- Yalom, I. D. (2000). *Psicologia y literatura: el viaje de la psicoterapia a la ficción*. Barcelona: Paidós.
- Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., Sousa, L. (2012). Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 12 (1), [119-129].
- Bottino, C., Carvalho, I., Alvarez, A., Avila, R., Zukauskas, P., Bustamante, S., Andrade, F., Hototian, S., Saffi, F., Samargo, C. (2002). Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de alzheimer. *Arq Neuropsiquiatr*, 1, 70-79.
- Bustamante, s., bottino, c., lopes, m., azevedo, d., hototian, s., litvoc, j., filho, w. (2003). Instrumentos combinados na avaliação de demência em idosos. *Arq Neuropsiquiatr*. 3-A, 601-606.
- Caramelli, P., Barbosa, M. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência?. *Rev Bras Psiquiatr*, 24, 7-10.
- Correa, J. C., Ferreira, M. E., Ferreira, V. N., & Banhato, E. F. (2012). Percepção de idosos sobre o papel do psicólogo em instituições de longa permanência. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 15(1), 127-136. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000100014>
- Creswell, J.W. (2003). *Research Design: Qualitative, quantitative and mixed method approaches*. USA: Sage Publications, Inc.
- Dourado, M., Laks, J., Leibing, A., Engelhardt, E. (2006). Consciência da doença na demência. *Rev. Psiq. Clín.* 6, 313-321.
- Figueiredo, D., Sousa, L. (2008). Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Saúde do idoso*, 26 (1), [1-10].
- Filho, E., Netto, M. (2006). *Geriatria. Fundamentos, clínica e terapêutica*. Atheneu, 2<sup>a</sup> edição, São Paulo.
- Fonseca, A. (2014). Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. In Fonseca, A. (1<sup>a</sup>eds). *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. (pp.1-19). Lisboa: Coisas de Ler
- Fonseca, A., et al. (2014). Demência na terceira idade. Contributos teóricos, competências a mobilizar e estratégias de intervenção. RESATER.
- Fonseca, A. (2014). A demência. *Cuidados e Demência na terceira idade*, [31-34]

FONSECA, A. M. — O envelhecimento bem-sucedido. In PAUL,C., FONSECA, A.M, ed lit. — Envelhecer em Portugal. Lisboa :Climepsi Editores, 2005. ISBN 972-796-185-1. 281-311.

Garrido, R., Menezes, P. (2004). Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Rev. Saúde Pública*,38, 835- 841.

Jacob, L. (2007). *Animação de idosos: atividades*. Porto: Ambar.

Hamdam,A.,Bueno,O. (2005) Relações entre controle executivo e memória episódica verbal no comprometimento cognitivo leve e na demência tipo Alzheimer. *Estudos de Psicologia*,10, 63-71.

Lopes, L., Cachioni, M. (2012). Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr*, 4, 252-61.

Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel

Rodrigues, F. (2004). *Articulação entre os cuidados de saúde primários e a saúde mental*. Lisboa: Climepsi.

Rodrigues, C. (2007). Psicologia da saúde e pessoas idosas. In J. Teixeira (Org.), *Psicologia da saúde: contextos e áreas de intervenção* (pp. 235-250). Lisboa: Climepsi. Rogers, C. (1991).

SCHULZ, R., WILLIAMSON, G. — A 2-year longitudinal studyof depression among Alzheimer’s caregivers. *Psychology and Aging*. ISSN 0882-7974. 6 : 4 (1991) 569-578.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 364-371. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000300016>

Yalom, I. D. (2000). *Psicología y literatura: el viaje de la psicoterapia a la ficción*. Barcelona: Paidós.