



**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO**  
**UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA**  
**“LUÍS DE CAMÕES”**

**INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA COM CUIDADORES INFORMAIS**

Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Autora: Beatriz Constantino Pereira

Orientadora: Professora Doutora Rute Sofia Ribeiro Brites Lopes Dias

Número da candidata: 30003075

**Junho de 2023**

**Lisboa**

## AGRADECIMENTOS

Para que o presente relatório de estágio fosse possível, contei com o apoio essencial de várias pessoas, às quais quero deixar o meu agradecimento.

Primeiramente, quero deixar um agradecimento à minha orientadora, a Prof.<sup>a</sup> Doutora Rute Brites. Agradeço por me ter ajudado e tranquilizado em todos os desafios do estágio académico, foi um grande apoio ao longo deste ano letivo e um exemplo a seguir. Levo comigo os ensinamentos, profissionalismo e empatia que me transmitiu enquanto professora e orientadora, sempre acreditando nas minhas capacidades e incentivando-me a dar o meu melhor.

Deixo também, um importante agradecimento à presidente da Associação na qual realizei o estágio académico. Agradeço por me ter aceitado como membro na sua instituição, por me ter dado autonomia para realizar as tarefas propostas e por me ter acompanhado ao longo de todo o processo. Foi, sem dúvida, um elemento facilitador neste desafio.

Agradeço também às minhas amigas de curso, que me acompanharam desde o início da licenciatura. Obrigada pelo apoio, pela partilha e por me ajudarem a finalizar este percurso académico, tornando o caminho mais fácil.

Deixo também, um importante agradecimento às pessoas que me acompanham na minha vida privada. Obrigada às minhas amigas e namorado, pelo apoio constante, pela motivação que me deram e por nunca me deixarem duvidar das minhas capacidades e daquilo que posso vir a alcançar.

Agradeço à minha família, que foi porto de abrigo para desabafos, incertezas, alegrias e sonhos. Obrigada por acompanharem todo o meu percurso e por serem quem me ampara nos momentos de dúvida e celebra comigo as maiores conquistas. Foram e são, o meu pilar fundamental.

Por fim, quero deixar o meu sentimento de gratidão aos cuidadores informais que acompanhei ao longo do estágio. Sem eles, este percurso não seria possível e a eles dedico o meu respeito e admiração, pela resiliência que têm ao enfrentar os desafios que a vida lhes proporcionou e pela confiança com que me deixaram entrar nas suas vidas. Foi um enorme prazer conhecer cada um deles e presenciar a dedicação que têm com aqueles de quem cuidam, apesar das dificuldades.

Levo deste estágio muitas aprendizagens, tanto a nível profissional como a nível pessoal, que serão a base para a continuação do meu percurso em psicologia.

## RESUMO

O presente relatório de estágio trata-se do trabalho para a finalização do mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento e para a obtenção do grau académico de Mestre pela Universidade Autónoma de Lisboa. O estágio decorreu entre outubro de 2022 e junho de 2023, numa Associação que visa defender os direitos dos Cuidadores Informais a nível nacional. Neste sentido, o estágio realizado pretendeu fornecer apoio psicológico a esta população. Este permitiu um maior contacto com a profissão em estudo, bem como uma maior aprendizagem e evolução profissional e pessoal, possibilitando pôr em prática os conhecimentos teóricos lecionados na Universidade. Este relatório pretende abordar as principais problemáticas dos Cuidadores Informais e as intervenções realizadas com esta população, ao longo do estágio. No enquadramento teórico abordam-se temáticas como as consequências da tarefa de cuidar, a demência como sendo a patologia mais comum das pessoas de quem cuidam e as patologias consequentes da sobrecarga de cuidar, o *burnout* e a depressão. Aborda-se também a pertinência e benefícios do apoio psicológico para a presente população-alvo, bem como as características do acompanhamento *online*. Na componente prática do relatório, descreve-se o trabalho desenvolvido na instituição de estágio, nomeadamente a apresentação e análise de dois casos clínicos. Por fim, é apresentada uma conclusão e reflexão pessoal acerca do estágio realizado. São nomeados alguns pontos positivos e menos positivos durante o decorrer do estágio, bem como uma análise e reflexão pessoal das aprendizagens realizadas.

**Palavras-Chave:** Estágio; Cuidador Informal; Abordagem Centrada na Pessoa; Apoio Psicológico; Avaliação Psicológica.

## ABSTRACT

This internship report is the work for the accomplishment of the Master's Degree in Clinical and Counselling Psychology and for obtaining the academic degree of Master by the Universidade Autónoma de Lisboa. The internship took place between October 2022 and June 2023, in an Association that aims to defend the rights of Informal Caregivers at a national level. In this regard, the internship aimed to provide psychological support to this population. It allowed a greater contact with the profession under study, as well as a greater learning and professional and personal evolution, enabling the theoretical knowledge taught at the University to be put into practice. This report main goal is to address the major issues of the Informal Caregivers and the interventions made in this population, throughout the internship. The theoretical framework is approached issues such as the consequences of caring, dementia as the most common pathology of those they care for, and the main pathologies resulting from care overload, *burnout* and depression. The relevance and benefits of psychological support for this target population are also referred, as well as the characteristics of *online* follow-up. In the practical component of the report, the work developed in this internship institution is described, such as the presentation and analysis of two clinical cases. Finally, the conclusion and a personal reflection about the internship is presented. Some positive and less positive points during the internship are named, as well as an analysis and personal reflection of the learnings made.

**Keywords:** Internship; Informal Caregiver; Person-Centered Approach; Psychological Support; Psychological Assessment.

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>I</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>III</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>IV</b>
<b>ÍNDICE .....</b>	<b>V</b>
<b>Índice de Abreviaturas .....</b>	<b>VII</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>11</b>
1. Cuidador Informal.....	12
Consequências do Cuidado Informal .....	14
Isolamento e Suporte Social dos Cuidadores Informais .....	16
<i>Burnout</i> e Depressão no Cuidador Informal .....	19
2. Demência.....	23
Tipos de Demência.....	25
3. A Pertinência da Psicologia no Apoio ao Cuidador Informal.....	29
Benefícios da Intervenção Psicológica.....	29
Abordagem Centrada na Pessoa como suporte para a Intervenção e Compreensão dos Casos.....	31
Pilares Fundamentais da Abordagem Centrada na Pessoa .....	31
Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo.....	32
Grupos Psicoeducativos.....	34
<b>PARTE II- ATIVIDADES DO ESTÁGIO .....</b>	<b>37</b>
1. Atividades do Estágio.....	38
Objetivos do Estágio.....	38
Grupos Psicoeducativos.....	39
Atividades Diversas.....	43
2. Apresentação e Análise de Casos Clínicos.....	45

Caso I- Acompanhamento Psicológico de “Ana” .....	45
Caso II- Avaliação Psicológica de “Maria” .....	63
<b>PARTE III- CONCLUSÃO E REFLEXÃO PESSOAL .....</b>	<b>75</b>
1. Conclusão e Reflexão Pessoal.....	76
Referências.....	78

## Índice de Abreviaturas

ACE-R- *Addenbrooke's Cognitive Examination*

APA – *American Psychiatric Association*

CDC- *Center for Disease Control and Prevention*

CID-11– *Classificação Internacional das doenças, 11ª Edição*

DSM-V – *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª Edição*

GDS- *Escala de Depressão Geriátrica*

IPO- *Instituto Português de Oncologia*

MMSE – *Mini-Mental State Examination*

OMS- *Organização Mundial de Saúde*

SNS- *Serviço Nacional de Saúde*

UAL – *Universidade Autónoma de Lisboa*

WHO – *World Health Organization*

## INTRODUÇÃO

Com o aumento da esperança média de vida da população portuguesa, tem-se constatado a dificuldade por parte das entidades governamentais em dar resposta às necessidades de uma comunidade cada vez mais envelhecida. O estado de progressiva dependência e o aumento dos cuidados necessários para com os idosos exigem uma atenção reforçada por parte da família, bem como cuidados domiciliários adequados às suas necessidades.

Devido à falta de apoios por parte do governo, a responsabilidade de cuidar dos idosos ou familiares com dependência, tem sido atribuída à família. Os membros da família mais próximos da pessoa a necessitar de apoio, tornam-se cuidadores informais. As tarefas realizadas pelos cuidadores ao domicílio são complexas e exigem esforço físico e psicológico, de modo a lidar da melhor forma possível com a responsabilidade que acarretam e com a falta de suporte (Mendes et al., 2019). De acordo com estudos avançados pela *Eurocarers*, em Portugal, existem de cerca de 800 mil cuidadores, sendo que 200 mil prestam cuidados a tempo inteiro. Estima-se que em Portugal, 80% dos cuidados prestados são feitos por cuidadores informais, na sua maioria mulheres.

Devido ao elevado número de cuidadores informais em todo o país, a urgência dos mesmos terem uma voz organizada e ativa na sociedade, fez com que um grupo de cuidadores se tenha unido de modo a criar uma associação que representasse os seus direitos. A Associação teve início em 2016, por iniciativa de um grupo de cuidadores informais que se reuniu virtualmente, de modo a partilharem interesses e as necessidades mais evidenciadas no ato de cuidar (Soeiro & Araújo, 2020).

Esta Associação sem fins lucrativos foi criada também com o intuito de defender e esclarecer acerca dos direitos e deveres relativos ao Estatuto do Cuidador Informal, bem como apoiar os mesmos a partir de atividades que os envolvam, como manifestações para reivindicar os direitos em falta. Esta Associação despertou e incentivou a discussão política em redor do trabalho não remunerado dos cuidadores, abrindo o interesse acerca da sua atividade e da sobrecarga da mesma. Os objetivos deste movimento passam por reconhecer o estatuto dos cuidadores informais, bem como os seus direitos e deveres, de modo a movimentar respostas políticas e sociais que lhes atribuam o devido reconhecimento pelo trabalho que fazem (Soeiro & Araújo, 2020).

Um marco importante na dignificação do cuidador informal ocorreu no dia 6 de setembro de 2019, quando a Assembleia da República aprovou o estatuto de cuidador informal

em Portugal, através da Lei nº 100/2019. Esta lei inclui o regulamento de direitos e deveres dos cuidadores informais e da pessoa a quem prestam cuidados, sendo também atribuído um subsídio de apoio aos cuidadores. Este foi um marco importante para a valorização do trabalho dos cuidadores informais (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2019).

Atualmente, a Associação mobiliza a sua atividade entre duas sedes (Seixal e Lisboa), de modo a dar resposta às necessidades e apoios dos cuidadores informais. Em ambos os estabelecimentos, os órgãos sociais da Associação desenvolvem atividades que visam promover a dignificação do estatuto de Cuidador Informal, bem como uma sociedade mais solidária. Trata-se assim, de contribuir para melhorar a qualidade de vida e diminuir a sobrecarga dos cuidadores, através de atividades e eventos direcionados a cuidadores de todo o país (instituição, s.d).

Foi neste contexto que se deu início ao estágio, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, o qual teve a duração de nove meses e 487 horas, sendo o presente relatório o resultado da aprendizagem e do trabalho realizado ao longo deste período. A carência de meios humanos para prestar serviços e apoio aos cuidadores informais, foi o ponto de partida para a necessidade de apoio a esta Associação.

Uma vez que a Associação possui uma abrangência a nível nacional, fez sentido que as intervenções psicológicas fossem realizadas à distância, em formato *online*. A tecnologia tem vindo a progredir de forma consistente, e por sua vez, a Psicologia tem vindo a acompanhar este desenvolvimento tecnológico, inserindo-se no contexto *online*. Atualmente, é possível interagir em tempo real com as pessoas através de um ecrã, sendo que na área da psicologia, a intervenção *online* começou a ser mais procurada (Siegmund & Lisboa, 2015).

Durante a pandemia COVID-19, a saúde mental teve uma maior relevância e aumentaram as procuras de apoio psicológico devido ao isolamento social vivido. Neste contexto, os psicólogos e psicoterapeutas tiveram de encarar novos desafios e adaptar-se às circunstâncias de atendimento virtual. A terapia *online* baseia-se assim, na adaptação às necessidades do cliente e tem o intuito de facilitar o acesso a pessoas que possuem dificuldade em se deslocarem a um estabelecimento presencial, como é o caso dos cuidadores informais (Correia, 2023).

A intervenção psicológica *online* pode ser realizada através de áudio, vídeo chamada, mensagens e e-mail. Algumas das limitações deste modelo de atendimento estão relacionadas com o uso da tecnologia, tanto por parte do técnico como por parte do cliente. Se existir uma baixa capacidade para as ferramentas informáticas, pouco acesso aos equipamentos e internet inadequada, pode comprometer a continuação do acompanhamento (Souza Torres et al., 2022).

No contexto de atendimento *online*, deve ser reforçado o sigilo profissional, o cliente e o técnico devem estar confortáveis para aceder à plataforma onde a sessão é realizada e deve-se aconselhar o cliente a estar num espaço com privacidade, sem distrações e onde não será interrompido. No que diz respeito à relação terapêutica entre profissional e cliente, acreditava-se que através da modalidade *online* esta relação poderia ficar comprometida, ao impossibilitar o contacto e interação presencial. No entanto, alguns estudos realizados comprovaram que as intervenções psicológicas *online* apresentam efeitos positivos a nível da saúde mental, bem como menor desistência do acompanhamento (Marasca et al., 2020).

O presente trabalho divide-se em duas partes, a primeira parte foca-se no enquadramento teórico acerca da temática abordada no presente trabalho e a segunda parte aborda a componente prática e atividades realizadas no estágio académico.

A primeira parte é constituída por três capítulos: o primeiro caracteriza o Cuidador Informal, definindo o seu papel, as consequências da tarefa de cuidar, o isolamento e suporte social do cuidador informal, e as patologias maioritariamente consequentes da sobrecarga de cuidar, depressão e *burnout*; o segundo capítulo foca-se na definição de demência, sendo esta a patologia mais observada na componente prática do trabalho; e o terceiro capítulo aborda a pertinência do apoio psicológico e dos grupos psicoeducativos para cuidadores informais, no sentido de diminuir a sobrecarga sentida pelos mesmos e proporcionar um suporte social.

A segunda parte do trabalho diz respeito à apresentação das atividades realizadas no estágio, nomeadamente os grupos psicoeducativos, atividades adicionais realizadas por parte da Associação, como *webinars* e palestras acerca do cuidador informal, a apresentação e discussão de um caso de acompanhamento psicológico e a apresentação e análise de uma avaliação psicológica. Por fim, na terceira parte do relatório é apresentada uma conclusão e reflexão acerca do estágio e das aprendizagens realizadas.

## **PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **1. Cuidador Informal**

O ato de cuidar é um processo complexo e natural do Ser Humano, que exige dedicação, motivação, afeto e empenho para com a pessoa que se propõe cuidar. O cuidado é essencial para todos os seres humanos, desde a sua nascença até ao seu envelhecimento, todos o experienciamos em algum momento ao longo da vida. No entanto, cuidar passa a ter outro significado quando se trata de cuidar de alguém que se encontra dependente de ajuda e suporte, na maioria das tarefas (Boff, 2020).

Neste sentido, existem dois tipos de cuidadores, o cuidador formal e o cuidador informal. O cuidador formal trata-se de um profissional de saúde, como um enfermeiro, auxiliar de saúde ou fisioterapeuta, que possui competências para a prestação de cuidados do doente, sendo remunerado pelo seu trabalho. O cuidador formal pode frequentar a casa do doente, no entanto, na maioria das situações este não coabita com o doente, apenas faz visitas domiciliárias para exercer o seu trabalho (Cardoso et al., 2012).

O cuidador informal é geralmente definido como um cuidador não remunerado, que presta cuidados a uma pessoa com quem possui uma relação social próxima, como um familiar, amigo ou vizinho, que esteja incapacitado ou em situação de dependência. Ser cuidador informal é uma tarefa árdua, no entanto, ainda não é considerado como um emprego, mas sim como uma ajuda prestada a alguém, de boa vontade e sem interesses (Groenou & Boer, 2016).

O cuidador informal presta apoio voluntariamente a um familiar ou amigo que possua determinada patologia ou dependência, que necessite da sua ajuda nas tarefas do quotidiano, como apoio a nível da higiene e cuidado pessoal, na gestão financeira, administração e gestão medicamentosa. Pode ser um membro da família do doente ou um conhecido que possua alguma relação de proximidade afetiva com o mesmo (Diniz et al., 2018; Roth et al., 2015). É de salientar que este apoio vem suprir a falta de recursos e opções que existem para responder às necessidades das pessoas que se encontram sozinhas, e com patologias limitadoras na sua vida (Silva, 2022).

Apesar de alguns cuidadores manterem os seus empregos, a maioria tem de abdicar dos mesmos para prestar auxílio ao familiar ou amigo dependente. Muitas das vezes, são dedicadas 24 horas do dia a cuidar, com horários cronometrados para cada tarefa, como hora da medicação, higiene pessoal, refeições e idas a consultas médicas. O apoio e suporte prestados pelo cuidador informal são de carácter físico, psicológico, financeiro e emocional, sendo que

muitas das vezes, a sobrecarga de responsabilidades e tarefas, torna difícil de gerir o dia-a-dia (Mendes et al., 2019).

Estes cuidados podem ser prestados por dois tipos de cuidadores informais, o cuidador informal primário e o cuidador informal secundário. O cuidador informal primário trata-se de um cuidador que coabita com o doente que precisa do seu apoio e presta cuidados permanentemente durante todo o dia. Este executa a maioria das tarefas diárias e assume a responsabilidade em relação aos cuidados de saúde do familiar dependente, acompanhando-o durante todo o dia (Lopes, 2022).

O cuidador informal secundário acompanha o doente de forma regular, mas não permanente. Este contribui para os cuidados de saúde do doente, mas fá-lo com menor regularidade e não assume toda a responsabilidade pelo mesmo. Na maioria dos casos, o cuidador informal secundário não vive permanentemente com o doente, fazendo apenas visitas domiciliárias para prestar os cuidados necessários (Rocha & Pacheco, 2013).

Pode-se constatar que o cuidador informal é uma figura de extrema importância, possuindo a responsabilidade de voluntariamente auxiliar e responder às necessidades da pessoa dependente. Esta tarefa exige um elevado grau de compromisso, sendo que o foco maioritário da vida do cuidador, passa a ser o outro indivíduo, esquecendo-se muitas vezes do autocuidado (Gaspar et al., 2022).

Um dos pontos que chama a atenção na revisão de literatura, é a prevalência do sexo feminino em todos os estudos realizados com cuidadores formais e informais. A maioria dos cuidadores informais são mulheres. Geralmente, podem ser as filhas ou esposas da pessoa cuidada, sendo diversos os motivos para assumirem este papel; pode ser pela falta de alternativas, por compaixão, por obrigação, maternalidade no caso dos filhos, ou por sentido de missão de cuidar (Marques et al., 2012).

Num estudo realizado por Marques et al. (2012), o objetivo passou por entender a experiência de vida de um grupo de cuidadoras informais, a perceção das mesmas em relação à sobrecarga que têm e a importância de desenvolverem estratégias de *coping* para melhor cuidar. Concluiu-se que as cuidadoras informais enfrentam uma elevada sobrecarga física e emocional. Contudo, reforçam que apesar das dificuldades, têm gosto em cuidar dos seus familiares, demonstrando interesse em aprender mais acerca da tarefa de cuidar, para uma maior capacitação (Marques et al., 2012).

## Consequências do Cuidado Informal

Como a tarefa de cuidar implica, geralmente, atividades físicas como cuidados de higiene, alimentação, administração de medicação e outras situações, o cuidador pode vivenciar situações desgastantes e de sobrecarga. A prestação de cuidados não remunerados por parte dos cuidadores informais, a conhecidos ou familiares dependentes, está recorrentemente associada a efeitos na sua saúde física e psicológica (Bom et al., 2021). Para além das tarefas de esforço físico, os cuidadores passam também por grandes esforços psicológicos, sendo que têm de manter o estado de alerta constante para com a pessoa cuidada, horas cronometradas para realização de rotinas e uma preocupação constante com o bem-estar de quem cuidam (Rocha et al., 2016).

A nível emocional e social, os cuidadores restringem a sua vida de modo a prestar cuidados, sendo que socialmente, se tornam pessoas isoladas, pois o seu dever é estar em casa a cuidar do outro. Todos estes fatores se tornam facilitadores para o surgimento de sintomas psíquicos que podem interferir com a saúde mental dos cuidadores (Cabral et al., 2014).

Uma das consequências negativas do processo de cuidar é a sobrecarga do cuidador informal, que resulta da junção do esforço físico, da pressão emocional, das implicações sociais e das exigências financeiras que surgem ao cuidar de um doente. A tarefa de cuidar de um familiar dependente é um processo contínuo e raramente reversível, que integra várias dimensões, como a imprevisibilidade, limitações de tempo, a relação afetiva entre cuidador e o alvo dos cuidados e a falta de alternativas (Lopes, 2022).

O cuidador, frequentemente, fica encarregue de diversas funções, muitas vezes desconhecidas pelo mesmo (antes de ter iniciado esse cuidado); para além de lidar com mudanças na sua rotina, lida também com o processo de aprendizagem das estratégias de cuidar. O cuidado ao domicílio é assim uma tarefa complexa, com múltiplas responsabilidades, que podem gerar efeitos na vida dos cuidadores, manifestando-se através de sintomas físicos e psíquicos (Diniz et al., 2018).

A qualidade de vida é considerada uma perceção individual e multidimensional que engloba vários domínios, nomeadamente características sociais, de saúde física, saúde psicológica, condição económica e bem-estar emocional. Os cuidadores informais podem ter uma qualidade de vida variável, dependendo da situação clínica do familiar de quem cuidam, da perspetiva do próprio cuidador e do ambiente em que se insere (Oliveira et al., 2022).

A doença prolongada de um familiar, pode gerar para o cuidador uma situação de crise, sendo que o processo de dependência e estagnação da doença, interfere no equilíbrio de funcionamento pessoal, familiar e social do cuidador informal. Perante situações hostis e na ausência de mecanismos de resolução de problemas, o cuidador informal fica exposto a uma situação complexa, que pode conduzir a um estado de desorganização psicossocial, acompanhado de sentimentos como medo e ansiedade (Lindt et al., 2020).

As situações de crise devem-se ao excessivo trabalho diário, podendo-se manifestar através de cansaço extremo, stresse, frustração, alterações na autoestima e depressão. As dificuldades das famílias para cuidar de uma pessoa incapacitada ou dependente, agravam-se quando não existe apoio ou preparação para este cuidado. Por sua vez, a ansiedade e cansaço emocional aumentam, ao haver uma diminuição, ou mesmo, uma falta total de convívio social, devido à tarefa de cuidar (Silva, 2022).

Com a pandemia de COVID-19, aumentaram as restrições na vida dos cuidadores informais. Tanto o apoio informacional como o apoio domiciliário foram restritos, deixando as pessoas mais isoladas e com pouca ajuda por parte de profissionais. Os sinais de sobrecarga emocional, decorrem da sobrecarga do cuidador e levam ao isolamento social do mesmo, bem como ao possível surgimento de sintomatologias depressivas (Souza Caparrol et al., 2022).

Em geral, estudos europeus sobre os problemas físicos dos cuidadores informais salientam como maiores problemáticas, a exaustão, perturbações do sono, dores de cabeça, perda de peso e apetite. Por sua vez, estes problemas físicos são maioritariamente observados no decorrer do processo da doença (Romito et al., 2013).

Num estudo de Borsje et al. (2016), pretendeu-se investigar os fatores determinantes da angústia psicológica nos cuidadores informais de indivíduos com demência. Dos 117 cuidadores informais, 23.1% apresentaram um risco elevado de depressão e 41% foram reconhecidos como sendo suscetíveis de poderem vir a desenvolver problemas psicológicos. Constatou-se também um padrão de angústia psicológica ao longo do tempo, sendo que cuidadores informais entre 50 e 70 anos e cônjuges da pessoa cuidada, estavam relacionados com uma maior angústia psicológica e risco de depressão (Borsje et al., 2016).

Os cuidadores informais desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados ao domicílio, no entanto, possuem muitas das vezes uma falta de conhecimentos técnicos sobre a tarefa de cuidar, desenvolvendo as suas próprias estratégias com a experiência. Geralmente, com a tarefa de cuidar, são esquecidas as necessidades dos próprios cuidadores, dando prioridade à pessoa de quem cuidam. Esta falta de dedicação para com o seu bem-estar, afeta a sua saúde e qualidade de vida, e pode dificultar a longo prazo, a qualidade dos cuidados que

prestam. Um conhecimento aprofundado acerca das necessidades e direitos dos cuidadores informais, poderá favorecer a sua qualidade de vida, promover a satisfação com o papel que desempenham e evitar a sobrecarga emocional (Szlenk-Czyczerska et al., 2020).

Num estudo realizado por Van Roij et al., em 2019, pretendeu-se avaliar de que maneira o cancro afeta a qualidade de vida do doente e do seu cuidador informal. As principais consequências sociais da prestação de cuidados foram distinguidas em três categorias: envolvimento social, identidade social e rede social. Os resultados sugerem que os doentes e os seus cuidadores informais, comprometem-se menos em atividades sociais, a sua identidade social desvanece e percebem muitas mudanças na sua rede de apoio social, nomeadamente na quantidade e qualidade das suas relações. De modo geral, os sentimentos de exclusão social e isolamento parecem ser um fator comum em todos os doentes e respetivos cuidadores informais (Roij et al., 2019).

Apesar da maior relevância das consequências negativas do cuidar, a prestação de cuidados é também associada a aspetos e sentimentos positivos. Num estudo realizado por Sanders em 2005 com cuidadores informais, 55% a 90% relataram vivenciar consequências positivas do cuidar, tais como um laço fortalecido com a pessoa cuidada, crescimento espiritual e pessoal, aumento da fé e sentimento de realização. Também foi constatado que as consequências negativas do cuidar estão associadas a preocupações do cuidador, ao elevado nível de exigência da tarefa de cuidar e à sobrecarga emocional, física e financeira (Sanders, 2005).

Os cuidadores informais podem ter motivação para prestar cuidados por várias razões, tais como o sentimento de amor, realização pessoal, sentido de obrigação ou pressão social. Aqueles que são motivados pelo sentimento de obrigação, culpa, ou dever social, estão mais propensos a desenvolverem sofrimento psicológico, bem como a arrepender-se do papel que decidiram tomar. Já os cuidadores que se sentem motivados a cuidar por fatores positivos, apresentam melhor saúde mental, relacional e menor pressão (Brodaty & Donkin, 2022).

### **Isolamento e Suporte Social dos Cuidadores Informais**

Com a pandemia da COVID-19 deu-se uma reorganização na vida de toda a sociedade. Inicialmente, uma das estratégias para evitar a propagação do vírus passou pelo isolamento social da população nas respetivas habitações. Por sua vez, o isolamento social é um fator que,

para muitos cuidadores informais, já se encontrava presente nas suas vidas e que veio aumentar com a pandemia. Os cuidadores informais, com o passar dos anos, acabam por se afastar do seu núcleo social, devido ao tempo que dedicam a cuidar. Em consequência da elevada sobrecarga e isolamento social, podem manifestar-se sintomas psicológicos gerados pela falta de convivência e socialização (Souza Caparrol et al., 2022).

Com a pandemia, passou a existir um menor apoio ao domicílio por parte dos serviços de saúde, devido às restrições severas. Com a ausência desse apoio formal, os cuidadores informais passaram a realizar todas as tarefas sozinhos, adquirindo uma maior sobrecarga emocional e física (Souza Caparrol et al., 2022).

Os cuidadores informais demonstram também receio em relação ao futuro da pessoa que cuidam. Muitas das vezes, a pessoa cuidada é completamente dependente de apoio, sendo que o futuro do doente é um fator preocupante para os cuidadores informais, quando eles já não estiverem capazes de cuidar. Esta preocupação agravou-se durante a pandemia, sendo que muitas das pessoas cuidadas, são pessoas em situação de risco (Lawrence et al., 2008).

O suporte familiar, a rede social, os serviços oficiais, amigos e voluntários, desempenham um papel importante enquanto fatores facilitadores no controlo de problemáticas. A promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises deveria possuir uma atenção particular por parte dos profissionais de saúde, sendo que os doentes dependem dos cuidados destas pessoas (Souza et al., 2015).

Torna-se importante que os cuidadores, formais ou informais, possuam um suporte profissional e um espaço onde possam esclarecer dúvidas em relação ao processo de cuidar, e receios que possam sentir. Intervenções direcionadas com o objetivo de reduzir o impacto negativo do cuidar, poderiam ser uma mais-valia no apoio aos cuidados informais, permitindo o alívio das tarefas de prestação de cuidados ou promovendo grupos de apoio, para reduzir as consequências negativas da prestação de cuidados informais (Bom et al., 2019).

De acordo com Weiss (1973), podem ser distinguidos dois tipos de solidão: a solidão emocional que ocorre quando há uma diminuição das relações íntimas e próximas, como de um familiar ou cônjuge; e a solidão social que se trata de um afastamento das redes sociais do indivíduo, por exemplo colegas de trabalho, amizades, ou vizinhos, ou rejeição por parte da comunidade em geral. A solidão pode influenciar negativamente a saúde psicológica e os processos cognitivos da pessoa, tais como a atenção, memória, regulação emocional e raciocínio. O sentimento de solidão pode manifesta-se também no sistema afetivo do indivíduo, dando sinais de desespero, depressão e autodepreciação (Vasileiou et al., 2017).

Um estudo realizado com cuidadores de modo a medir a solidão dos mesmos, decorreu durante a pandemia COVID-19 em 2022, e pretendeu avaliar os níveis de solidão, ansiedade e depressão dos cuidadores informais de idosos com doença crónica. De acordo com os resultados, a maioria dos participantes era do sexo feminino, e apresentava sintomas de ansiedade patológica, depressão e solidão severa, porém, satisfação e orgulho em relação ao papel que desempenham. Constatou-se que a pandemia COVID-19 teve um grande impacto na saúde mental e na solidão severa dos cuidadores informais (Cervantes, et al., 2022).

As redes de apoio dos cuidadores informais estão associadas ao vínculo estabelecido entre os mesmos e a pessoa cuidada, sejam estas relações formais ou informais. As redes de apoio formais dizem respeito aos profissionais de saúde, que prestam apoio no sentido das tarefas físicas do cuidar, e por vezes, apoio psicológico para ajudar o cuidador informal a lidar com a sobrecarga emocional. Já as redes de apoio informais, dizem respeito a familiares ou amigos que possuam um laço afetivo com os cuidadores e a pessoa cuidada. Este apoio informal, não é um apoio técnico ou profissional, mas é benéfico na medida em que combate o isolamento e solidão do cuidador informal, e presta auxílio em certas tarefas (Souza Caparrol, et al., 2022).

Noutro estudo direcionado aos cuidadores informais de idosos, pretendeu-se avaliar de que forma a sobrecarga da tarefa de cuidar influenciava o surgimento de problemas físicos, psicológicos, socioeconómicos e o isolamento dos mesmos. Os resultados revelaram que existia uma relação entre a sobrecarga e a solidão, sendo que quanto maior a sobrecarga, maior a solidão do cuidador. Este estudo evidenciou a importância das redes de apoio e do suporte emocional, como fatores de prevenção ao isolamento do cuidador. Neste estudo foi também sugerida a criação de grupos de apoio formados por voluntários, que pudessem auxiliar na prestação de cuidados, bem como fornecer um suporte emocional ao cuidador informal (Mata et al., 2012).

O apoio social ao cuidador informal, pode ser um apoio a nível instrumental, como ajuda nas tarefas diárias, apoio informativo como a partilha de informação por parte de profissionais de saúde ou outros cuidadores, e apoio emocional, de modo a gerir da melhor forma a sobrecarga emocional. Existe assim, uma relação positiva entre o bem-estar psicológico do cuidador informal e o apoio social que este recebe. Por sua vez, o apoio social atenua os níveis de stresse e sobrecarga, fazendo com que os cuidadores sintam que têm alguém com quem contar (Brodaty & Donkin, 2022).

O cuidador informal esforça-se para manter os cuidados de saúde da pessoa de quem cuida, e por vezes, deparar-se com a evolução da doença pode gerar sentimentos de

incapacidade e impotência face à mesma e dúvidas face à sua capacidade de cuidar. Os sentimentos de culpa e medo em relação ao futuro, afetam negativamente o bem-estar psicológico do cuidador informal, tendo uma maior dimensão por serem experienciados de forma solitária e isolada. Todos estes sentimentos podem desencadear no cuidador, um sentimento de desamparo e baixa autoestima por não ter controlo na situação e evolução da doença, apesar do esforço (Castro et al., 2016).

Num estudo realizado na Universidade do Minho, pretendeu-se avaliar as consequências da tarefa de cuidar, nomeadamente a sobrecarga, a qualidade de vida, a depressão, ansiedade e o suporte social. Os resultados demonstraram que a qualidade de vida estava negativamente relacionada com a sobrecarga e relacionada positivamente com o suporte social. Constatou-se também que os cuidadores cônjuges da pessoa dependente apresentam menor qualidade de vida e os cuidadores filhos, maior cansaço psicológico. Evidenciou-se também que cuidadores que usufruíam de apoio na prestação de cuidados demonstravam maior satisfação conjugal e com a tarefa de cuidar. Os resultados revelaram que se torna importante intervir no sentido de aumentar a qualidade de vida dos cuidadores, bem como proporcionar um bom suporte social e emocional aos mesmos (Pereira & Carvalho 2012).

### ***Burnout e Depressão no Cuidador Informal***

A primeira referência ao *burnout* no cuidador informal foi feita em 1986. Um estudo chamou a atenção para esta temática, quando companheiros de clientes com doença crónica demonstraram sintomas semelhantes aos dos cuidadores formais em *burnout*. Apesar do trabalho dos cuidadores informais receber pouca atenção durante muito tempo, alguns estudos começaram a mostrar interesse em relação ao tema e pretenderam avaliar a sobrecarga do cuidador informal, e de que forma esta poderia levar ao *burnout* (Gérain & Zech, 2019).

O *burnout* é uma perturbação resultante de excesso de stresse crónico no local de trabalho. Surge quando o indivíduo não consegue gerir as adversidades e o stresse vivenciado nas responsabilidades laborais, levando a altos níveis de tensão, frustração e pouca capacidade para lidar com situações de conflito. Caracteriza-se como uma perturbação multidimensional com três dimensões, nomeadamente sentimentos de esgotamento e exaustão, um distanciamento do trabalho, sentimentos negativos e reduzida eficácia profissional (Areosa & Queirós, 2020; Campos et al., 2012).

A exaustão emocional é o primeiro sinal de alerta para o *burnout*, sendo que a pessoa sente falta de energia e motivação para realizar as tarefas que lhe competem. Esta exaustão, acarreta sentimentos de impotência, nervosismo e pouca paciência para lidar com as situações do dia-a-dia. A seguinte fase do *burnout* é a despersonalização, que se trata da tendência para reagir de maneira impaciente ou agressiva, aos compromissos e pessoas que fazem parte do trabalho. Por sua vez, a despersonalização pode passar também por um distanciamento social, em que a pessoa começa a sentir indiferença pelos que a rodeiam. Por fim, a insatisfação profissional é outra fase do *burnout*, em que a pessoa sente que os seus esforços não são suficientes para atingir determinados objetivos. Nesta fase, a pessoa perde a ambição de continuar a esforçar-se para realizar as tarefas propostas, e sente revolta pelas suas falhas (Almeida et al., 2016; Loureiro et al., 2008; Vidotti et al., 2019).

Quando um indivíduo desenvolve *burnout*, pode apresentar sintomas físicos, como cansaço constante, perturbações do sono, cefaleias, dores musculares, entre outros; pode também apresentar sintomas psíquicos como a falta de concentração, variações de memória, sentimento de solidão, baixa autoestima, entre outros; no que diz respeito a sintomas comportamentais, podem manifestar-se através da irritabilidade, perda de iniciativa, agressividade e dificuldade em lidar com mudanças; e, por fim, pode também manifestar-se em sintomas defensivos, como o isolamento, sentimento de incapacidade e perda de interesse pelas tarefas diárias (Carvalho & Neto, 2022).

O *burnout* desenvolve-se lentamente e surge como resposta a uma exposição prolongada a fatores stressores. O indivíduo que se encontra em *burnout*, deixa de investir no seu trabalho e nas suas relações afetivas e sociais, não apresentando motivação ou interesse para ambos os domínios (Alves et al., 2019).

Num estudo realizado por Gérain e Zech, em 2021, pretendeu-se avaliar se a exaustão que os cuidadores informais apresentavam no desempenhar das suas tarefas, podia estar relacionada com o desenvolvimento de *burnout*. Com base nos resultados, no que diz respeito às dimensões do *burnout*, os cuidadores informais apresentavam um elevado nível de esgotamento emocional, e um grau mínimo de despersonalização e insatisfação pessoal, em comparação a não cuidadores. De maneira geral, estes resultados demonstraram que a prestação de cuidados informais apresenta um risco de esgotamento do cuidador, sendo uma sobrecarga excessiva para a maioria dos indivíduos. Globalmente, os cuidadores informais apresentam maiores níveis de exaustão emocional e despersonalização do que os sujeitos não cuidadores, no entanto e em comparação, apresentam menores níveis de insatisfação com o trabalho, sendo

que cuidam dos seus familiares por vontade própria e muitas vezes, sentem orgulho naquilo que fazem (Gérain & Zech, 2021).

O *burnout* está particularmente relacionado com o contexto profissional, sendo que no caso dos cuidadores informais, diz respeito à responsabilidade das várias tarefas de cuidar. O isolamento social, a saúde fragilizada e a visão negativa sobre a tarefa de cuidar, são fatores preditores para o surgimento de esgotamento psicológico nos cuidadores informais de familiares. Quanto maior for a limitação e a dependência do doente, maior será a sobrecarga do cuidador informal (Alves et al., 2019).

Nos cuidadores informais, o *burnout* pode resultar dos seus elevados níveis de stresse e ansiedade, falta de reconhecimento, excesso de trabalho no domicílio e elevadas exigências emocionais. A nível individual, as consequências destes elevados níveis de stresse e ansiedade, podem passar pelo deterioramento da saúde física e mental do sujeito, bem como aumentar a possibilidade de errar no seu desempenho e realização de tarefas (Gérain & Zech, 2018).

Para além da sobrecarga da tarefa de cuidar, os cuidadores que se encontram esgotados fisicamente e psicologicamente, apresentam muitas vezes lapsos de memória, uma vez que o stresse e a sobrecarga são constantes no seu quotidiano (Caparrol et al., 2021).

Num estudo realizado por Moreno em 2017, com cuidadores informais de pessoas que sofreram um AVC, verificou-se que a necessidade de cuidados informais estava associada à gravidade do AVC e à qualidade de vida do indivíduo. A sobrecarga estava associada ao elevado risco de esgotamento dos cuidadores informais, o qual estaria associado a cinco principais aspetos: a carga horária passada a prestar cuidados; a qualidade de vida e a saúde da pessoa cuidada; a gravidade do AVC; a ligação afetiva entre cuidador e doente; e o grau de dependência da pessoa cuidada. Este estudo revelou uma elevada sobrecarga suportada pelos cuidadores de sobreviventes de AVC, que conseqüentemente leva ao aumento do risco de *burnout* (Oliva-Moreno et al., 2018). Por sua vez, os sentimentos negativos do *burnout*, nomeadamente o desinteresse pelas atividades diárias, o isolamento, a baixa autoestima e o sentimento de insuficiência, podem levar ao conseqüente desenvolvimento de uma depressão (Carvalho & Neto, 2022).

A depressão trata-se de uma doença que afeta, em estimativa, 280 milhões de pessoas no mundo. Esta patologia pode manifestar-se com intensidade moderada ou grave. Os sintomas desta doença passam por uma perda de interesse na maioria das atividades diárias, durante a maior parte do dia, durante pelo menos duas semanas seguidas (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2023).

O doente sente-se muitas vezes triste, irritável e com um profundo sentimento de vazio e inutilidade. A falta de atenção, sentimentos de culpa, pouca esperança no futuro, perturbações do sono, pouca energia e falta de apetite, são também sintomas característicos desta patologia (Kapfhammer, 2022).

Os episódios depressivos ocorrem maioritariamente quando a pessoa vivencia dificuldades em diversos domínios da sua vida, nomeadamente a nível pessoal, social, familiar, ocupacional, e em outras áreas. Os episódios depressivos podem ser classificados como leves, moderados, ou graves, classificações estas que dependem da gravidade e regularidade dos sintomas do indivíduo. Por sua vez, a depressão surge de diversos fatores da vida da pessoa, sociais psicológicos e biológicos. Constatou-se que indivíduos que passam por grandes adversidades na vida ou eventos traumáticos, estão mais propensos a desenvolver esta patologia (OMS, 2023). Por sua vez, as mulheres apresentam maior propensão para desenvolver depressão, sendo um fator diferenciador em comparação aos homens (Riecher-Rössler, 2017).

Os cuidadores informais podem ser considerados como um grupo vulnerável a nível psicológico, devido às adversidades que enfrentam e à sobrecarga que acarretam diariamente (Sahadevan & Namboodiri, 2019). Frequentemente, tendem a desenvolver depressão, ansiedade, problemas de sono, dores de cabeça, problemas de coluna e doenças cardíacas, como resultado da elevada exposição ao stresse relacionado com a responsabilidade que acarretam por cuidar de um doente (Szlenk-Czyczerska et al., 2020). Principalmente quando coabitam com o doente, prestam apoio financeiro e têm a seu cargo a realização de todas as tarefas domésticas, tornam-se mais vulneráveis ao desenvolvimento desta perturbação (Sahadevan & Namboodiri, 2019).

No estudo de Meshefedjian et al. (1998), avaliaram-se os sintomas depressivos dos cuidadores informais de indivíduos com demência. As variáveis incluíam variáveis demográficas dos doentes e dos cuidadores, perturbações comportamentais dos doentes, atividades diárias, deficiências cognitivas e duração da doença. Os resultados indicaram níveis elevados de depressão na maioria dos cuidadores, sobretudo mais velhos, cônjuges do doente, que cuidavam de doentes com perturbação comportamental e deficiência funcional ou cognitiva (Meshefedjian et al., 1998).

A ansiedade e a depressão em relação à prestação de cuidados, podem ser evidenciadas quando os papéis na família se invertem, isto é, os pais perdem a autoridade e os filhos passam a possuir a responsabilidade por cuidar dos mesmos. Os idosos tornam-se muitas das vezes dependentes dos cuidados dos filhos, netos ou cônjuges, o que se pode tornar desgastante perante o aumento da esperança média de vida e do surgimento de doenças crónicas nesta idade.

Em muitos casos, o cuidador é também idoso, sendo este o cônjuge da pessoa dependente de cuidados, tornando-se o dia-a-dia desgastante e o envolvimento afetivo sofre alterações (Piovezan, 2017).

Os diagnósticos de demência têm-se intensificado com o passar dos anos, o que apresenta desafios às redes de suporte familiar da pessoa doente. A demência afeta diretamente o bem-estar do doente e do seu cuidador informal, apresentando todo um conjunto de novas exigências e aprendizagens para melhor lidar com a patologia (Figueiredo et al., 2012).

## **2. Demência**

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, particularmente presenciado na sociedade portuguesa. Como consequência deste aumento da população envelhecida, surge também o aumento de doenças neurodegenerativas, entre as quais as demências (Martins et al., 2019).

De acordo com a OMS, a demência trata-se de uma patologia crónica e evolutiva caracterizada por um declínio cognitivo de dois ou mais domínios, tais como a memória, funções executivas, atenção, linguagem, cognição, velocidade psicomotora ou capacidades visuo-espaciais. Este declínio cognitivo interfere significativamente com a autonomia do sujeito e com a realização das suas atividades diárias (OMS, 2018; Zanini, 2010).

A demência afeta maioritariamente a população idosa, no entanto, não é apenas uma patologia que surge devido ao envelhecimento. Atualmente, existem mais de 55 milhões de pessoas com diagnóstico de demência em todo o mundo, e 10 milhões de novos casos anualmente (OMS, 2023).

De acordo com o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC, 2023), os fatores de risco para o desenvolvimento de demência dizem respeito à idade avançada, isto é, ter idade acima dos 65 anos, ter histórico familiar de demência, depressão, patologias como prolemas cardíacos, colesterol alto, acidentes vasculares cerebrais (AVC), bem como lesões ou infeções cerebrais que o indivíduo possa ter experienciado.

As demências surgem de variadas doenças ou lesões que afetam o cérebro de forma direta ou secundária, podendo ser distinguidas entre primárias e secundárias. Nas demências primárias, as funções cerebrais deterioram-se lentamente, acabando o indivíduo por perder as

capacidades motoras ou de cognição, que antes possuía, como é o caso do Parkinson e do Alzheimer. As demências secundárias, aparecem como consequência de uma lesão cerebral, como um tumor cerebral ou traumatismo craniano (Loreiro, 2009).

A demência afeta cada pessoa de forma diferente, dependendo da origem do seu funcionamento cognitivo prévio. Atualmente é a sétima principal causa de morte mundial e uma das principais causas de dependência na população idosa, tendo um impacto a nível físico, psicológico, social e financeiro, tanto para o doente como para os seus cuidadores e famílias. De acordo com dados da OMS, em 2019, os cuidadores informais passaram em média cinco horas diárias a prestar cuidados a doentes com demência (OMS, 2019).

Relativamente aos estádios ou fases do processo demencial, estes podem ser nomeados em sete categorias. O primeiro estágio trata-se da fase sem declínio, em que a pessoa não apresenta sintomatologia de demência, no entanto, após realização de exames médicos pode ser detetado o diagnóstico de demência; o segundo estágio passa por um declínio muito ligeiro, sendo que a pessoa pode demonstrar alterações no comportamento, mas continua capaz de realizar a sua vida de forma autónoma e independente; o terceiro estágio trata-se do declínio ligeiro, nesta fase são evidentes alterações no pensamento da pessoa que a impedem de recordar episódios recentes, bem como dificuldade em planear as tarefas diárias; o quarto estágio da demência, trata-se do declínio moderado, que se trata de uma agravante do estágio anterior, em que os esquecimentos e falhas de memória aumentam significativamente; na quinta fase da demência, dá-se um declínio severo, tornando-se o esquecimento acentuado e a pessoa tende a esquecer-se de nomes de familiares, códigos dos cartões e telemóveis, dificuldade em se situar no tempo e hora e necessidade de apoio nas tarefas diárias, bem como na higiene; por fim, ocorre a última fase da demência, designada de declínio muito severo, em que a pessoa perde a capacidade de locomoção autónoma, de expressão, e de realização das tarefas mais simples, sendo necessário apoio em todo o seu quotidiano (Loreiro, 2009; Nazario, 2023).

Por sua vez, os estádios de demência podem ser distinguidos em três fases, sendo elas, a fase inicial, a fase intermédia e a fase tardia. A fase inicial da demência ocorre no início da doença, sendo uma fase progressiva e gradual, em que os sintomas mais comuns são o esquecimento, a perda de noção do tempo e de lugares. Na fase intermédia da demência, os sintomas tornam-se mais evidentes e incluem o esquecimento de situações recentes e nomes de pessoas, dificuldades na comunicação e perguntas repetitivas. Por fim na última fase, a fase tardia, o doente apresenta uma total dependência dos cuidados de terceiros, sendo evidente a deterioração da memória e os sintomas físicos são visíveis, nomeadamente a inconsciência em

relação ao tempo e lugar, dificuldade em reconhecer familiares e necessidade de autocuidado (CDC, 2023; Gallucci, 2005; OMS, 2023).

## **Tipos de Demência**

### **Demência de Alzheimer**

De acordo com o manual “*International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics*” (CID-11), a demência de Alzheimer é considerada o tipo de demência mais comum, com uma prevalência de aproximadamente 60% dos quadros demenciais. Esta baseia-se numa deterioração progressiva e irreversível das capacidades cognitivas do sujeito, como a memória, linguagem, pensamento, entre outras. Esta deterioração cognitiva leva a mudanças comportamentais, na personalidade e na capacidade funcional do indivíduo, tornando difícil realizar certas tarefas do quotidiano (Alzheimer Portugal, 2023; OMS, 2018).

O envelhecimento é o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença de Alzheimer, que geralmente surge antes dos 65 anos de idade. No entanto, existem também outros fatores, como o histórico familiar de doença (Parmera & Nitrini, 2015).

Os sintomas da doença de Alzheimer agravam com o passar do tempo, ao ritmo individual de cada pessoa. O primeiro sintoma da doença de Alzheimer é a deterioração da memória episódica, que regista acontecimentos recentes, e a desorientação espacial. Estes sintomas progridem lentamente, surgindo outros sintomas evidentes como as alterações de linguagem (anomia), perturbação das funções executivas e capacidades visuoespaciais (Caramelli & Barbosa, 2002).

A doença de Alzheimer pode ser distinguida em três fases, sendo elas: a doença de Alzheimer ligeira, moderada e grave. Na fase ligeira da doença de Alzheimer, a pessoa é capaz de realizar as suas atividades diárias autonomamente, no entanto, podem ocorrer falhas de memória, tais como se esquecer de palavras ou do local onde colocou determinado objeto (*Alzheimer’s Association*, 2023).

A fase moderada do Alzheimer, é a fase mais longa, sendo que ocorre uma evolução da doença com o passar dos anos, e a pessoa começa a necessitar de apoio de terceiros. Nesta fase, começam a destacar-se os sintomas de demência, como esquecimentos frequentes, confundir palavras e dificuldade em desempenhar tarefas quotidianas (*Alzheimer’s Association*, 2023).

Na fase grave da doença, os sintomas agravam-se. Os indivíduos deixam de reconhecer o seu ambiente, perdem a capacidade de desenvolver uma conversa e apresentam menor capacidade de locomoção. Há uma deterioração das capacidades cognitivas e da memória, e os indivíduos passam a necessitar de cuidados prolongados (*Alzheimer's Association, 2023*).

O diagnóstico da doença de Alzheimer é maioritariamente clínico, analisando as alterações cognitivas, comportamentais e funcionais através de testes psicológicos e exames neurológicos. Com a utilização de exames complementares, laboratoriais e de neuroimagem, excluem-se as possíveis causas de demência, chegando ao diagnóstico específico de Alzheimer (Parmera & Nitrini, 2015).

### **Demência Vascular**

A Demência Vascular é um conceito patológico de diagnóstico que surgiu nos anos 80 para caracterizar o quadro demencial decorrente da Doença Cerebrovascular (Engelhardt et al., 2011).

De acordo com critérios diagnósticos do DSM-V e CID-11, a demência vascular trata-se de uma patologia que atinge o sistema nervoso central e leva a uma disfunção cognitiva do sujeito, nomeadamente problemas de memória (amnésia) e de uma ou mais perturbações cognitivas, como afasia, apraxia, agnosia ou disfunção executiva. Por sua vez, estas disfunções comprometem o trabalho e rotinas do sujeito, havendo uma diminuição da sua qualidade de vida (APA, 2014; OMS, 2018).

A demência vascular, categoriza-se como o segundo tipo de demência mais comum, sendo que corresponde a cerca de 10% de prevalência dos casos de demência nos países ocidentais, no seguimento da doença de Alzheimer (Kuang et al., 2021).

Os fatores de risco para a demência vascular são os mesmos no que diz respeito às restantes categorias de demência, sendo eles fatores como a idade, hipertensão arterial, diabetes, doenças cerebrais e cardiovasculares, entre outros, sendo também mais comum em homens que em mulheres. O exame físico e neurovascular, bem como o exame neurológico, são instrumentos essenciais na medida em que confirmam, ou não, suspeitas em relação ao diagnóstico de demência vascular (Engelhardt et al., 2011).

As comorbidades são frequentes, e afetam com rapidez a função cognitiva e funcional do indivíduo. Podem-se destacar como sinais frequentes, a depressão, doença cardiovascular, infecções, delírios, quedas e incontinência (Fu et al., 2004).

### **Demência de Corpos de Lewy**

Em 1912, perante um grupo de sujeitos com doença de Parkinson, Lewy destacou alguns sintomas particulares que não pertenciam à doença de Parkinson, como a perda de memória, sintomas psiquiátricos e alterações nas funções cognitivas e níveis de consciência dos sujeitos. Partindo desse quadro de sintomas propôs um quadro demencial categorizado de demência com corpos de Lewy (Nascimento et al., 2013).

Esta demência foi descrita originalmente em 1961, sendo o termo corpos de Lewy, o nome atribuído aos componentes microscópicos de proteínas, que funcionam como reparadoras de células e tecidos cerebrais. A demência de corpos de Lewy pode abranger cerca de 4 a 10% dos casos de demência, sendo considerado o terceiro tipo de demência mais comum (Beek et al., 2021).

O início da sintomatologia de demência de corpos de Lewy é difícil de detetar, sendo que o doente e a própria família são os primeiros a perceber esta mudança. Em 33% a 50% dos casos desta patologia, estão presentes sintomas de depressão, sendo que o doente manifesta perda de interesse nas suas atividades diárias, sono desregulado, falta de energia, falta de concentração e sentimentos de tristeza (Bertelli et al., 2009; Mayo & Bordelon, 2014).

Os principais sintomas da demência de corpos de Lewy, passam por vários pontos centrais, tais como: uma deterioração cognitiva progressiva, que afeta as funções sociais e ocupacionais do sujeito; lesões na memória que são evidenciadas com a evolução da doença; e défices de atenção acentuados, bem como lentidão para responder ou reagir. Esta demência é caracterizada pela ocorrência de parkinsonismo espontâneo, alucinações visuais e mudanças nas funções cognitivas do sujeito (Tavares & Azeredo, 2003).

O diagnóstico clínico desta patologia é definido pela presença de duas, ou mais, das características centrais destacadas. Este diagnóstico parte da recolha de informação acerca dos sintomas, a partir de entrevistas com o doente e de um familiar próximo do mesmo, do exame do estado mental, de avaliações neurológica e cognitiva, e se for necessário, é possível recorrer à neuroimagem (Beek et al., 2021).

## **Demência frontotemporal**

As demências frontotemporais apresentam sintomas como alterações de personalidade, alterações comportamentais e alterações de linguagem do sujeito, sendo que todos estes sintomas têm desenvolvimento progressivo (Snowden et al., 2002).

Em comparação às restantes demências, nas demências frontotemporais, a memória não é tão afetada, sendo que os sinais de maior alerta são as mudanças comportamentais do indivíduo. Estas mudanças podem ser o seu isolamento social, apatia, irritabilidade, descuido da aparência e higiene pessoal e sintomas depressivos (Warren et al., 2013).

Podem-se destacar alguns sintomas predominantes, como a apatia, em que o doente demonstra desinteresse em diversas áreas da sua vida, nomeadamente laboral, social e familiar. Constata-se também a falta de iniciativa na tomada de decisões, bem como a dificuldade para decidir (Lillo & Leyton, 2016).

Está presente também uma desinibição da pessoa para com os outros, podendo apresentar comportamentos inadequados, comentários despropositados, abordar temas sensíveis em locais inapropriados e fazer críticas aos outros. Estes doentes demonstram também impulsividade, o que pode gerar desentendimentos e discussões despropositadas (Cucalón, 2007).

Esta patologia, apresenta maioritariamente sinais comportamentais por parte do indivíduo, sendo que desde o início da sintomatologia este demonstra perda de empatia e falta de *insight* em relação à doença, o que causa conflitos no ambiente social e familiar. Podem ainda apresentar comportamentos estereotipados e estereótipos verbais, possuindo comportamentos e rituais delineados (Lillo & Leyton, 2016; Rodríguez et al., 2018). Deste modo, torna-se importante informar a família do cliente que a mudança de comportamento faz parte da sintomatologia da doença, uma vez que a falta de empatia, a impulsividade e os problemas de cognição social, podem tornar difícil as relações interpessoais (Tolozá-Ramírez et al., 2021).

Na maioria dos casos, os cuidadores informais de idosos com demência possuem uma grande necessidade de desabafar acerca das suas frustrações, visto que se encontram bastante isolados. O apoio psicológico torna-se uma medida de suporte importante para a redução da sobrecarga emocional do cuidador informal, sendo que o trabalho do psicólogo pode melhorar a sua qualidade de vida e bem-estar (Bertelli et al., 2009).

### **3. A Pertinência da Psicologia no Apoio ao Cuidador Informal**

#### **Benefícios da Intervenção Psicológica**

Como abordámos anteriormente, cuidar de alguém é uma tarefa que acarreta prejuízos físicos e emocionais para quem cuida. A responsabilidade de cuidar de uma pessoa dependente torna-se uma sobrecarga elevada para o cuidador informal, com consequências psicológicas, físicas, sociais e económicas. Apesar do sentimento de realização e dos benefícios do ato do cuidar, cada vez mais existe uma preocupação com o desgaste e stresse do cuidador informal (Castro et al., 2016).

Segundo Pearlin et al. (1990) podem ser distinguidos dois tipos de fatores stressores, os primários e secundários. Os primários dizem respeito à natureza e dimensão das necessidades dos doentes, sendo esta uma consequência direta nos cuidados prestados pelo cuidador informal, um exemplo pode ser a dependência funcional e as funções cognitivas da pessoa cuidada. Já os stressores secundários são considerados uma consequência dos primários e dizem respeito às consequências pessoais, emocionais e profissionais que decorrem do processo de cuidar, como por exemplo o isolamento do cuidador, os prejuízos familiares e profissionais, os problemas financeiros e o afastamento social, que diretamente prejudicam o bem-estar do cuidador (Pearlin et al., 1990).

Alguns profissionais de saúde têm vindo, nos últimos tempos, a demonstrar interesse nos efeitos da sobrecarga nos cuidadores informais. O apoio psicológico é uma medida importante para a redução da sobrecarga emocional do cuidador informal, no entanto, o acesso a este apoio através dos meios comuns é, na maioria dos casos, um desafio para os cuidadores de familiares dependentes. Sendo que os cuidadores muitas das vezes, não têm com quem deixar a pessoa cuidada, esse fator não os permite sair de casa com regularidade. Neste sentido, o apoio *online* pode fornecer uma solução eficaz, na medida em que permite que o cuidador possa beneficiar de acompanhamento psicológico, sem precisar de se deslocar ao local das sessões (Benson et al., 2020).

Por sua vez, a prestação de cuidados leva a mudanças na vida pessoal do cuidador e um acumular de tarefas exaustivas a nível físico e psicológico. Torna-se assim, necessário que os cuidadores informais possuam apoio de um psicólogo que os possa ajudar a aliviar a sobrecarga psicológica que acarretam, de modo a um maior bem-estar, uma melhor realização das tarefas diárias, e que se sintam compreendidos e apoiados (Cardoso et al., 2012).

O apoio psicológico é uma grande necessidade dos cuidadores, que muitas das vezes se encontram isolados e exaustos psicologicamente, acabando por deixar o seu bem-estar e autocuidado para segundo plano. Com o aparecimento da COVID-19, as responsabilidades dos cuidadores informais aumentaram, e conseqüentemente, a sua qualidade de vida e saúde mental diminuíram. Durante a pandemia, estes apresentaram maior ansiedade, depressão e perturbações do sono, conseqüentes da sua elevada carga de trabalho no domicílio (Bertuzzi et al., 2021).

É importante analisar e tentar diminuir a sobrecarga dos cuidadores informais, apoiando-os com ações e cuidados de saúde. O trabalho do psicólogo pode passar por acompanhamentos individuais, de modo a aliviar a sobrecarga emocional que sentem e melhorar a sua qualidade de vida e bem-estar. Os psicólogos desempenham um papel importante no sentido de distinguir mudanças normais no comportamento dos clientes, ou sinais iniciais de patologia (Bertelli et al., 2009).

No caso específico da demência, saber gerir os problemas e sinais da evolução da mesma, é um desafio para os cuidadores informais e é de grande utilidade o apoio profissional. Enfermeiros, psicólogos e outros profissionais de saúde podem ser um apoio para os cuidadores, apoiando-os nas suas questões, receios e estratégias para melhor gerir a doença e as suas implicações no quotidiano. O tipo de apoio e intervenção prestado, vai depender da necessidade do cliente, tanto no sentido da sua motivação para melhorar a sua condição como da sua abertura para partilhar os seus receios com um profissional (Verkaik et al., 2015).

Num estudo realizado com cuidadores informais, pretendeu-se analisar as características e necessidade de apoio dos mesmos. Neste estudo, os cuidadores informais foram convidados a participar num inquérito com questões relacionadas com o seu bem-estar, necessidade de apoio e impacto da pandemia COVID-19. Os resultados demonstraram que a maioria dos participantes eram mulheres, sendo que metade dos participantes não estava a receber qualquer apoio psicológico e a maioria expressou necessidade de apoio profissional. Os participantes evidenciaram uma elevada sobrecarga e constatou-se que as mulheres estavam significativamente mais sobrecarregadas do que os homens. Verificou-se ainda que muitos participantes tinham problemas psicológicos, mas apenas uma minoria recebia apoio psicológico. Em suma, constatou-se que a maioria dos participantes possuem uma sobrecarga excessiva e que a pandemia não afetou os seus níveis de bem-estar. É evidente neste estudo, que a maioria dos cuidadores informais não recebe apoio psicológico, mas sentem grande necessidade do mesmo, sendo urgente aumentar a acessibilidade deste apoio profissional (Biliunaite et al., 2022).

## **Abordagem Centrada na Pessoa como suporte para a Intervenção e Compreensão dos**

### **Casos**

Quer a intervenção individual realizada no estágio, quer a intervenção dos grupos psicoeducativos, foram inspiradas nos pilares da Abordagem Centrada na Pessoa. Carl Rogers acreditava que todos os seres humanos possuíam ferramentas inatas para lidar com a vida e com os problemas que esta envolve, sendo que de acordo com a Abordagem Centrada na Pessoa, estes recursos inatos podem ser esquecidos, mas estão sempre presentes como potenciadores para o desenvolvimento do sujeito (Rogers, 1957).

O modelo de Rogers caracteriza-se por ter o indivíduo como foco da atenção, e por reaver o respeito e a individualidade do mesmo. Esta abordagem baseia-se em três pilares fundamentais, sendo eles a tendência atualizante, a não-diretividade e as seis condições necessárias para a mudança terapêutica (Telles et al, 2014).

### **Pilares Fundamentais da Abordagem Centrada na Pessoa**

A tendência atualizante é um pilar fundamental da abordagem de Rogers, que dá destaque ao indivíduo como um todo, ou seja, defende que não se devem observar traços de personalidade de forma desassociada. Este pilar defende que todos os sujeitos têm uma propensão intrínseca para desenvolverem as suas aptidões positivamente e que estas se irão desenvolver desde que existam condições psicológicas propícias para tal (Telles et al, 2014).

Outro dos pilares fundamentais da Abordagem Centrada na Pessoa, é a não-diretividade. Esta conceção tem como base a motivação individual do sujeito, para o seu próprio crescimento, priorizando a vida presente e tendo maior foco na pessoa e não no seu problema. As atitudes do terapeuta não-diretivo, baseiam-se numa postura de imparcialidade em que este intercede o mínimo possível, sendo o cliente quem conduz o rumo das sessões (Moreira, 2010).

Rogers defendia que poderiam surgir mudanças positivas, a partir de determinadas atitudes do terapeuta. Referiu assim, seis atitudes necessárias para que ocorra o processo de mudança (Almeida, 2018). A primeira condição é o contacto psicológico, que se trata de estabelecer uma boa ligação psicológica entre terapeuta e cliente (Rogers, 1957).

A incongruência por parte do cliente é a segunda condição, e refere-se a uma divergência entre a realidade do indivíduo e o seu próprio self, sendo que quando este procura a ajuda do terapeuta, se encontra num estado de vulnerabilidade para consigo mesmo. A terceira

atitude necessária é a congruência por parte do terapeuta, sendo que para estar congruente, o terapeuta deve atuar de forma honesta consigo e com o cliente, estar consciente de si mesmo e estar livre de preconceitos e julgamentos (Rogers, 1957).

A quarta condição necessária para a mudança, é o olhar positivo incondicional. Se o terapeuta adotar um olhar positivo incondicional para com o cliente, significa que se irá preocupar genuinamente com o cliente, não o irá julgar, e aceita-o independentemente da forma como este atua (Fontgalland & Moreira, 2012). A quinta condição trata-se da compreensão empática, isto é, a capacidade e vontade de tentar entender o ponto de vista do outro, sendo que o terapeuta não deve assumir o lugar do cliente, mas sim escutar e tentar compreender o que ele está a sentir (Medeiros, 2020).

Por fim, a sexta condição necessária para a mudança é a percepção do cliente acerca das atitudes do terapeuta, que consiste em que o cliente possua percepção da empatia e respeito que o terapeuta tem por ele. Uma condição de extrema importância, sendo que a terapia só poderá ter resultados positivos se o cliente sentir a dedicação do terapeuta, e vice-versa (Rogers, 1957).

As seis condições possuem uma grande utilidade profissional enquanto psicólogos, sendo que são a base para uma relação saudável entre terapeuta e cliente. São pertinentes e úteis, não só na Abordagem Centrada na Pessoa, mas aplicando-se também a outras abordagens psicoterapêuticas, sendo que em todas elas, estas atitudes são necessárias para a criação de respeito, consideração e conforto na relação entre terapeuta e cliente (Rogers, 1957).

## **Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo**

No livro “Auto-organização e Complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano”, João Hipólito descreve a Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo, abordando o desenvolvimento humano com base na Abordagem Centrada na Pessoa e tentando assim explicar as perturbações psicológicas do Ser Humano. Segundo Rogers, o ser vivo possui uma tendência formativa desde que nasce e com o passar dos anos desenvolve capacidades específicas que levam à tendência atualizante, seguindo assim com o seu processo de autodescoberta e evolução, ao longo da vida (Hipólito, 2011).

Para explicar este procedimento, Hipólito sugere um esclarecimento pormenorizado, mencionando que durante a gestação o embrião está sujeito a “traumas”, que podem diminuir as suas capacidades inatas. Os traumas perduram ao longo do ciclo de vida e podem levar a traumatismos e sintomas, causando uma perda de distinção entre o self real e desejado, e por

sua vez, o deterioramento do funcionamento psicológico. O autor explica assim, todo este processo de acordo com a Abordagem Centrada na Pessoa, de modo a facilitar a compreensão acerca da tendência atualizante do indivíduo e como esta se procede ao longo da vida (Hipólito, 2011).

Hipólito aborda também a tendência à auto-realização, que destaca que o Ser Humano deve evoluir segundo o trajeto definido pela sua natureza e descobrindo as suas potencialidades, para que o seu desenvolvimento seja saudável. Segundo o autor, a célula primordial do Ser Humano possui os fatores necessários para desenvolver as suas potencialidades e desenvolver a tendência atualizante. Durante este processo de desenvolvimento, o embrião poderá passar por traumas de origem biológica, patológica, psicológica ou social, que vão afetar as suas potencialidades (Hipólito, 2011).

Apesar de o embrião estar sujeito a possíveis traumas biológicos, este possui um *locus* de controlo interno, isto é, uma aptidão para prosseguir com o seu desenvolvimento até ao nascimento, sem a intervenção de fatores exteriores. Quando o bebé nasce, o seu desenvolvimento continua e este desenvolve a capacidade de diferenciar o seu self orgânico e o mundo que o rodeia. Desenvolve também a perceção do outro como alguém diferente de si, começando pela mãe que é a sua referência significativa (Hipólito, 2011).

Aproximadamente aos 8 meses de idade, surgem as condições de valor. O bebé começa a perceber que necessita da figura maternal e está dependente dela, sendo que para ser aceite, começa a tentar enquadrar-se nas condições de valor desta figura. Estas condições de valor levam a uma dissociação entre aquilo que o bebé sente e o que ele simboliza no seu campo de perceção. Um destes processos dissociativos trata-se da dissociação entre o locus de controlo interno, que diz respeito aquilo que a criança experimenta, e o locus de controlo externo, que diz respeito às atitudes dos outros. Dá-se também uma dissociação em relação ao self percebido e ao self desejado da criança. O Self percebido trata-se da forma como a criança se percebe a si mesma, e o seu Self desejado trata-se da forma como a criança pensa que deveria ser para que os outros a aceitem (Hipólito, 2011).

A partir de um ano e meio de idade, a criança desenvolve a capacidade de diferenciar o “me” do “Eu” e entre os quatro e oito anos, desenvolve a capacidade de distinguir o real do imaginário. Para se prosseguir em constante desenvolvimento e de forma saudável, devem existir condições de atualização consequentes aos traumas do indivíduo. Os sintomas, por sua vez, correspondem a uma manifestação biopsicossocial dos traumas, sendo que irão influenciar a distinção entre o que é real e imaginário (Hipólito, 2011).

O Ser Humano manifesta sintomas numa tentativa de manter o equilíbrio da sua vida e de se ajustar. Quando um indivíduo possui um desenvolvimento saudável e atingiu a maioria das suas potencialidades, este trata-se de alguém cujo Self real, ideal e organísmico não possuem diferenças (Hipólito, 2011).

## **Grupos Psicoeducativos**

A tarefa de cuidar pode trazer um sentimento de realização e missão por parte do cuidador, mas também, uma responsabilidade e pressão por parte do mesmo para realizar esta tarefa (Verbakel, 2014).

As redes de apoio sociais são de grande importância para a saúde dos cuidadores informais com efeitos positivos reconhecidos, como a melhoria da capacidade funcional, na saúde mental, reciprocidade das relações sociais e no bem-estar para consigo mesmo e com o ato de cuidar (Souza Caparrol et al., 2022). O suporte social, protege o cuidador que possui sobrecarga psicológica, previne o desgaste do mesmo e contribui para o seu bem-estar biopsicossocial e qualidade de vida (Gaspar et al., 2022).

Nos últimos anos, têm vindo a ser desenvolvidas intervenções com cuidadores informais e formais, com foco em aumentar o seu conhecimento da doença, uma maior compreensão acerca dos sintomas e uma maior qualidade dos cuidados prestados. Os programas formativos e educativos, apresentam benefícios no sentido que podem atrasar o processo de institucionalização, fornecendo à família do doente as bases necessárias e competências para cuidar (Figueiredo et al., 2012).

No entanto, os programas de teor informativo, não consideram fatores de saúde mental do cuidador, como o stresse e *burnout*, associados à sobrecarga do cuidar. Para além dos grupos informativos e do acompanhamento psicológico individual, outra medida de intervenção pode passar por intervenções psicoeducativas (Castro et al., 2016; Figueiredo et al., 2012). Estas são formadas por uma componente informativa que permite ao cuidador obter conhecimentos técnicos e dúvidas em relação à tarefa de cuidar, e uma componente terapêutica em que se podem partilhar vivências e sentimentos com o grupo (Hudson et al., 2013; Zarit & Femia, 2008). Demonstram ser mais eficazes em ambos os sentidos, na componente educacional e psicossocial, sendo que aumentam as competências para o cuidar, o conhecimento da doença e ajudam o cuidador a desenvolver estratégias para melhor lidar com os encargos desta tarefa e reduzir as exigências consequentes (Romito et al., 2013).

A tarefa de cuidar de alguém dependente, requer que o cuidador informal possua competências e conhecimentos técnicos respetivos à doença de quem cuida, e que se sinta orientado e apoiado nesta tarefa, de modo a melhorar o seu desempenho e não descurar do seu próprio autocuidado (Spruytte et al., 2002). A intervenção dos grupos psicoeducativos é eficiente, ao permitir que um profissional de saúde transmita conhecimentos práticos da doença da pessoa de quem cuidam e que os cuidadores informais, ao partilharem vivências, aprendam a gerir de melhor forma as suas emoções, identificando pensamentos e comportamentos desregulados (Castro et al., 2016).

No estudo de Araújo et al., realizado em 2016 com a população portuguesa, pretendeu-se avaliar a necessidade de uma intervenção direcionada aos cuidadores informais de pessoas idosas que sofreram de AVC e a sua utilidade. Avaliaram-se os resultados desta intervenção no primeiro e terceiro mês após a intervenção. Os resultados apresentaram elevados níveis de sobrecarga no grupo que não tinha recebido a intervenção, em comparação com aqueles que tinham. O programa psicoeducativo denominado de InCare, comprovou a importância da intervenção psicoeducativa precoce para a redução da sobrecarga e capacidades dos cuidadores informais (Araújo et al., 2016).

Com o fim de alcançar a maior eficácia deste tipo de intervenção, é necessário ter em consideração alguns aspetos fundamentais, nomeadamente a adaptação da componente informativa de acordo com as necessidades dos cuidadores; o trabalho multidisciplinar; uma intervenção precoce; o equilíbrio das componentes educacional e terapêutica; e uma integração com os serviços sociais e de saúde da comunidade (Andrade, 2011).

Comprova-se que os cuidadores que participam nestas intervenções poderão ganhar uma maior consciência em relação às suas capacidades físicas e emocionais para realizar a tarefa de cuidar, passando também a ter em consideração as suas necessidades e emoções. Ao participar nos grupos psicoeducativos, o cuidador informal torna-se mais preparado para as complicações da tarefa do cuidar, desenvolvendo também um maior bem-estar em relação a si mesmo (Castro & Souza, 2016).

Num outro estudo relacionado com o apoio em grupo, pretendia-se avaliar se os resultados psicossociais nos cuidadores informais que possuíam emprego, e que participavam nos grupos de apoio, diferiam dos participantes desempregados, e se os resultados psicossociais divergiam com base no formato do grupo de apoio. Os resultados demonstraram diferenças significativas nos sintomas depressivos e na qualidade de vida dos participantes desempregados, sugerindo que os grupos psicoeducativos ajudam a reduzir os sintomas

depressivos e a melhorar a qualidade de vida dos que participam ativamente (Klemm et al., 2014).

Tendo em consideração os resultados destes estudos, recolhem-se evidências de que atividades sociais que envolvem interações interpessoais com outros sujeitos, podem melhorar os níveis da saúde mental, diminuindo assim o impacto negativo e a sobrecarga psicológica dos cuidadores informais (Oshio & Kan, 2016). Os grupos psicoeducativos contribuem assim para a diminuição da sobrecarga emocional dos cuidadores informais, sendo que através da partilha de vivências, o cuidador torna-se consciente de que não se encontra sozinho e que existem dificuldades que são partilhadas por outros indivíduos (Caparrol et al., 2021).

## **PARTE II- ATIVIDADES DO ESTÁGIO**

## **1. Atividades do Estágio**

### **Objetivos do Estágio**

#### **Objetivos Gerais**

A realização do presente estágio académico teve como objetivos gerais, permitir o aprofundamento das aprendizagens teóricas decorrentes do mestrado de Psicologia Clínica e de Aconselhamento, bem como promover a aquisição de competências práticas da atividade profissional da psicologia, e possibilitar o contacto com a atividade da profissão. Ao longo da realização do estágio foi também pretendido aprimorar o relacionamento interpessoal com os clientes, bem como as competências relacionais desenvolvidas nas aulas.

#### **Objetivos Específicos**

Em relação aos objetivos específicos do estágio, estes passam por: possibilitar que se faça uma relação entre a teoria lecionada nas aulas teóricas e a componente prática desta profissão; aplicar uma avaliação psicológica e aprofundar os conhecimentos respetivos a esta tarefa, tais como: a aplicação, cotação, interpretação dos resultados de uma avaliação e hipóteses de diagnóstico; realizar intervenções de grupo psicoeducativo e aprender competências de dinamização e orientação de um grupo terapêutico; realizar uma intervenção que corresponda às necessidades de um caso de acompanhamento psicológico; e por fim, diminuir a sobrecarga emocional dos cuidadores informais com base nas competências relacionais aprendidas, como a compreensão empática.

## Grupos Psicoeducativos

Com o intuito de proporcionar aos cuidadores informais um apoio tanto informativo como terapêutico, a Associação considerou relevante a criação de grupos psicoeducativos direcionados aos cuidadores informais. O intuito destes grupos, seria permitir que os cuidadores tivessem um espaço onde pudessem tirar as suas dúvidas em relação a sintomas do foro psicológico que possam manifestar e ouvir testemunhos e partilhas de outros cuidadores.

A partir desta iniciativa, foi criado um questionário na plataforma *Google Forms*, de modo a recolher informação acerca dos possíveis interessados em participar nos grupos. Neste questionário foram feitas as seguintes questões: identificação do cuidador, idade do cuidador, problemática da pessoa cuidada, preferência de participação *online* ou presencial, estabelecimento de preferência, preferência de dia da semana e de horários, e observações ou comentários.

A partir da recolha e análise das respostas, de forma geral, constatou-se que maioritariamente os participantes seriam mulheres, a média de idades dos mesmos seria de 55 anos, a principal problemática da pessoa de quem cuidam é a demência, todos optaram pela participação *online*, e os dias escolhidos foram segunda-feira e terça-feira das 18h às 19h. Devido à elevada adesão de inscritos, inicialmente foram criados dois grupos psicoeducativos, com 15 pessoas por grupo. No entanto, após a primeira sessão, evidenciou-se que havia diversas faltas, sendo que se optou pela junção dos dois grupos, a realizar-se segundas-feiras das 17h às 18h.

Neste grupo, participaram semanalmente e *online*, aproximadamente 10 participantes, na sua maioria mulheres, entre os 55 e os 60 anos de idade. As problemáticas das pessoas de quem cuidam dizem respeito maioritariamente ao autismo e demência. O intuito das sessões, seria começar pela apresentação de um tema de foro psicológico, de modo que os participantes possuíssem uma componente teórica e após essa informação poderem partilhar as suas experiências em relação ao tema abordado.

Na primeira sessão, foi feita uma introdução acerca dos grupos e do seu objetivo, bem como informar os participantes das regras dos mesmos. Foi explicado aos participantes o que são os grupos psicoeducativos, referindo que estes possuem uma componente informativa e terapêutica e que o seu objetivo é permitir um espaço em que possam falar acerca de uma determinada temática do foro psicológico e partilhar as experiências vividas. Foram definidas as regras dos grupos, que estes seriam compostos por oito sessões, semanalmente, cada sessão

teria a duração de 1:30h e tudo o que se falava no grupo era sigiloso, sendo que todos podiam falar de si, mas não podiam falar sobre o que os outros participantes diziam no grupo. Na primeira sessão, os participantes foram questionados acerca dos temas que consideravam mais relevantes para abordar no decorrer das sessões, as respostas passaram pelo tema da sobrecarga, falta de apoios, *burnout*, depressão e ansiedade que sentem por cuidar e em relação ao futuro.

Na segunda sessão, abordou-se o tema da ansiedade. Foi feita uma breve apresentação teórica e informativa acerca do tema, em que se falou do que é a ansiedade normal e a ansiedade patológica, quais são as causas da ansiedade, os sintomas físicos e psicológicos da mesma e os tipos de ansiedade. Após a componente informativa, passou-se à partilha em grupo acerca das experiências vivida pelos cuidadores, em relação a esta patologia. Os participantes partilharam as suas vivências e a maioria identificou-se com os sintomas físicos e psicológicos abordados, dizendo que se sentem sempre com uma preocupação constante, dificuldades na concentração, irritabilidade e batimento cardíaco acelerado. Entre todos, concordaram que a principal causa da sua ansiedade seria ser cuidador informal, devido a toda a sobrecarga e responsabilidade que essa tarefa acarreta.

Na terceira sessão de grupo, o tema falado foi o *burnout*. A sessão iniciou com uma parte informativa acerca da definição do *burnout*, bem como as suas possíveis causas, no caso do cuidador, a sobrecarga da tarefa de cuidar. Foram também explicadas as principais sintomatologias desta perturbação, bem como as três dimensões do *burnout*: a exaustão emocional, a despersonalização e a insatisfação profissional. Por fim, iniciou-se a partilha em grupo, em que os cuidadores se identificaram de imediato com a dimensão da exaustão emocional. Relataram que se sentem exaustos e desmotivados para realizar atividades habituais, sendo que muitas das vezes, só o fazem mesmo por obrigação. Afirmaram também, não terem sentido as dimensões da despersonalização e da insatisfação profissional, sendo que gostam de cuidar dos seus familiares e para eles, é uma missão de vida.

Na quarta sessão, o tema da componente informativa foi a depressão. Foi dada uma definição desta patologia, as possíveis origens ou causas da mesma, os sintomas mais característicos e os níveis de depressão, ligeira, moderada ou grave. De seguida, na partilha em grupo, os participantes partilharam que por vezes sentem um humor deprimido, mas que a maioria não se identifica com os sintomas mais graves. Afirmaram que por vezes, sentem-se tristes, desmotivados, com alterações no sono e perda de interesse na sua rotina, no entanto, estes sintomas são esporádicos, afirmando que não têm continuidade durante semanas seguidas.

Na quinta sessão o tema abordado foi a importância do suporte social para o cuidador informal. Nesta sessão começou-se por falar das diversas redes de apoio que existem,

nomeadamente as redes de apoio formais, que dizem respeito aos profissionais de saúde, que prestam apoio no sentido das tarefas físicas do cuidar e apoio psicológico para melhor lidar com a sobrecarga emocional, e as redes de apoio informais, que dizem respeito a familiares ou amigos que possuam um laço afetivo com os cuidadores e a pessoa cuidada. Os participantes partilharam ter poucos apoios e suporte social, sendo que não possuem apoios formais devido às dificuldades financeiras, e os apoios informais são poucos, revelando que a maioria das pessoas próximas se afastaram e eles mesmos também se isolam.

A sexta sessão, focou-se nos medos e receios do cuidador informal. Os participantes partilharam os seus receios, relatando maioritariamente o medo em relação ao futuro e ao agravamento do diagnóstico de quem cuidam. Relataram que pensar no futuro lhes causa ansiedade, no entanto, é algo inevitável pois receiam o que acontecerá ao familiar de quem cuidam, quando eles já não tiverem capacidade de executar essa função.

A sétima sessão abordou o tema do Autocuidado do cuidador informal. De modo a iniciar a sessão, foram dados alguns exemplos de autocuidado como relaxamento, meditação, leitura e caminhadas ao ar livre. Foi questionado de seguida aos participantes, que medidas de autocuidado têm para consigo mesmos, de modo a aliviar a sobrecarga e o stresse diários. Os participantes destacaram a leitura, o descanso, caminhadas ao ar livre e pintura como principais ferramentas de autocuidado e afirmam que quando realizam estas atividades, se sentem melhor consigo mesmos e mais motivados para prosseguir com os cuidados.

Na oitava e última sessão, o tema abordado foram os aspetos positivos do cuidar. Nesta sessão, a componente informativa foi reduzida, o que permitiu que houvesse espaço para os participantes refletirem acerca dos aspetos que consideram positivos enquanto cuidadores. A maioria dos participantes referiu que os tranquiliza o facto de saberem que fazem um bom trabalho e terem a consciência tranquila em relação a esse aspeto. Mencionaram também que a tarefa de cuidar para eles é uma sensação de dever e missão e que desde que se tornaram cuidadores, dão mais valor à saúde e ao tempo passado com os seus familiares.

Após o término das sessões de grupos psicoeducativos, foi criado um questionário de satisfação dos participantes na plataforma *Google Forms* e enviado aos mesmos. O intuito era de perceber se as expectativas dos participantes em relação aos grupos psicoeducativos foram cumpridas, se as sessões de grupo lhes foram benéficas e sugestões para melhorar futuramente. Neste questionário, foram realizadas quatro questões com respostas entre o “Nada”, “Um pouco” e “Muito” e uma questão de resposta curta.

À primeira questão “Considera que a participação nos grupos psicoeducativos lhe foi benéfica?”, 80% dos participantes responderam “Muito” e 20% responderam “Um pouco”. À

segunda questão, “Considera que os grupos psicoeducativos ajudaram-no a perceber conceitos psicológicos de forma mais concreta?”, 80% dos participantes responderam “Um pouco” e 20% responderam “Muito”. À terceira questão, “Considera que a partilha terapêutica em grupo foi benéfica para si e para o alívio da sua sobrecarga enquanto cuidador?”, 80% dos participantes responderam “Um pouco” e 20% responderam “Muito”. À quarta questão, “De forma geral, sentiu-se confortável e disponível para partilhar as suas vivências ao longo das sessões?”, 80% dos participantes responderam “Muito” e 20% responderam “Um pouco”.

Por fim, na última questão de resposta curta “Sugestões de aspetos a melhorar em futuros grupos psicoeducativos?”, os participantes responderam: “Que estes grupos terapêuticos sejam permanentes, ainda que com uma periodicidade mais alargada, quinzenalmente, por exemplo”; “Tentar que os grupos de alguma forma tenham em comum o mesmo tipo de pessoa a cuidar... quem cuida de filhos...pais ... esposa ou marido acabam por sentir necessidades diferentes como cuidadores”; “São necessárias mais sessões, porque quando o grupo se torna homogéneo e interage o tempo que havia disponível termina”.

## **Atividades Diversas**

### **4º Encontro Nacional de Cuidadores Informais**

O Encontro Nacional de Cuidadores Informais trata-se de um evento anual organizado pela Associação de estágio, no intuito de consciencializar para as problemáticas e direitos em falta do cuidador informal. No ano de 2022, o evento foi organizado juntamente com o Município de Leiria e decorreu em novembro. O evento iniciou com uma receção aos participantes e uma sessão de abertura feita pela presidente da Associação e pela vereadora do desenvolvimento social e da saúde. Participaram jornalistas, cuidadores informais, moderadores, assistentes sociais, médicos e representantes de instituições de solidariedade social.

O evento iniciou com uma apresentação acerca da implementação do estatuto do cuidador informal, de seguida abordou-se o papel do cuidador informal na integração de cuidados na saúde mental, cuidados paliativos e hospitalização domiciliária, contando com a presença de representantes da Federação Portuguesa e de hospitais. O tema apresentado de seguida, foi a implementação do estatuto do cuidador informal nas regiões autónomas, contando com o discurso do Governo Regional da Madeira e dos Açores.

Após uma pausa para almoço, o tema que se seguiu abordou os desafios na resposta para o descanso ao cuidador, de seguida, abordaram-se as respostas e projetos de intervenção no sentido de ajuda ao cuidador informal, com o testemunho de uma Neuropsicóloga da Unidade de Cuidados Continuados. Por fim, deu-se a sessão de encerramento com o discurso da Secretária de Estado da Inclusão e do Presidente da República, e um balanço do que ainda poderá ser feito para suprir todas as necessidades faladas.

### **Webinar “Estatuto do cuidador informal medidas de apoio e profissionais de referência”**

O Webinar “Estatuto do cuidador informal medidas de apoio e profissionais de referência”, decorreu *online*, em fevereiro de 2023. Este Webinar pretendeu fornecer informação acerca do apoio disponível para os cuidadores informais, bem como responder a questões e dúvidas dos mesmos.

A sessão de abertura teve início com a presidente da Associação, de seguida o tema discutido foi o estado atual da implementação do estatuto do cuidador informal, com participação de representante do Instituto de Segurança Social. De seguida, foram abordadas as

medidas de apoio ao cuidador informal e profissionais de referência na ótica da ação social e da saúde na Região Centro. Por fim, foi abordado o estatuto do cuidador informal, com a participação de uma técnica de serviço social e uma enfermeira de centro de saúde.

### **Debate “Mulher Cuidadora”**

No dia 8 de março de 2023, no Dia Internacional da Mulher, a Associação realizou um debate *online*, com testemunhos de quatro mulheres cuidadoras informais, para discutir o tema das mulheres na tarefa do cuidar. Neste debate, as cuidadoras falaram acerca do estatuto do cuidador informal, bem como da falta de apoio domiciliário e de capacitação do cuidador. As oradoras explicaram, que o facto de se confrontarem repentinamente com a doença de um familiar, não as faz cuidadoras informais, mas obriga-as a sê-lo, sendo que não vêm apoio formal de profissionais de saúde relativamente às necessidades básicas para cuidar.

As cuidadoras relatam que apesar dos esforços para reivindicar os direitos do cuidador, ainda não lhes é proporcionado nenhum apoio ou descanso prometido de acordo com a lei de decreto regulamentado. Afirmam ser a força dos cuidados sociais do país, sendo que sem elas, as pessoas cuidadas não teriam nenhum apoio, destacando a importância de pensarem nelas enquanto apoio social de modo a fornecer-lhes o apoio necessário. Relatam que na maioria dos casos, as mulheres é que tomam a iniciativa de abdicarem dos empregos e se tornarem cuidadoras informais, muitas das vezes das sogras e dos filhos.

Sentem-se sozinhas e sem apoios, afirmando que uma grande necessidade se trata do apoio psicológico ao cuidador, de modo que consigam melhor lidar com esta nova realidade do cuidar. Enquanto testemunhas de cuidadoras, afirma que não se sentem mulheres autónomas, mas apenas cuidadoras a tempo inteiro. Pressupõem-se que a obrigação da mulher seja cuidar, sendo imposto à mesma assumir esta posição e anular-se completamente enquanto mulher.

## 2. Apresentação e Análise de Casos Clínicos

### Caso I- Acompanhamento Psicológico de “Ana”

#### História Clínica

A primeira sessão de acompanhamento psicológico de Ana (nome fictício) teve início em novembro de 2022. O plano terapêutico acordado com a cliente passou por sessões com periodicidade semanal, com duração de 50 minutos e em regime *online*. Neste sentido foram realizadas 15 sessões de acompanhamento psicológico.

#### Identificação:

Ana é uma senhora de nacionalidade portuguesa, do género feminino, de 44 anos. É divorciada, tem três filhos e vive atualmente sozinha na região do Algarve. Concluiu o 12º ano, mas encontra-se em casa há cerca de 30 anos, desde que foi mãe do seu primeiro filho.

#### Dados de Observação:

Em relação aos dados de observação, houve dados que não puderam ser destacados devido ao formato de sessões *online*. Ao nível da aparência física, Ana apresenta uma apresentação pouco cuidada, uma postura relaxada e não foram observadas alterações na motricidade ou maneirismos. Possui um discurso fluente, bem articulado e uma atitude colaborante e atenção ativa, no decorrer das sessões. Ao nível das funções psíquicas, apresenta-se vígil e lúcida ao longo da conversa, bem como orientada a nível espaço-temporal. Apresenta um humor eutímico e contacto sintónico. Apresenta capacidade de *insight* e não se apura ideação suicida.

#### Motivo do Pedido:

O pedido da consulta surgiu relacionado com o desgaste psicológico e tristeza profunda da cliente. Recorreu a este apoio devido ao facto de ser cuidadora informal a tempo inteiro do seu filho adulto, que tem hidrocefalia aguda. No ano anterior teve acompanhamento na presente associação de estágio e afirma que foi bastante benéfico, por isso, este ano decidiu dar seguimento a este apoio. Devido a ser cuidadora encontra-se muito isolada e afirma que não tem vida para além de ficar em casa a cuidar. Procura neste espaço, alguém com quem possa

falar sobre a sua angústia, tentar combater a solidão que ser cuidadora acarreta e refletir sobre acontecimentos da sua vida.

#### Anamnese Biográfica e História Familiar:

Ana nasceu na Região sul do país, fruto de uma gravidez indesejada por parte dos pais. Relata que o seu irmão mais velho foi fruto de uma gravidez desejada e planeada, mas que um ano depois a mãe engravidou de novo, sem intenção para tal. Ambos os pais eram trabalhadores, sendo considerados uma família com nível socioeconómico médio. O seu pai não era uma pessoa afável e não demonstrava sentimentos, no entanto, Ana sempre teve um carinho muito grande por ele. Com um ano de idade, os seus pais separaram-se, e passados 6 meses o seu pai casou-se com a sua atual madrasta e tiveram outro filho. Ana manteve o contacto com o pai e fazia-lhe visitas regularmente para ver o irmão mais novo, descrevendo a madrasta como uma pessoa extraordinária.

Ficou a viver com a sua mãe, enquanto o seu irmão mais velho ficou a viver com a avó materna. Afirma que nunca teve uma relação com a mãe, chegou inclusive a perguntar-lhe porque é que ela não gostava dela e acredita que esta relação seja assim por ter sido uma gravidez indesejada. Relata um episódio em que a mãe a foi buscar à escola acompanhada de um senhor, que seria na altura seu companheiro. Este terá sido o único relacionamento sério que a sua mãe teve e gostava muito do padrasto, havendo uma grande amizade entre ambos, até ao seu falecimento. Afirma que o padrasto assumiu muitas vezes o papel de pai e que a ajudava sempre que necessário.

Aos 5 anos, foi diagnosticada com epilepsia de mal menor, sendo uma patologia hereditária na história familiar, o seu pai teve e a sua avó paterna também. Tinha ataques epiléticos recorrentes na escola e era algo difícil de lidar. No primeiro ciclo, a sua mãe foi destacada para a zona de Lisboa e Ana ficou entregue aos cuidados do pai, no sul. No primeiro ciclo, não gostava de ir à escola e relata um episódio em que teve um ataque epilético na sala de aula, sendo que a professora não reagiu bem e obrigou-a a sentar-se na cadeira e estar quieta. Após este episódio, começou a ganhar aversão à escola e a faltar às aulas, até que reprovou por faltas no primeiro ano de ensino.

Após esta fase, a sua mãe regressou à região e Ana mudou de escola de modo a completar o primeiro ciclo. Vivía com a mãe e ficava muitas vezes sozinha em casa de noite, sendo que a sua mãe saía frequentemente para ir para bares e bailes. Relata um episódio traumático da infância quando tinha 6 anos, em que foi sozinha às compras e de regresso a casa foi perseguida por um homem. Quando chegou a casa estava sozinha como era habitual e o

reflexo desse homem apareceu na sua janela. Lembra-se de começar a gritar pela mãe, a pedir ajuda e os vizinhos foram buscá-la a casa, ficando a dormir em casa deles nessa noite.

Afirma que em relação à escola nunca teve muitos apoios por parte da família para estudar, a mãe era uma pessoa com pouca paciência e quando lhe fazia demasiadas questões, a mãe lhe batia. Sendo um dos motivos pela qual a sua rebeldia e aversão à escola se acentuou. No terceiro ano, com 9 anos de idade, Ana foi a uma matiné e conheceu um rapaz com 15 anos, com quem começou a namorar dias mais tarde. No quinto ano, aos 11 anos de idade, com a passagem para o segundo ciclo afirma que também não correu bem, porque nesta fase já tinha namorado. Arranjou novas amigas na escola, gostava de socializar e estar rodeada de várias pessoas. Nessa fase, fez uma amiga que se tornou muito próxima, que frequentava a sua casa e se deu muito bem com o seu namorado e família.

Conta que ocorreu um episódio no Carnaval, em que Ana tinha comprado um casaco novo e a amiga lhe mandou ovos para cima, começando uma luta entre ambas, que terminou com um ataque epilético de Ana. Mais tarde, a sua amiga espalhou o rumor na escola de que Ana estaria envolvida com um homem mais velho, sendo que a sua reputação passou a ser definida por esse rumor. Ficou muito triste com a traição da amiga, que mais tarde soube que ela só espalhou tais rumores, por ter interesse no seu namorado.

Após essa fase, no quinto ano, aos 13 anos de idade, descobriu que estava grávida. Foi uma gravidez indesejada e repentina, mas rapidamente aceitou a ideia por estar apaixonada pelo seu namorado. Durante toda a gravidez, correu tudo tranquilamente, vivia em casa da mãe e estudava, sendo que os seus pais apenas descobriram a sua gravidez aos 8 meses de gestação. Relata que usava roupas muito largas e a barriga parecia muito pequena. Conta um episódio em que o seu professor de educação física falou com a sua mãe pois estranhava certos comportamentos, nomeadamente a sua recusa em fazer esforços físicos nas aulas. Recorda-se que nesse dia, a sua mãe lhe encostou a mão na barriga e percebeu que estava grávida. Nesse momento, não fez nenhum escândalo, mas ficou extremamente chocada, pela idade que a filha tinha. Entretanto teve o apoio da sua mãe e contou aos seus avós no Natal, sendo que o avô desmaiou e a sua avó chorou muito, mas nunca deixaram de a apoiar. Contar a notícia ao seu pai foi mais complicado, sendo que quando este soube, deixou de lhe falar durante 2 anos.

Quando teve o seu filho, afirma ter tido um parto sem complicações e teve o apoio da mãe e do namorado em todas as ocasiões. Este era um bebé saudável e completamente normativo. Nesta fase, o seu namorado fez 18 anos e foi para a tropa, que era obrigatória. Aos 10 meses do filho, Ana e o companheiro saíram de casa com o bebé e foram viver com a sua tia materna, para terem mais privacidade, o que foi um choque para a sua mãe.

Durante o primeiro ano de vida, Ana cumpriu com todas as consultas de rotina, mas notava que algo não estava normal com o seu filho. A partir de um ano e meio, notou algumas anomalias, nomeadamente a cabeça um pouco maior que o normal e febres extremamente altas que impediam o bebé de andar. Começou a levar o seu filho às consultas de desenvolvimento no hospital e foi nesta fase que percebeu que havia algo estranho. Quando o bebé completou dois anos, levou uma vacina que lhe causou uma reação, começou a vomitar e entrou em estado de coma. Foi após este episódio, que descobriram a primeira neoplasia do filho. Nesta fase, o seu filho foi diagnosticado com um tumor cerebral e hidrocefalia aguda, iniciando os tratamentos no IPO de Lisboa, onde estiveram durante 3 anos.

O seu companheiro não soube lidar com a doença do filho e a pressão, sendo que começou a comprar carros, fazer dívidas, a ter outras relações e aí separaram-se. Ana ficou sozinha a cuidar do filho, arranjou uma casa para ambos, trabalhava num infantário e cuidava do bebé. Contou com a ajuda da sua mãe, do seu pai que se reaproximou dela e da sua madrasta. Nesta fase, os ataques epilépticos de Ana desapareceram e não voltou a ter episódios, no entanto, foi diagnosticada com anorexia nervosa aos 15 anos. Não tinha apetite, sentia-se extremamente triste e não cuidava de si mesma, sendo que chegou a pedir apoio psicológico no hospital, mas foi-lhe negado. Aos 17 anos, considera que foi a pior fase da anorexia nervosa, sendo que chegou a pesar 43 kilos e teve dois anos sem menstruação.

Passado 5 anos, o pai do seu filho regressou ao Algarve. Nesta fase, a doença do seu filho estava controlada e viviam uma vida com precauções, mas normativa. Acabaram ambos por dar uma oportunidade à relação e passado um ano decidiram tentar ter outro filho. A gestação do segundo filho correu tranquilamente sem nenhum episódio marcante e bem aceite por toda a família. O parto decorreu na normalidade sem complicações, e passado uns meses o filho mais velho de ambos voltou a adoecer, aos 13 anos. Foi diagnosticado com um linfoma linfoblástico altamente agressivo e a família foi informada que ele estaria em risco de vida. Após este diagnóstico Ana e o pai dos seus filhos voltaram a separar-se pelos mesmos motivos, ficando sozinha com os dois filhos.

Ana teve de deixar o filho mais novo com a madrasta, para ficar no hospital a acompanhar o filho mais velho. Nesta fase teve muitas dificuldades financeiras para sustentar os seus dois filhos, tendo recebido ajuda dos pais, tios e associações de caridade. Quinzenalmente, deixava os filhos com a sua mãe a passar um fim-de-semana, para poder sair de casa, espairecer e dedicar um tempo a si e a estar com amigos. Considera que conseguiu fazer a sua vida social apesar das dificuldades, reorganizar a sua vida e acabar o 12º ano.

O seu ex-companheiro tornou-se um homem que viaja muito e por vezes, telefonava para saber dos dois filhos. Vinha a Portugal uma ou duas vezes por ano para ver os filhos e dava uma pensão para ajudar os mesmos, no entanto, não existe uma relação muito próxima entre pai e filhos.

Aos 30 anos, Ana conheceu quem viria a ser seu futuro marido, num bar. Passado uns meses, engravidou do seu terceiro filho, uma gravidez inesperada que a deixou apreensiva, mas acabou por seguir com a gravidez até ao fim. A gestação decorreu naturalmente, foi um período feliz e dava-se muito bem com o seu companheiro.

Tirou o curso de estética que tanto ambicionava e foi esteticista durante um longo período, levando os filhos consigo para o trabalho. Aos 5 anos, o seu filho mais novo foi diagnosticado com hiperatividade e com o passar dos anos a relação entre Ana e o seu marido foi se deteriorando. O seu marido maltratava verbalmente o seu filho mais velho e não aceitava a doença dele, motivo que levou Ana a sair de casa e divorciar-se.

Iniciou o processo de divórcio e percebeu que o pai do seu filho não se esforçava para estar com ele e foi-se afastando cada vez mais. Após o divórcio, não houve comunicação possível entre Ana e o seu ex-marido, sendo que a companheira atual do mesmo, a proibiu de contactá-lo, sendo que apenas falam por e-mails. Esta foi uma fase bastante difícil para o seu filho mais novo, sendo este diagnosticado com depressão, auto mutilava-se na escola e evitava estar com o pai, pois não se sentia bem com o mesmo. Por sua vez, o seu filho mais novo, é muito dependente emocionalmente da mãe e requiere muita atenção e carinho, sendo que tem falta de atenção por parte do pai. O processo de divórcio tem sido um processo que decorre há 4 anos, pois o seu ex-marido recusa-se a aceitar as condições combinadas por ambos e não paga as despesas do filho.

Em 2019, Ana começou a namorar novamente e mudou-se com os 3 filhos para casa do seu namorado, no início da pandemia COVID-19. Durante a fase da pandemia, afirma que foi feliz com o seu companheiro e os seus filhos, faziam vários jogos em casa, sessões de filmes, caminhadas ao ar livre e havia uma boa dinâmica e relação entre todos. A relação com o novo companheiro era estável, este ajudava-a no que podia e tinha um grande carinho pelos seus filhos.

Durante a pandemia, Ana engordou 20 kilos, o que a deixou com baixa autoestima pois não se sente bem com o seu novo peso, afirmando “detesto sentir-me gorda, quando me olho ao espelho não gosto do que vejo, sinto repugnância” (sic). Relata que a sua mãe, teve obesidade mórbida e que o peso excessivo e a gordura é algo que a incomoda. Atualmente, afirma que deixou de cuidar de si, desde o momento em que se tornou cuidadora a tempo inteiro. Não se

reconhece em nenhum aspeto, no seu corpo, na sua pele, no seu cabelo e que evita ver-se ao espelho.

Durante a pandemia, o seu companheiro emprestou dinheiro ao seu irmão mais velho, que não lhe pagou de volta, o que deixou um mau ambiente entre eles. O seu irmão acabou por deixar de lhe falar e evita manter contacto com a irmã, há 2 anos. Esta situação deixa-a triste, pelo facto do seu irmão não ter conseguido separar a situação com o seu companheiro, da relação que tinha com Ana enquanto irmãos. Afirma ter saudades do irmão, mas sente que ele não tem interesse ou vontade em procurá-la, por isso decidiu dar-lhe o espaço que ele precisa e esperar que a situação acabe por se resolver. Em relação ao irmão mais novo, mantém contacto telefónico e uma boa relação, apesar de não haver muito contacto presencial.

Ana relata um episódio marcante em que tentou suicidar-se, em 2021. Na altura, o seu filho tinha tido uma infeção cerebral e sentia-se perdida e desesperada em relação à saúde do filho e à sua própria vida. Nesse dia, ligou para a família a despedir-se, foi para a varanda, tomou duas caixas de ben-u-ron e bebeu vinho. Nesse momento, afirma que havia perdido a esperança na sua vida e que foi uma atitude de desespero. Passado uns minutos, o seu filho apercebeu-se do que havia acontecido e obrigou-a a vomitar. No hospital, fez uma lavagem ao estômago e teve consciência de que necessitava de ajuda profissional e que esse era um episódio que não queria voltar a repetir. Passado uns dias após recuperação, pediu ajuda ao centro de saúde por acompanhamento psiquiátrico e psicológico, que nunca chegou a ser atribuído. Afirma que falar do que se passou a ajuda e sabe que possivelmente estas ideias poderiam voltar a aparecer, e por esse motivo, procurou ajuda na instituição de estágio.

Neste momento não toma medicação, pois acredita que não a ajuda e os vícios que tem, são o tabaco e o café. Afirma que a sua vida gira em volta de cuidar dos filhos e dos problemas deles. Sente que a sua vida poderia ser diferente se dependesse apenas de si, mas como cuida dos seus filhos, tem sempre vários problemas para lidar e torna-se esgotante. A demência que o seu filho mais velho tem devido à lesão, continua a aumentar e a ataxia também, o que a deixa preocupada e extremamente triste por não ver mudanças positivas na saúde do filho.

Em 2023, recebeu uma queixa da segurança social por negligência e maus-tratos aos seus filhos. Dirigiu-se ao encontro de duas assistentes sociais para tentar entender concretamente as queixas que fizeram e as repercussões que poderia ter. Tratava-se de uma carta anónima que dizia que Ana maltratava os seus 3 filhos, era negligente e os deixava várias vezes sozinhos em casa. Descreve esta situação como sendo pura maldade, pois não tem conflitos com ninguém e não percebe quem poderá ter tido determinada ação, ficando de rastros. Afirma que apenas sai de casa para ir às compras ou à farmácia e que nunca deixou os seus

filhos sozinhos durante muito tempo. Depois desta acusação, sente-se com medo de sair da rotina e que alguém veja que saiu de casa e possa usar isso contra si. Faz esse esforço por tentar transparecer que está bem, para os seus filhos não ficarem preocupados ou desanimados. Mas acaba por reprimir as suas emoções para não afetar ou preocupar quem a rodeia.

Esforça-se para que os seus filhos não percebam a sobrecarga que acarreta diariamente e que se sente saturada e desgastada da rotina que leva. Tenta que eles vejam o lado positivo das situações mais difíceis. Está em constante estado de alerta e sente-se ansiosa, pois não sabe se a qualquer momento acontece um pior cenário, e precisa de defender-se a si e aos seus filhos desta situação.

Meses após a queixa da segurança social, o seu companheiro sai de casa alegando que não conseguia continuar a aguentar com todas as despesas. Não lhe deu explicação, disse que ia viver para casa da mãe, porque lá não paga renda, não paga comida e consegue juntar dinheiro. Após ser confrontada com esta decisão do seu companheiro, Ana deparou-se com um problema maior, não conseguiria continuar a pagar a renda e despesas da casa sozinha. O seu companheiro deixou-a a si e aos seus filhos desamparados, sendo que para além de ter de lidar com o luto da relação, Ana teve também de se forçar a recuperar para procurar uma nova casa, por muito triste e desanimada que se sentisse. Sente que ainda está na fase de luto, mas não consegue deixar de se preocupar com o futuro da sua família e na incógnita em que estão em termos de habitação. Sente-se triste e ao mesmo tempo preocupada e ansiosa com a situação.

Apesar da tristeza, desilusão e desamparo com a situação, tem a perceção de que vai conseguir superar e ajudar-se a si e aos seus filhos. Tem a consciência de que tem um grande suporte, o dos seus filhos. Sabe que eles nunca a vão deixar desamparada e isso dá-lhe força e coragem para lutar pelo bem-estar da família. Recentemente, encontra-se a reconstruir a antiga casa da sua bisavó, para se mudar para lá o mais rapidamente com os seus filhos. Lançou um apelo à comunidade em que pedia ajuda material e mão de obra para a reconstrução da casa, sendo que recebeu várias ajudas de voluntários.

Posteriormente, recebe uma chamada telefónica do doutor do seu filho mais velho, do IPO, a dar-lhe o resultado de uma ressonância magnética realizada. Disse-lhe que o seu filho teve dois AVC e ficou com uma lesão grave no cérebro. Relata que foi um choque horrível e simplesmente não teve como perceber, sendo que o seu filho não manifestou sinais. A solidão que vive e a falta de apoios familiares e sociais, são fatores que a deixam ainda mais desamparada pois não sabe com quem contar. Tem perceção de que é uma boa mãe e que os seus filhos se tornaram boas pessoas, o que a deixa orgulhosa. No entanto, não deixa de se sentir

triste pela vida que leva e isolada pelo facto de não poder sair de casa nem para as necessidades mais básicas.

### **Síntese das sessões:**

Na primeira sessão de acompanhamento, Ana revelou estar bastante sobrecarregada e ter necessidade de desabafar, demonstrando disponibilidade para falar sobre si, sobre as suas preocupações e sentimentos. No decorrer das sessões demonstrou estar em sofrimento e triste pela sua situação atual, porém, aparentou estar bem resolvida e aceitar a sua história e experiências de vida do passado. Demonstrou-se bastante colaborativa e interessada em obter proveito das sessões e refletir acerca do que é falado. As três primeiras sessões foram destinadas a desenvolver uma anamnese de Ana, processo que compreende a formulação de uma hipótese de trabalho e de um plano terapêutico acordado com a cliente.

Na segunda sessão, foram feitas algumas questões à entrevistada, de modo a recolher dados da sua história biográfica e formular a anamnese. Ana relatou a sua história de vida desde a infância e deu continuidade à história acerca do seu processo de desenvolvimento. Relatou também, alguns episódios marcantes da sua vida, nomeadamente o diagnóstico de epilepsia, o facto de ter reprovado por faltas e a gravidez na adolescência. Abordou também o abandono por parte do namorado e a doença do filho, que afirma como uma fase complicada. Foi diagnosticada com anorexia nervosa na adolescência e relata que foi um período bastante difícil que não quer relembrar.

Na terceira sessão, relatou como decorreu a gravidez do segundo filho e a reconciliação com o ex-namorado. Nesta sessão, abordou o tema do corpo e da autoestima afirmando que não se sentia bem com o seu corpo desde que engordou 20 kilos. Relatou também o episódio em que se tentou suicidar devido ao desespero que sentia em relação à sua vida. Afirmou também, ter receio que o filho mais novo tomasse decisões parecidas em tom de desespero, sendo que sofre de depressão e tende a reprimir com ele mesmo as suas emoções. Apresentou queixas em relação ao seu ex-marido afirmando que se sente saturada da situação em que se encontra e do mal-estar entre ambos.

Na quarta sessão, afirmou estar exausta e perder a noção do tempo e dos dias, sendo que são todos iguais. Sente-se cansada de fazer todas as tarefas domésticas e da rotina que leva a cuidar, sendo que se sente triste e sem motivação. Afirmou ainda, que perdeu o gosto em se arranjar e que a sua autoestima está cada vez menor, sendo que não é capaz de olhar-se ao espelho. Tem saudades da vida que levava e de conviver e poder sair de casa. Contou que

conseguiu ter um tempo livre para ir beber café com a sua vizinha e que essa saída, embora curta, lhe fez muito bem psicologicamente.

Na quinta sessão, contou ter recebido uma notificação para ir a tribunal tratar do processo de divórcio e ter ido ao IPO ter uma reunião com o médico do seu filho. Encontrava-se triste porque o médico lhe disse que a doença está a avançar rapidamente e propôs que internasse permanentemente o seu filho numa instituição. Afirmou que não iria fazer isso, pois cuida do filho há 30 anos e não é agora que o vai deixar, pois sabe que consigo ele está bem cuidado. Afirmou também sentir-se saturada pela rotina que leva e pelos dias serem todos iguais, sentindo falta de alguma atividade diferente. Relata que teve um encontro com uma vizinha que a julgou pelo seu aspeto físico e disse que Ana estava muito gorda. Esse comentário deixou-a incomodada, mas afirma que prefere estar assim que voltar a ter anorexia nervosa.

Na sexta sessão, demonstrou preocupação em relação ao processo de divórcio e à demora para que tudo esteja resolvido. O pai do seu filho continuava a recusar-se pagar as despesas e não colaborava para o bem-estar da criança. Sentia-se exausta psicologicamente pois os dias são passados a pensar neste processo e nas repercussões na saúde mental do seu filho mais novo. Falou sobre os seus filhos e o apoio e força que estes lhe dão para seguir a cuidar, apesar do cansaço. Demonstrou preocupação com o seu filho mais novo, sendo que ele saiu de uma turma onde tinha amigos que gostava e foi para uma turma onde não se sente incluído. Afirmou que ele vai contrariado para a escola e isso a deixa apreensiva pois não sabe como alterar esta situação.

Na sétima sessão, Ana relatou que alguém apresentou queixa de si na segurança social por negligência para com os seus filhos. Esta acusação deixou-a chocada e admirada, pois tem consciência de que é uma boa mãe e não sabe quem poderá ter apresentado esta queixa. Ficou com receio de sair de casa e que alguém usasse isso contra si, questionando-se quem possa ter motivos para tal. Conta também que foi a uma audiência com o seu ex-marido, pois ele não faz pagamentos de despesas do filho desde dezembro. Para Ana, torna-se muito difícil conter todas as despesas e sente-se revoltada por ser a única a cumprir com as suas responsabilidades enquanto mãe. Sente-se cada vez mais preocupada com o filho, que depois do divórcio dos pais está cada vez mais isolado, recusa-se a comer e vai obrigado para a escola. Ana afirmou estar preocupada pois já teve anorexia nervosa e tem receio que o filho esteja a iniciar o mesmo processo.

Após esta sessão, Ana deixou de comparecer nas sessões de acompanhamento, não respondendo a qualquer chamada ou mensagem enviada. Passado um mês, retornou a enviar mensagem a pedir desculpa pela atitude e por ter desaparecido. Afirmou que estava a passar

por uma fase muito complicada e não estava a saber lidar, preferindo isolar-se, para não passar a sua dor aos outros. Voltou a pedir o reagendamento do apoio psicológico e retomaram de imediato as sessões.

Na oitava sessão, Ana contou que a pessoa com quem vivia foi embora alegando não aguentar as despesas da casa. Foi apanhada desprevenida pois o companheiro não deu qualquer sinal de insatisfação, no entanto, apenas disse que iria sair de casa pois não aguentava mais. Ana afirmou estar a ser um período difícil, fazer o luto novamente de outra relação, no entanto, deparou-se com um problema maior. Percebeu que não conseguia pagar as despesas dos filhos mais a renda da casa em que se encontram, sem a ajuda do ex-companheiro. Motivo pelo qual iniciou uma procura por uma nova casa e fez uma petição para espalhar a mensagem pela comunidade e encontrar solução. Sentiu que não houve qualquer cuidado da parte do companheiro em informá-la que não estava bem e sentiu-se descartada.

Deixou-a desanimada e receosa o facto de não ter onde viver e não poder dar estabilidade aos seus filhos. Evita pensar no ex-companheiro e acredita que o melhor para fazer o luto é não manter contacto com ele, visto que não têm nada em comum. Afirmou que o apoio dos filhos é o que a salva, no entanto não deixa de sentir saturada da vida que leva e desiludida com mais um desgosto amoroso.

Na nona sessão de acompanhamento, Ana contou que começou a reconstruir a antiga casa da sua bisavó, para se mudar para lá o mais rapidamente com os seus filhos. Lançou um apelo à comunidade em que pedia ajuda material e mão de obra para a reconstrução da casa, tendo recebido várias ajudas. Soube também o resultado de uma ressonância magnética feita ao filho mais velho, que demonstrou que ele teve dois AVC nas últimas semanas. Ana sentiu-se triste ao saber do sucedido, sendo que não se apercebeu do que se tinha passado e o filho não demonstrou sinais. Teve a visita de duas assistentes sociais em sua casa, que a acusaram de ser uma mãe negligente e lhe disseram que não poderia sair e deixar o seu filho sozinho. Depois desta visita sentiu-se desamparada e afirma que nem para as necessidades básicas tem liberdade para sair de casa, afirmando estar presa à vida de cuidadora e muito isolada.

Na décima sessão, Ana contactou a presidente da comissão onde foi apresentada a queixa por negligência e reuniu-se com a mesma. Chorou na reunião e contou-lhe a sua história de vida, sendo que a queixa foi arquivada e a situação ficou resolvida. Nessa semana, o seu filho mais novo ficou doente e foi para as urgências do hospital acompanhado pelo irmão, sendo que Ana tinha de ficar a cuidar do filho mais velho. Nesse período pediu ao pai do filho mais novo para o acompanhar ao hospital, sendo que este se recusa e apenas deseja as melhoras ao filho. Ana afirma teve grande discussão com o seu ex-marido e ficou muito chateada com a sua

atitude de desinteresse. Relata também que a relação com a sua mãe tem vindo a piorar e tem dificuldade em lidar com ela. Sente que esta a mãe a critica constantemente e gostava de ter mais apoio da parte dela.

Na décima primeira sessão, Ana estava exausta e triste, sendo que o filho mais velho teve um AVC isquémico hemorrágico, que lhe afetou a visão, a marcha e cognição. Afirmou sentir-se cansada e que têm acontecido muitas situações negativas de seguida, sendo que por vezes parece irreal. Contou que a sua mãe estava chateada consigo, por motivos que não entendia e que se tornava difícil lidar com as críticas que esta lhe faz, quando só queria ter o apoio da mesma. Os filhos inclusive, demonstram cada vez menos vontade de conviver com a avó devido à sua postura constante de crítica. Afirmou ainda, que o filho mais novo requer muita atenção da sua parte e por vezes se torna cansativo lidar com as suas queixas constantes em relação à escola e aos colegas.

Na décima segunda sessão, Ana conta que as obras na casa nova têm corrido bastante bem e foi contactada por um grupo de voluntários, que a irão ajudar na mão de obra. Nesta sessão, demonstrou ter objetivos a logo prazo e sentir-se motivada para voltar a ter um emprego e fazer aquilo que gosta. Partilhou que gostaria de tirar uma formação, para poder ensinar outros jovens na área da estética. Afirmou ter várias opções em mente e isso deixa-a motivada para encarar o momento presente, pois tem objetivos futuros para si enquanto pessoa e não só enquanto cuidadora. Nesta sessão, contou também que teve uma atitude da qual se arrepende, ligar para a mãe do ex-companheiro. Após este telefonema, sentiu-se triste e envergonhada pois sentiu desprezo por parte dessa pessoa.

Na décima terceira sessão, Ana relatou que já sabe o motivo pelo qual o ex-companheiro a deixou e que isso a deixou decidida a seguir em frente. Conta que acredita ter um novo pretendente, alguém que a tem vindo a ajudar na reconstrução da nova casa e que essa interação a tem deixado desconfortável. Não se sente disponível emocionalmente para voltar a ter uma relação e afirma que prefere afastar-se e cuidar de si e dos seus filhos, para seu bem. Contou também que não mantém contacto com a mãe há cerca de um mês, pois esta insultou Ana e os seus filhos, acusando-a de não querer trabalhar e viver à conta dos outros. Por sua vez, Ana sente-se triste com este comentário da mãe, mas apesar de ter consciência de que a relação de ambas é tóxica, prefere manter contacto com a mãe para não a deixar sozinha.

Na décima quarta sessão, afirmou estar desmotivada pois não vê avanços na obra da casa nova. Afirmou ter esperança que as coisas melhorem, mas que por vezes não é fácil ser otimista. A saúde do filho mais velho é o que mais a preocupa, relatou que este voltou a ter um acidente isquémico e sabe que tem tendência a piorar. Sente-se impotente pois apenas pode

esperar que algo aconteça e isso deixa-a muito ansiosa, pois tem muito medo de perder o seu filho inesperadamente.

Por fim, na décima quinta sessão, e última, foi feita uma reflexão do processo do apoio psicológico, desde o seu início. Ana afirmou que quando iniciou o acompanhamento, lhe foi difícil confiar plenamente e ter alguém a ouvi-la sem julgamento, pois não estava habituada. Sempre se sentiu rodeada de pessoas, mas ninguém a escutava realmente. A partir do momento em que começou a confiar, sentiu-se à vontade e saía das sessões com sensação de alívio por ter desabafado. Reforçou que se sentia agradecida pelas sessões de acompanhamento psicológico e que as conversas tidas em sessão lhe deram forças para não desistir.

### **Discussão do caso à luz da Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo**

Procurando compreender em profundidade este caso, podem-se destacar alguns acontecimentos que podem ser analisados com base na Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo, de Hipólito, que nos ajudam a compreender o processo de atualização e o sofrimento de Ana. No que diz respeito aos traumas de Ana ao longo da sua vida, podem-se destacar traumas de origem biológica, psicológica e social (Hipólito, 2011).

Ana foi fruto de uma gravidez indesejada por parte dos pais (trauma biológico e psicológico), o que levou a que esta sentisse, ao longo do seu crescimento, que não era amada pela mãe. Percecionava muitas condições de valor por parte desta, mas por mais que se esforçasse, não recebia o afeto desejado. Contudo, apesar da difícil relação com a mãe, sempre teve consigo o amor do pai. Este, ainda que discreto e pouco afetuoso, estava presente e apoiava-a em tudo, tornando esta relação uma condição de atualização que ajudou Ana a manter o amor pela família (Hipólito, 2011). Quando vivia com a mãe, Ana passava noites sozinha (trauma psicológico) e chegou a ser perseguida ou, pelo menos, a ter essa percepção. O seu medo de ficar sozinha em casa piorou a relação com a sua mãe, mas teve o apoio dos vizinhos. Terá desenvolvido, precocemente, uma grande autonomia e independência, pois o adulto de referência não lhe proporcionava condições psicológicas de segurança e confiança.

Ainda em criança, Ana recebeu o diagnóstico de epilepsia (trauma biológico). Para além do impacto físico, os sintomas levaram a que Ana sofresse de *bullying* e de estigma na escola (trauma social), com graves consequências sociais. Começou a rejeitar ir à escola, pois sentia-se rejeitada, humilhada e não aceite, no entanto, recorreu ao apoio da família que a ajudaram a aceitar a sua patologia e a sentir-se bem com ela mesma. Na fase da adolescência, voltou a ser

vítima de *bullying*. Nesta fase, Ana tinha namorado e contou com o apoio do mesmo para superar este episódio traumático, contudo, é possível que os sucessivos episódios de se sentir traída por pessoas em quem confiava, e desamparada, tenham originado uma dificuldade em confiar nas pessoas.

Aos 13 anos engravidou, inesperadamente (poder-se-á considerar um trauma biológico e psicológico devido à sua tenra idade e falta de conhecimento e preparação sobre o tema). Ana ficou muito assustada pois ainda se encontrava a estudar e era muito nova. Escondeu a gravidez dos pais com medo da sua reação (as condições de valor que sentiu sempre, na relação com a mãe, levavam-na provavelmente a recear mais uma não-aceitação), mas contou com a ajuda e apoio do namorado. Quando contou ao pai, este deixou de lhe falar durante dois anos (trauma social), levando Ana a sentir-se devastada e abandonada, por parte de uma das poucas figuras em quem confiava, ainda. No entanto, Ana foi apoiada pela mãe, pelo namorado e pelos avós, sendo estes apoios as condições de atualização (Hipólito, 2011) que fizeram com que Ana sentisse que não estava sozinha neste desafio.

Quando o seu filho completou dois anos de vida e lhe foi diagnosticado um tumor cerebral e hidrocefalia aguda, Ana sentiu-se perdida e desesperada, com muito receio pelo futuro do seu filho (trauma psicológico). Contou com o apoio dos pais (o pai, após saber do diagnóstico do neto, retomou a relação com a filha). Na fase de tratamentos do filho o companheiro de Ana abandonou-a e ao filho. Ana deparou-se sozinha com o filho e passou por uma situação financeira complicada. Conseguiu, ainda assim, uma casa para viver, um emprego e contou com apoio financeiro de conhecidos e familiares, sendo estas as condições de atualização que a ajudaram a seguir com a sua vida. Por volta da mesma altura Ana foi diagnosticada com anorexia nervosa (trauma psicológico), com consequências psicológicas graves. Durante esta fase contou maioritariamente com o apoio dos seus pais, manteve-se focada no seu emprego e motivada devido a ser cuidadora do filho e este precisar de si.

Após a reconciliação com o seu companheiro e o nascimento do segundo filho de ambos, Ana passou por outro trauma psicológico, o diagnóstico de um linfoma linfoblástico do filho mais velho. Este diagnóstico simbolizava um grande risco para o seu filho, o que deixou Ana novamente desesperada e com muito medo de perder o filho. Foi apoiada pelo pai dos seus filhos que lhe deu algum conforto, e pelos seus pais, que ficaram a cuidar do seu filho mais novo para que Ana pudesse ficar no hospital a acompanhar o filho nos tratamentos.

Após este período traumático, o pai dos seus filhos voltou a abandoná-los, deixando Ana sozinha com os dois filhos. Como consequência, Ana teve bastantes dificuldades financeiras. Recebeu ajuda da mãe, de familiares e de associações de caridade. Conseguiu

concluir o 12º ano e tirou um curso, focando-se em cuidar de si e dos seus filhos. Estes foram um conjunto de condições de atualização que a ajudaram a superar o trauma do abandono e lutar pelo seu bem-estar e dos seus filhos.

O diagnóstico de hiperatividade do seu terceiro filho (trauma psicológico) deixou-a preocupada com o bem-estar do seu filho, no entanto, informou-se acerca da patologia para melhor entender do que se tratava e como poderia lidar, deixando-a mais descansada e confiante.

Com o passar dos anos a relação entre Ana e o seu marido foi se deteriorando e divorciaram-se (trauma psicológico). Ana ficou bastante triste por passar por mais um término de relação, com três filhos ao seu cuidado. Saiu de casa com eles e dedicou-se a cuidar dos mesmos e ao trabalho de esteticista. Após este divórcio, o seu filho mais novo foi diagnosticado com depressão e Ana soube que este se auto mutilava na escola. Para Ana foi um choque saber deste diagnóstico e do sofrimento do filho, percebendo que estas atitudes seriam uma consequência do divórcio dos pais e da falta de interesse por parte do pai. Nesta fase, para tentar minimizar o impacto negativo que sentia após o seu divórcio e o facto de ser cuidadora dos filhos, Ana procurou ajuda psicológica, para se sentir melhor consigo mesma e mais capaz de cuidar (condição de atualização).

Durante a pandemia Ana engordou muito, não se sentia bem com o seu novo peso. Segundo a citação de Ana “detesto sentir-me gorda, quando me olho ao espelho não gosto do que vejo, sinto repugnância” (self real), é possível constatar que Ana se encontra insatisfeita com o seu peso e apresenta uma baixa autoestima. Devido aos seus problemas ao longo da vida, relativamente ao seu corpo, Ana gostaria de ser mais magra e sentir-se bem quando se olha ao espelho (self desejado).

Ainda durante a pandemia, Ana deixa de beneficiar do apoio psicológico que mantinha e que a ajudava a aliviar a sua sobrecarga e angústias. Neste mesmo período, o seu irmão mais velho cortou relação consigo (trauma psicológico), afastamento que a deixou triste e sem perceber. Em 2021, Ana tentou suicidar-se (trauma psicológico). Sentia-se perdida e sem rumo na sua vida, pois o seu filho mais velho tinha tido uma infeção cerebral. Após este episódio, procurou acompanhamento psiquiátrico e psicológico para melhorar a sua condição, mas sem sucesso. Nesta fase, novamente, Ana apoiou-se no seu companheiro e nos seus filhos, que se tornaram uma condição de atualização nesta fase de fragilidade.

Em 2023, a queixa que recebeu da segurança social por negligência e maus-tratos, constituiu um novo desafio. Depois desta acusação, começou a manifestar sintomas como medo de sair de casa, com receio de que alguém pudesse usar isso contra si. Reprimia as suas emoções

para não preocupar os filhos, sentindo-se completamente destroçada. Posteriormente, foi abandonada pelo seu companheiro. Apercebeu-se das consequências que estavam por vir, o que a deixou em pânico e com medo do futuro. Ana focou-se totalmente nos seus filhos e em procurar soluções para a casa. Recebeu apoio emocional dos filhos e a ajuda financeira da família e da comunidade, que se tornaram condições de atualização fundamentais para superar este trauma e as suas consequências.

Recentemente foi informada que o seu filho teve dois AVC e ficou com uma lesão grave no cérebro. Este trauma deixou-a chocada e desiludida consigo mesma por não ter percebido os sinais. Apesar deste diagnóstico, sente-se orgulhosa pelo trabalho que tem feito com os seus filhos e com o sentimento de missão de cuidar deles, que é o que a motiva a seguir.

Consoante Hipólito (2011), constata-se a presença da tendência atualizante na medida em que Ana demonstra o desejo de mudar a maneira como encara a sua vida, no entanto, os “traumas” que vivenciou impossibilitam-na que desenvolva por completo as suas potencialidades e que se sinta realizada. Ana apresenta um locus de controlo interno, como é possível verificar na seguinte citação: “No meu caso, não tenho opção tenho de ficar em casa e estou mais isolada, mas não é por culpa minha, são as circunstâncias da vida e do cuidar” (sic), uma vez que percebe que a situação em que se encontra não é sua culpa nem dos outros que a rodeiam, procurando inclusive ajuda psicológica para se sentir melhor e poder continuar a cuidar dos filhos.

Afirma várias vezes ao longo das sessões, estar consciente de que é uma boa mãe, mas que a vida que leva deixa-a muitas vezes desmotivada e triste. Os traumas pelos quais passou, tiveram as suas consequências. No entanto, acaba por restringir a sua vida de modo a prestar cuidados aos seus filhos, tornando-se bastante isolada socialmente, sendo este um aspeto comum na vida dos cuidadores informais (Cabral et al., 2014).

No caso de Ana, identifica-se a presença constante de uma das consequências negativas mais comum do processo de cuidar, a sobrecarga do cuidador informal. Esta sobrecarga resulta de um conjunto de fatores, como o esforço físico, a pressão emocional, o isolamento social e as exigências financeiras (Lopes, 2022).

As patologias dos seus filhos e o facto de ser cuidadora informal dos mesmos, intensifica a sua responsabilidade enquanto mãe e Ana demonstra consciência de que faz o melhor que pode por eles. A sua qualidade de vida enquanto mulher e mãe, acaba por ser comprometida pela tarefa que tem enquanto cuidadora. Ana afirma várias vezes que cuidar é a sua missão de vida e demonstra aceitar os acontecimentos do passado. Afirma que a rotina e a monotonia da sua vida, são os aspetos que a deixam mais aborrecida (Oliveira et al., 2022).

## O processo terapêutico de “Ana”

Nas primeiras sessões com Ana, esta descreveu-se como alguém que possuía o encargo de ser cuidadora informal e que se encontrava bastante isolada. O seu pedido foi direcionado à necessidade de refletir sobre os seus problemas e ficar resolvida em relação a traumas do passado. Começou por contar pouco a pouco a sua história e com o decorrer das sessões, demonstrou uma maior abertura e confiança para falar acerca de acontecimentos marcantes da sua vida e dos seus sentimentos.

Desde o início das sessões de acompanhamento psicológico que demonstrou não se culpabilizar pelos acontecimentos menos positivos da sua vida. Procurou falar sobre estes mesmos acontecimentos e relatou o que sentiu em cada um destes momentos. Com o decorrer das sessões, Ana demonstrou um maior *insight*, aparentando um progressivo maior conhecimento de si mesma e das suas emoções. Demonstrou aceitar a sua condição enquanto cuidadora e ser motivada pelo amor que tem pelos filhos, no entanto, não deixando de lhe custar o isolamento e a sobrecarga que vivenciava.

O tema que Ana se demonstrou mais apreensiva ao longo das sessões, tratou-se do seu mal-estar com o seu corpo. Ao longo das sessões afirmou que gostaria de se sentir melhor consigo mesma e com o seu corpo, mas que lhe era muito difícil fazer esse processo de aceitação depois de ter engordado 20 kilos e ter tido anorexia nervosa. Estava habituada a ver-se muito magra e o facto de ter engordado de repente, afetou a sua autoestima. Já nas últimas sessões, demonstrou progressos em relação à forma como olhava para si mesma e para a questão do corpo. Afirmou que os familiares nunca comentaram nada em relação ao seu corpo, mas que por questões hormonais e da situação de vida em que se encontrava, foi engordando durante a pandemia. Atualmente, afirma não se importar tanto com esse aspeto, considera que é normativo com a idade e afirma que se sente bem tal como é.

Nas últimas sessões, Ana afirmou que lhe foi benéfico o acompanhamento psicológico e que cumpriu com os objetivos esperados, que seria ter um espaço seguro onde se sentisse confortável para desabafar de tudo e aliviar a sua sobrecarga psicológica. Afirmou que houve períodos em que se sentiu reticente em dar continuidade pois não queria passar a sua carga negativa aos outros, mas que após refletir percebeu que só lhe traria benefícios falar dizendo “Se tenho alguém com quem posso desabafar, tenho mais é de aproveitar e confiar” (sic).

## **Reflexão sobre o Caso de “Ana”**

Em reflexão acerca do caso de Ana, esta foi uma cliente que se demonstrou desde o início com uma postura empática e colaborante, sendo claro o motivo pelo qual teria procurado apoio psicológico. As primeiras sessões, foram destinadas a conhecer melhor a sua história de vida e criar uma relação terapêutica segura e de confiança. Ana demonstrou que estaria disponível e motivada para confiar e desabafar os problemas da sua vida, começou a contar relatos pessoais e pouco a pouco os pormenores mais marcantes da sua vida.

No começo das sessões, Ana encontrava-se num período sensível da sua vida, devido à doença do filho e à sobrecarga e isolamento que vivenciava. Ao fazer uma retrospectiva da sua história de vida, demonstrou estar “bem resolvida” com a maioria dos episódios marcantes que vivenciou. Possuía uma expressão bastante triste, quando falava acerca da doença do filho e do seu isolamento enquanto cuidadora. Afirmou várias vezes que vivia numa prisão, mas que não mudava nada, pois a sua missão de vida era cuidar.

Por vezes, Ana emocionava-se ao falar do filho e do quão exausta e sozinha se sentia, sendo estes momentos particularmente difíceis de gerir, enquanto estagiária. Aprender a lidar com o silêncio e permitir que a cliente chorasse, sem ser interrompida, foi uma das grandes aprendizagens realizadas com este acompanhamento.

Passado uns meses desde o início das sessões, o desaparecimento de Ana foi inesperado e numa perspetiva pessoal, gerou-me preocupação e confusão, sendo que esta não respondia a qualquer tentativa de contacto. Preocupação pelo facto de não saber se Ana estaria bem ou não, e confusão pois não sabia o motivo do seu desaparecimento, se poderia ser algo que correu mal nas sessões ou algo a nível pessoal da mesma. Passado um mês e ainda sem resposta, interiorizei a ideia de que Ana poderia ter abandonado as sessões por não corresponderem aquilo que esperava, gerando em mim um sentimento de desilusão com o trabalho realizado e de que algo falhou.

Quando Ana voltou a entrar em contacto, explicou que o facto de me achar jovem, gerou nela um sentimento de proteção, não querendo transmitir a sua dor. De imediato, expliquei que para com ela sempre tentei manter uma postura empática e profissional, sendo que se me permitisse, estaria disposta a continuar a ajudá-la e escutá-la como desde o início. Assim foi, a partir desse momento Ana passou a encarar as sessões como um espaço onde falava com alguém que ali estava, no momento presente, focada e interessada em ouvi-la e compreendê-la.

No decorrer das sessões, foi possível registar mudanças em Ana no que diz respeito à relação entre as suas emoções e comportamentos, demonstrando tomar atitudes que visavam como prioridade o seu bem-estar e dos seus filhos. Demonstrou não aceitar menos do que aquilo que merecia, tanto em relações amorosas como familiares, impondo os seus limites e aumentando o seu amor próprio.

Um aspeto em que constatei maior dificuldade em gerir e dar uma resposta coerente, foi o episódio da sua tentativa de suicídio. Considero que foi um episódio que tentei escutar e compreender empaticamente, mas que me foi particularmente difícil saber qual seria a forma mais adequada de responder. Com o passar das sessões, foi um tema que foi pouco abordado, mas Ana demonstrou estar resolvida em relação ao mesmo e ter a certeza de que é algo que não voltará a repetir.

Outro episódio mais desafiante a nível de compreensão empática, foi o facto de Ana ter perceção de que possui uma relação “tóxica” com a mãe, mas preferir mantê-la. Para mim, enquanto estagiária, foi um tema difícil de dar resposta, sendo que quando realçava os aspetos menos bons da relação de ambas, Ana concordava, mas sentia um dever de se manter na vida da mãe, apesar da relação não ser saudável. Foi um assunto difícil pois percebi que era algo que não era favorável para a saúde mental de Ana, mas que não era meu dever dizer, apenas poderia escutar e compreender aquilo que ela sentia e a importância da mãe na sua vida.

É importante realçar também, que o facto de as sessões decorrerem em formato *online*, foi um fator limitador no processo de relação terapêutica. O facto de ver a cliente apenas dos ombros para cima, não estar com ela presencialmente e não poder observar certos maneirismos e postura, foi algo que esteve em falta para um melhor conhecimento da cliente. Apesar destas limitações, foi o formato possível de ser realizado e Ana realçou nas últimas sessões, que se sentia grata pelo apoio recebido e que lhe iria fazer bastante falta.

O seguimento deste caso contribuiu para meter em prática os conhecimentos relacionados com a Abordagem Centrada na Pessoa e poder aplicá-los para ajudar a cliente da melhor forma. Em análise geral da evolução de Ana, seria importante que esta continuasse as sessões de acompanhamento psicológico, com o intuito de continuar os progressos que tem vindo a alcançar e tornar-se ainda mais segura de si e do seu valor. O “caminho” feito traduz uma atualização das suas potencialidades, no sentido de uma progressiva maior aceitação de si e da sua circunstância de vida.

Tal como foi abordado no enquadramento teórico, o apoio psicológico é uma medida importante para a redução da sobrecarga emocional do cuidador informal bem como para melhorar o seu bem-estar e aceitação do problema. Como se pode verificar com a análise deste

caso, comprova-se o que é mencionado na literatura, que a prestação de cuidados leva a mudanças na vida pessoal do cuidador, originando uma exaustão a nível físico e psicológico (Benson et al., 2020).

O apoio psicológico on-line demonstrou ser uma ferramenta eficaz no presente caso, visto que a cliente reside na zona do Algarve, caso fosse presencial esta não poderia beneficiar deste apoio. O caso de “Ana”, pode-se considerar que começou por ser um processo de adaptação, mas que acabou por ser bastante benéfico para a cliente, cumprindo com os objetivos traçados inicialmente, aliviar a sua sobrecarga.

Torna-se assim, importante que “Ana” prossiga com o apoio psicológico, na medida em que foram observadas evoluções no seu processo terapêutico, para que continue no processo de aliviar a sobrecarga psicológica que acarreta e na direção de um maior bem-estar.

## **Caso II- Avaliação Psicológica de “Maria”**

### **História Clínica:**

A primeira sessão de Maria (nome fictício) decorreu no final de março de 2023, sendo que se realizaram quatro sessões, com periodicidade semanal e duração de 50 minutos. Nestas sessões, pretendeu-se recolher dados da anamnese e história familiar da cliente, bem como realizar uma avaliação psicológica com a mesma. Visto que cuida a tempo inteiro do marido que sofreu de um AVC, as sessões foram realizadas na sua habitação, por iniciativa e sugestão da mesma.

Com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre as queixas apresentadas pela cliente, nas duas primeiras sessões fez-se uma recolha de dados com base numa entrevista clínica semiestruturada, de modo a recolher informação para realizar uma anamnese biográfica e história familiar. Após esta recolha de informação, prosseguiu-se à aplicação de quatro provas psicológicas, de modo a fundamentar os sintomas apresentados pela cliente.

### Identificação:

Maria tem 78 anos de idade, é do sexo feminino e possui uma estatura baixa. É casada e tem 2 filhos, uma filha com 47 anos e um filho com 52 anos. É natural da região do Norte e atualmente reside na Margem Sul.

### Dados de Observação:

Ao nível da aparência física, apresenta uma apresentação pouco cuidada, uma postura relaxada e foram observados maneirismos, nomeadamente tiques nervosos e agitação das pernas. Possui um discurso fluente, bem articulado, uma atitude colaborante e manteve-se atenta no decorrer das sessões. Ao nível das funções psíquicas, apresenta-se vígil e lúcida, bem como orientada a nível espaço-temporal. Apresenta um humor eutímico e contacto sintónico. Apresenta *insight* e não se apura ideação suicida.

### Motivo do pedido:

Maria destaca como principais motivos para ter requerido uma avaliação psicológica, o facto de se sentir sobrecarregada e exausta devido à responsabilidade de cuidar do marido, sentir-se muitas vezes triste e desanimada com a vida que leva e ter perceção de que a sua capacidade poderá estar a deteriorar-se, devido ao cansaço e esforço psicológico. Referiu que atualmente não se encontra medicada, mas que se sente sobrecarregada e triste, sendo que realiza a maioria das tarefas diárias por obrigação e sem prazer.

### Anamnese Biográfica e História Familiar:

Maria é natural da região do Norte onde cresceu com os seus cinco irmãos. Teve uma boa infância, tinha uma boa relação com os pais e afirma ser uma privilegiada e a mais protegida pelos pais. Tinha uma irmã mais velha que era professora e que faleceu atropelada, afirma ter sido um episódio que lhe causou um enorme desgosto e que a partir daí perdeu a vontade e motivação para continuar a estudar. Considera que os pais sempre fizeram o melhor por ela e pelos irmãos, sendo que a irmã mais nova nasceu com deficiência e também foi algo difícil de gerir. Enquanto jovem, sentia-se demasiado protegida pelos pais, sendo que gostaria de ter tido mais liberdade, mas sempre lhe foi negado.

Conheceu o atual marido aos 22 anos, quando este tinha 19 anos. Nesta fase, ele iria para a tropa e pediu-a em casamento. Apesar de reticente, pois considerava que era muito nova, aceitou o pedido pois casando teria direito a receber uma pensão do marido, devido aos serviços

militares prestados. Casaram e Maria continuou a morar em casa dos pais, enquanto recebia a pensão do marido.

Passaram dois anos, e Maria e o marido percorriam o país devido ao serviço militar do mesmo. Tinham uma vida agitada e não paravam na mesma cidade durante muito tempo. Aos 27 anos, teve o seu primeiro filho que foi um bebé desejado por ambos. Nesse ano, com o filho recém-nascido continuou a acompanhar o marido nas suas deslocações profissionais. Passado cinco anos, tiveram a segunda filha e Maria ficou a morar sozinha com os dois filhos na região do Norte.

Anos mais tarde, surgiu a oportunidade para irem viver para uma ilha de Portugal, sendo que o marido recebeu uma proposta de trabalho. Por parte dos serviços militares foi-lhes fornecida habitação, carro e trabalho, sendo que a família ficou a viver na ilha durante 13 anos. Nesta fase, o seu marido trabalhava durante muitas horas, sendo que chegou a ir para o hospital por excesso de trabalho e exaustão.

Após este período, voltaram para o continente, onde ficaram a viver na Margem Sul até hoje. Maria abriu uma loja e contava com a ajuda do marido para organizar as despesas e burocracias. Relata um episódio em que estava a trabalhar na loja e o seu marido chegou ao final do dia para ajudar, sentiu-se mal e desmaiou. Foram para as urgências do hospital, onde lhe detetaram um coágulo no cérebro. A partir daí passou a ser medicado, disseram que poderia ser devido ao excesso de trabalho e à exaustão, ficando a ser acompanhado num hospital em Lisboa. Nessa altura, os médicos aconselharam o seu marido a ser rigoroso na medicação e repousar, de modo a não ter uma trombose.

Em 2019, durante a noite Maria estava a dormir com o marido, quando este a acorda e lhe diz que está a sentir um formigueiro no braço e na perna. Ligou para a sua filha, que chamou a ambulância de imediato. Afirma que a ambulância demorou cerca de uma hora até chegar a sua casa, que já lá estavam os seus filhos e ninguém sabia o que fazer. Quando os bombeiros chegaram, perguntaram ao seu marido o nome dele e ele já não soube responder, ao que os bombeiros disseram “Pronto, o que lhe era para ter dado já deu, não há volta a dar” (sic). Arrastaram o seu marido pelas escadas abaixo, meteram-no numa maca e levaram-no para o hospital. Maria afirma que nesse momento, se sentiu desesperada e chocada, não sabia como reagir.

Já internado no hospital, relata que o seu marido foi muito mal- tratado e que essa fase foi muito traumatizante para ambos. Visitava o marido todos os dias, ele chorava muito, não falava, não andava e estava irreconhecível, completamente dependente. Relata um episódio em que as enfermeiras do hospital não cuidavam dele e que ele teve uma infeção urinária durante

semanas e estava em sofrimento, sem que elas percebessem o que se passava. Considera que o marido sofreu de negligência profissional, sendo que várias vezes lhe davam leite, sendo ele alérgico à lactose e ficava muito mal durante dias. Afirma que os enfermeiros apenas tratavam com dignidade os doentes que falavam e estavam conscientes, sendo que os doentes internados e que não se conseguiam expressar, eram ignorados.

Ainda nesta altura, relembra que decidiu tomar uma atitude para mudar esta situação, quando a filha lhe questionou “Mãe, queres que o pai morra aqui? Se quiseres, tu é que sabes” (sic). Após este choque, procuraram por vaga num lar para o seu marido ser acompanhado em fisioterapia e ter os cuidados adequados. Ele foi para um lar, onde fazia fisioterapia e partilhava o quarto com dois doentes, sendo esta uma fase difícil. Maria relata que chegava a ir visitar o marido a meio da tarde e este ainda não tinha almoçado, estando no mesmo sítio durante o dia todo.

Visitava o marido todos os dias e este chorava compulsivamente, Maria afirma “Eu passava lá os dias com ele e tentava dar-lhe força, mas era uma tristeza muito grande vê-lo ali fechado, sofri muito” (sic). Observava que as melhorias a nível físico do seu marido, eram mínimas e que a fisioterapia não estava a resultar. Passado dois meses, saiu deste lar e foi para outro, com melhores condições de higiene e gentileza das cuidadoras. Neste período, Maria teve de se tornar mais autónoma e passou a tratar de tudo o que dizia respeito à sua vida e do seu marido. Afirma que desde que casou, o marido sempre tratou de tudo e era muito ativo, mas que agora se via obrigada a fazer tudo sozinha. Começou a conduzir para visitar o marido ao lar, apesar de ter medo e começou a tratar das despesas, pagamentos e contas sozinha, que também não sabia.

Passado três meses, o seu marido voltou para casa, com poucas melhorias, pouco andava e pouco falava. Este foi um período de grande ansiedade para Maria, pois não sabia o que esperar enquanto cuidadora. Quando o marido regressou a casa, toda a sua vida mudou, afirma “Quando ele voltou foi o caos, pensei que estaria pronta, mas não sabia o que me esperava” (sic). De modo que o seu marido não tivesse de subir as escadas de casa, decidiu construir uma habitação na garagem, de modo a facilitar a deslocação do mesmo. Mandou construir uma cozinha, uma casa de banho e um quarto e assim ficou a viver com o marido até hoje, na garagem.

Nesta fase, considera que foi difícil a tarefa de cuidar, afirma que tinha de trocar de fralda ao marido constantemente, tinha de fazer as refeições, não dormia de noite e estava sempre exausta durante o dia. Quando o marido não estava presente, chorava perdidamente chegando a dizer para si mesma “Não aguento mais, não sei mais o que fazer à minha vida”

(sic). Decidiu pedir ajuda e dirigiu-se a um centro de apoio aos reformados, para pedir apoio ao domicílio. Começou a receber ajuda de duas cuidadoras formais em casa que levavam as refeições, tratavam da higiene do seu marido e o deitavam de noite. Afirma que as noites eram muito complicadas, pois não dormia e o marido acordava constantemente.

Relata um episódio que a deixou bastante indignada, quando recebeu a visita de uma enfermeira em casa para lhe explicar a melhor forma de cuidar do seu marido, e que esta se dirigiu a Maria dizendo: “Não pense que o seu marido passa disto, ele vai ficar assim” (sic), afirmação que a deixou bastante chateada e incomodada. Maria chorava constantemente enquanto fazia as tarefas diárias e sentia-se imensamente sobrecarregada e desanimada, chegando as enfermeiras que a visitavam a afirmar que ela já não estava capaz de cuidar. Sugeriram que o seu marido voltasse para um lar, para ela se sentir mais aliviada, ao que o marido ouviu e lhe disse de forma triste “Se me meteres num lar, eu fujo” (sic). Após esta afirmação, Maria começou a chorar e afirmou que não voltaria a meter o marido num lar e que cuidaria dele até ao fim, ao que as enfermeiras disseram que ela estava a ser teimosa e que não a poderiam ajudar mais dali em diante. Após o abandono por parte das enfermeiras que a ajudavam a cuidar, decide desistir também do apoio das cuidadoras formais e da ajuda do centro de reformados ao domicílio.

Procurou por outra solução e encontrou um terapeuta particular, que prestava apoio ao domicílio a nível da fala e a nível motor. Este terapeuta começou a frequentar a casa do casal três vezes por semana e a fazer diversas dinâmicas com o seu marido. Com o passar dos meses e anos, os resultados foram notórios, sendo que Maria afirma: “Foi este terapeuta que deu vida ao meu marido” (sic). Atualmente, o seu marido consegue falar, anda com o apoio do andarilho e vai à casa de banho autonomamente. O terapeuta por sua vez, criou uma forte amizade com o casal e descreve-os como uns segundos pais, continuando a apoiá-los na sua função.

Afirma que foi complicado ficar sozinha com o seu marido e não ter o apoio das enfermeiras, mas que o trabalho do terapeuta trouxe as melhorias que precisava. Conta com o apoio de um vizinho, que presta auxílio sempre que acontece algum imprevisto e dos filhos que os visitam todos os fins-de-semana.

Afirma que se sente muito cansada e com um desejo muito grande de poder sair de casa para aliviar a cabeça, mas que não pode e anda sempre sobressaltada. Vai às compras sempre com pressa, levanta-se muito cedo para preparar tudo para o marido e está em constante estado de alerta e preocupação durante todo o dia. Afirma que ainda chora muito quando o marido não está presente, dizendo: “Não desejo a ninguém aquilo que eu sofri, mas faria tudo de novo, é o homem que eu amo esteja ele como estiver” (sic).

Atualmente fazem 54 anos de casados e afirma ter um grande medo de ver o seu marido falecer antes de si, pois não sabe o que é viver sem a presença dele, afirma: “Se é egoísmo meu não sei, mas quero ir à frente dele” (sic). Acredita que o seu marido já evoluiu muito desde o AVC, mas que por vezes acontecem imprevistos que a assustam, como quedas. Conta um episódio em que o marido estava bem e já conseguia andar com o andarilho e decidiu sair sozinho de casa para ir ao café. Maria não se apercebeu de que ele teria saído e quando foi à rua procurá-lo encontrou-o caído no chão.

Os filhos ajudam sempre que podem e agradecem constantemente à mãe pelo trabalho que tem feito. Apesar de estar feliz pela recuperação do seu marido, continua a sentir-se muito exausta fisicamente e psicologicamente e por vezes tem momentos de tristeza e pensamentos negativos. Neste momento não toma medicação e não tem vícios para além do café.

### **Síntese das sessões:**

Na primeira sessão, Maria mostrou-se bastante disponível e à vontade para falar sobre si e sobre as suas inquietações. As duas primeiras sessões foram destinadas a desenvolver uma anamnese biográfica de Maria e procurou-se recolher informação acerca da sua história pessoal através da realização de questões acerca dos seus dados pessoais, história familiar, social, educacional, principais queixas e problemas atuais.

Na terceira sessão, foi aplicado o *Addenbrooke's Cognitive Examination* (ACE-R), com o propósito de realizar uma avaliação das funções cognitivas da cliente e detetar possíveis disfunções cognitivas. Nessa mesma sessão, foi também aplicada uma escala de depressão geriátrica, com o intuito de detetar se existe uma possível depressão da cliente. Na quarta e última sessão, foi aplicado o Teste Dominós-70, de modo a avaliar a inteligência geral da cliente e uma escala de sobrecarga do cuidador Zarit, de modo a avaliar o nível da sobrecarga da cliente enquanto cuidadora informal.

### **Testagem Psicológica:**

Com o objetivo de avaliar a exaustão, a tristeza e as capacidades cognitivas da cliente, procedeu-se à aplicação de quatro instrumentos de avaliação psicológica: o *Addenbrooke's Cognitive Examination*; a escala de sobrecarga do cuidador Zarit; o teste Dominós-70; e por fim, uma escala de depressão geriátrica.

Os respetivos instrumentos de avaliação, serviram para fundamentar, conforme o DSM-V e o CID-11, a hipótese de sintomas de perturbação depressiva, sobrecarga psicológica e possíveis disfunções cognitivas.

#### ***Addenbrooke Cognitive Examination***

O primeiro teste de avaliação psicológica aplicado foi o *Addenbrooke Cognitive Examination*. Este foi desenvolvido com o intuito de avaliar aspetos distintivos do desenvolvimento cognitivo da pessoa e é composto por várias baterias de testes que avaliam diversos domínios nomeadamente a Memória, Linguagem, Visuo-espacial e Funções Executivas. Cada teste possui as suas particularidades e permitem a identificação de fases mais precoces dos processos demenciais e de possível deterioração das funções cognitivas do sujeito (Firmino et al., 2010).

A utilidade do teste *Addenbrooke Cognitive Examination*, demonstrou ser comprovada em diversas vertentes clínicas como nos despiste de declínio cognitivo ou quadros demenciais. O ACE-R trata-se assim de um instrumento breve de rastreio cognitivo que avalia cinco campos de funcionamento neurocognitivo, nomeadamente a atenção e orientação, a memória, as funções executivas, a linguagem e a área visuo-espacial (Firmino et al., 2010).

Na cotação deste teste de avaliação psicológica, as pontuações mais elevadas indicam um melhor nível de funcionamento cognitivo e resultados mais baixos indicam disfunções cognitivas, sendo que o resultado máximo é de 100 pontos. A administração do teste ACE-R tem a duração de aproximadamente 15 minutos. A versão final portuguesa, possui adaptações no que diz respeito à componente linguística nos sub-testes Memória, Linguagem, Funções Executivas e Visuo-espacial, e inclui o Mini-Mental State Examination (Firmino et al., 2010). No que diz respeito aos resultados do teste, tanto na cotação geral do ACE-R, como na cotação do MMSE, Maria encontra-se dentro dos parâmetros normativos, para os grupos que pertence. Demonstrou obter maiores dificuldades no sub-grupo da Memória, no entanto, apresentou um resultado normativo.

## **Tabela 1.**

*Resultados Obtidos em cada Dimensão do ACE-R*

<b>Dimensões</b>	<b>Valores Obtidos</b>	<b>Valores Normativos (Mín-Máx)</b>
<b>Atenção e Orientação</b>	15	11 – 18
<b>Memória</b>	14	8 – 26
<b>Fluência</b>	12	2 – 14
<b>Linguagem</b>	22	13 – 26
<b>Visuo- Espacial</b>	12	9 – 16

## **Escala do Cuidador de Zarit**

Visto que a entrevistada é cuidadora informal do marido e afirma sentir-se exausta, aplicou-se a escala de cuidador Zarit validada para a língua portuguesa, em 2010, por Sequeira. Esta é uma escala de versão reduzida composta por 22 itens, sendo que cada item é classificado qualitativamente pelo cuidador como: “nunca”, “quase nunca”, “às vezes”, “muitas vezes” ou “quase sempre”, sendo que na cotação final é atribuída uma pontuação de 1, 2, 3, 4, 5 a cada uma das respostas dadas (Ferreira et al., 2010).

A pontuação total pode variar entre 22 e 110, sendo que quanto mais elevado o valor, maior a sobrecarga vivenciada pelo cuidador. Uma pontuação superior a 56 equivale a sobrecarga intensa, uma pontuação entre 46 e 56 equivale a sobrecarga ligeira e inferior a 46 equivale a ausência de sobrecarga. Esta escala permite avaliar o nível de sobrecarga do cuidador, entre os níveis de sobrecarga intensa, ligeira e ausência de sobrecarga (Ferreira et al., 2010).

Em relação aos resultados nesta Escala, estes revelaram que Maria apresenta uma sobrecarga intensa, tendo obtido uma pontuação de 64 valores.

## **Escala Geriátrica de Depressão**

A Escala Geriátrica de Depressão (GDS), traduzida e adaptada à população portuguesa por Veríssimo (1988), é construída inicialmente em 1982. Esta foi formada com o objetivo de ser aplicada apenas a pessoas idosas. A escala original trata-se de uma escala composta por 30 itens, com respostas de “sim” ou “não”, em que o idoso responde como se tem sentido ultimamente, particularmente na semana anterior (Apóstolo, 2012).

Como procedimento para a cotação deve-se ter em consideração que para os itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21 e 27, é atribuído um ponto às respostas “Não”. Aos itens 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 e 28, será atribuído um ponto à resposta positiva “Sim”. Para a cotação dos resultados, uma pontuação de 0 a 10 pontos indica ausência de depressão, pontuação de 11 a 20 indica depressão ligeira e uma pontuação de 21 a 30 revela depressão grave. A escala apresenta boas medidas de consistência interna (alfa Cronbach = .94) (Apóstolo, 2012).

No que diz respeito aos resultados da Escala Geriátrica de Depressão, Maria apresentou uma pontuação de 20 valores, que remete para depressão ligeira.

## **Teste Dominós (D70)**

O teste dominós 70, foi composto pelos autores F. Kowrousky e P. Rennes e adaptado para a população portuguesa em 1983. Constituído a partir do teste D-48, o teste D-70 é um teste de inteligência geral que avalia as funções da inteligência ligadas ao fator "g" (fator geral). O fator "g" corresponde à inteligência geral, que se pode constatar em todos os comportamentos intelectuais. Pode ser aplicado individualmente ou coletivamente, a pessoas a partir dos 12 anos. A prova tem uma duração de 25 minutos (Kowrousky & Rennes, 1983).

Este teste é composto por 44 itens, de dificuldade crescente. A pontuação direta (PD) é obtida a partir da soma das respostas corretas dadas em cada página, sendo a pontuação máxima 44 pontos (Kowrousky & Rennes, 1983).

Os resultados do Teste Dominós-70, indicam que “Maria” encontra-se enquadrada no nível cultural, no setor da escolaridade básica, sendo que completou o 4º ano de escolaridade. Os resultados de “Maria” foram comparados à média da coluna das mulheres que possuem o 9º ano. No que diz respeito aos resultados, “Maria” apresentou uma pontuação direta de 18

valores, sendo que se encontra ligeiramente abaixo da média em comparação com o grupo normativo (M= 20.12; DP = 6.89; Pc= 35).

### **Discussão Clínica do Caso de “Maria”**

Apesar de o acompanhamento terapêutico de Maria, ter decorrido em apenas quatro sessões, foi possível estabelecer com a cliente uma boa relação terapêutica, sendo que esta manteve uma postura empática e colaborante ao longo de todas as sessões.

Em relação aos resultados dos testes aplicados, no *Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R)*, os resultados não evidenciam um comprometimento do funcionamento cognitivo ou possível patologia neurodegenerativa. Não foram detetadas dificuldades ao nível da orientação e atenção, da memória, da linguagem, das capacidades visoespaciais e das funções executivas. A cliente enquadrou-se dentro dos parâmetros considerados normativos, para a sua faixa etária e escolaridade. No teste Dominós 70, os resultados demonstraram que Maria se encontra ligeiramente abaixo da média, resultados que podem ser consequentes do desgaste e esforço psicológico que exerce por cuidar do marido. Na Escala do Cuidador Zarit, Maria evidenciou uma sobrecarga intensa, resultado que corresponde à exaustão e cansaço psicológico que vivencia desde que é cuidadora informal. Na Escala de Depressão Geriátrica, os resultados apontaram para a possível presença de uma depressão ligeira, sendo que poderão estar associados a um possível diagnóstico de uma perturbação depressiva.

É também importante realçar, que apesar de se apresentar inicialmente com queixas de grande tristeza e exaustão psicológica, Maria demonstrou ao longo das sessões, vontade em participar nas tarefas propostas e em perceber como poderia melhorar a sua condição.

Dados os resultados obtidos, estes demonstraram que a cliente não evidencia comprometimento cognitivo. No entanto, seria benéfico para a cliente dar continuidade ao acompanhamento psicológico, no sentido de aliviar a sobrecarga vivenciada enquanto cuidadora informal e evitar um possível desenvolvimento de *burnout*. Deste modo, o acompanhamento psicológico é importante também para evitar que a depressão ligeira evolua e tentar aliviar o sofrimento e tristeza que a cliente sente.

Com o seguimento do caso de Maria, foi possível identificar de que forma a responsabilidade de ser cuidador informal, pode levar a sintomas psíquicos e físicos, como

consequência desta tarefa. Tal como é referido na literatura, uma das consequências da tarefa de cuidar, trata-se da sobrecarga, que pode ser física, emocional, social e financeira. A tarefa de cuidar de um familiar dependente é uma responsabilidade contínua e raramente reversível, o que intensifica a pressão e responsabilidade do cuidador informal (Lopes, 2022).

Tal como Maria relata com o seu testemunho, a vida do cuidador informal é limitada consoante as necessidades da pessoa de quem cuidam, sendo que por vezes, as suas necessidades pessoais são postas em segundo plano. Este cuidado atento, afeta o cuidador a nível social, sendo que tendem a tornar-se sujeitos mais isolados, o que pode interferir com a sua saúde mental (Cabral et al., 2014).

Os cuidadores informais podem ter motivação para prestar cuidados por várias razões, no caso da cliente podemos entender que se trata do sentimento de amor e de dever, que sente de cuidar do seu marido. Apesar de se sentir motivada a cuidar do seu marido, não deixa de sentir as consequências que este processo acarreta (Brodaty & Donkin, 2022).

A cliente afirma ao longo das sessões, que o seu bem-estar e qualidade de vida está dependente da situação em que o seu marido se encontra. Tal como a maioria dos cuidadores informais, até quando tudo parece estar estável, não deixam de se preocupar e viver em alerta constante (Oliveira et al., 2022).

Por sua vez, quando o trabalho do cuidador informal é excessivo e não existe equilíbrio entre o cuidar e as necessidades pessoais, dão-se as situações de crise, que se podem manifestar através de sintomas cansaço extremo, stresse, frustração, alterações na autoestima e depressão (Silva, 2022). No caso de Maria, esta dedica a sua vida há anos, a cuidar do marido, sendo que chegou a um ponto de situação de crise, evidenciada pelos sintomas que a própria refere, como a exaustão, tristeza profunda e stresse.

Em reflexão pessoal acerca do presente caso, pode-se considerar que este acompanhamento ajudou a ter uma perceção realista das consequências negativas que provêm da tarefa de cuidar. Todos os sintomas referidos pela cliente, são consequentes da sua responsabilidade de cuidar do marido sozinha. Ainda que conte com o apoio dos filhos e vizinhos, a cliente relata que só quem vive a sua realidade todos os dias, é que perceber o quão difícil é.

Na primeira sessão, a cliente emocionou-se ao recordar a sua história de vida, em específico ao relatar como tem sido a sua vida desde o AVC do marido. Demonstrou sensibilidade ao falar da saúde do marido e do longo processo de recuperação que este tem percorrido. É notável a admiração e amor que possui pelo mesmo, motivos estes que parecem dar-lhe a força para continuar a prestar os cuidados informais.

A aplicação dos testes de avaliação psicológica, foram momentos relevantes, em termos de aprendizagem, na medida em que se percebeu de que forma estas provas poderiam clarificar os sintomas que a cliente expressava. Foi também importante, na medida em que foi posto em prática o estudo e a administração dos instrumentos de avaliação, o que foi benéfico pois solidificou os conhecimentos teóricos.

Um ponto menos positivo deste acompanhamento, trata-se do *setting* terapêutico, sendo que as sessões decorreram em casa da cliente a pedido da mesma, visto que esta não poderia sair e deixar o marido sozinho. Apesar do *setting* não ser o adequado, foi benéfico na medida em que me permitiu enquanto estagiária, perceber de maneira mais realista a vida que Maria, ao esta inserida no seu ambiente.

### **PARTE III- CONCLUSÃO E REFLEXÃO PESSOAL**

## 1. Conclusão e Reflexão Pessoal

Após concluído o presente estágio curricular, é de extrema importância refletir sobre as experiências vividas ao longo deste percurso, destacando os pontos mais relevantes e as limitações que senti ao longo deste trajeto.

Feita uma análise geral do estágio desde o seu início, um fator que me gerou ansiedade e preocupação foi o facto de não saber se poderia vir a ter clientes, visto que a Associação não possui serviços estruturados de acompanhamento psicológico. Entretanto, foram feitos cartazes, os quais distribuí no intuito de divulgar o apoio psicológico. Durante o período de um mês, até tudo se começar a organizar, foi uma fase desafiante em que os membros da Associação tiveram um papel crucial. Sempre dispostos a ajudar e empenhados em integrar-me como membro da sua equipa, foi um aspeto que me deixou mais confiante e segura daquilo que iria fazer.

Ao longo do estágio, com o acompanhamento da Associação e da orientadora, foi possível dar iniciativa à realização dos grupos psicoeducativos. Estes, por sua vez, permitiram o desenvolvimento de conhecimentos teóricos e um contacto com diversos testemunhos de cuidadores informais. Todo o processo de preparação das sessões de grupo e a sua dinâmica, foi gratificante, na medida em que foi possível experienciar uma troca de partilhas e vivências, benéficas para cada um dos participantes.

As aulas de Seminário realizadas na Universidade, foram também bastante benéficas sendo que ajudaram os alunos nas suas questões e partilhas em relação aos estágios.

Outro ponto benéfico do estágio, foi fornecer a possibilidade de meter em prática os conhecimentos teóricos da Abordagem Centrada na Pessoa. Em particular, a não-diretividade, foi o ponto mais difícil de cumprir no início das sessões, sendo que por vezes direcionava, sem intenção, as conversas com os clientes. Com o decorrer das sessões, aprendi a escutar de forma mais calma e atenta, estando presente no momento com o cliente e a tentar seguir o rumo da conversa que ele direcionasse.

Um aspeto que me foi muito gratificante ao longo deste percurso, foi o facto de ter tido a possibilidade de realizar um acompanhamento psicológico, presencialmente. Apesar de ter perceção de que os cuidadores informais estão muitas vezes impossibilitados de sair de casa, ter este acompanhamento presencial foi gratificante na medida em que a relação terapêutica deu-se mais facilmente e a confiança também.

No seguimento desta ideia, uma das maiores limitações deste estágio foi o facto de ter sido realizado *online*. Na minha perspetiva e em comparação ao acompanhamento presencial,

a relação e interação nas sessões, é distinta. No entanto, creio que dentro das condições possíveis, foi realizado um bom trabalho com os cuidadores informais e que este acompanhamento foi essencial para cada um deles.

Outro fator limitador foi o facto de não ter tido a componente de observação no estágio, inicialmente deixou-me apreensiva, mas ao iniciar as sessões e as reuniões de supervisão com a orientadora, o receio foi desaparecendo e ganhei mais segurança.

Considero que a minha experiência de estágio foi ao encontro do que a literatura aborda, tanto em relação aos cuidadores informais como em relação ao apoio psicológico aos mesmos.

Tanto nos acompanhamentos individuais como nos grupos psicoeducativos, foi possível constatar de que forma a qualidade de vida dos cuidadores informais é afetada pela sobrecarga e exaustão que vivenciam diariamente. Foi possível identificar em muitos dos acompanhamentos, a primeira dimensão do *burnout*, a exaustão emocional, sendo que muitos dos cuidadores chegavam às sessões afirmando estar sem energia e motivação para realizar as tarefas diárias (Areosa & Queirós, 2020). A maioria deles, apresentavam também, tristeza, humor irritável, sentimento de vazio, pouca esperança no futuro e perturbações do sono, sintomas características de perturbação depressiva (Kapfhammer, 2022).

O apoio psicológico comprovou-se ser uma ferramenta importante para a redução da sobrecarga emocional do cuidador informal. O apoio psicológico *online*, apesar das suas limitações de *setting* e relação terapêutica, mostrou ser o mais indicado no caso dos cuidadores informais, sendo que estes não têm com quem deixar a pessoa cuidada. Neste sentido, o apoio *online* foi uma solução eficaz, tendo os cuidadores a nível nacional podido beneficiar de acompanhamento psicológico, sem precisarem de se deslocar (Benson et al., 2020; Hipólito et al., 2020). Nas últimas sessões, tanto individuais como de grupo, todos os participantes frisaram que este apoio foi crucial e mesmo não sendo presencial, que os ajudou bastante a não se sentirem sozinhos e a aliviarem a sua dor.

Em conclusão, considero que o estágio foi marcado por um grande desenvolvimento pessoal e profissional, repleto de várias aprendizagens e relações terapêuticas gratificantes, que servirão de base para prosseguir com o percurso na área da psicologia.

## Referências

- Almeida, L. A., de Souza Medeiros, I. D., de Barros, A. G., Martins, C. C. F., & Santos, V. E. P. (2016). Fatores geradores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde Generating factors of Burnout Syndrome in health professionals. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 8(3), 4623-4628. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4623-4628>
- Almeida, L. R. (2018). A psicologia de Carl Rogers na formação e atuação de orientadores educacionais/The psychology of Carl Rogers in the training and activities of school counselors. *Revista de Educação PUC-Campinas*, 23(2), 311-327. <https://doi.org/10.24220/2318-0870v23n2a3838>
- Alves, L. C. D. S., Monteiro, D. Q., Bento, S. R., Hayashi, V. D., Pelegrini, L. N. D. C., & Vale, F. A. C. (2019). Burnout syndrome in informal caregivers of older adults with dementia: A systematic review. *Dementia & neuropsychologia*, 13, 415-421. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-040008>
- Alzheimer Portugal. (2023, february 19). A doença de Alzheimer. <https://alzheimerportugal.org/a-doenca-de-alzheimer-2/>
- Alzheimer's Association. (2023, february 19). Stages of Alzheimer. <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/stages>
- American Psychiatric Association. (2014). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª Ed.) Lisboa.
- Andrade, A. M. E. (2011). Eficacia de un programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *RFS Revista Facultad de Salud*, 3(1), 9-19. <https://doi.org/10.25054/rfs.v3i1.61>
- Apóstolo, J. L. A. (2012). Instrumentos para avaliação em geriatria (Geriatric Instruments). *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. Disponível em: <https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php>.
- Araújo, O., Lage, I., Cabrita, J., & Teixeira, L. (2016). Eficácia do programa InCARE na sobrecarga dos cuidadores informais de pessoas idosas após um AVC. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/42209>
- Areosa, J., & Queirós, C. (2020). Burnout. *International Journal on Work Condition*, 20, 71-90. <https://doi.org/10.25762/abh3-qh73>
- Benson, J. J., Oliver, D. P., Washington, K. T., Rolbiecki, A. J., Lombardo, C. B., Garza, J. E., & Demiris, G. (2020). Online social support groups for informal caregivers of hospice patients

- with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 44, 101698. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101698>
- Bertelli, R., de Bianchi, J. J. P., & Cruz, E. C. (2009). Revisão para psicólogos da segunda causa mais comum de demência neurodegenerativa em idosos. *Motricidade*, 5(2), 49-62. <https://doi.org/10.6063/motricidade.181>
- Bertuzzi, V., Semonella, M., Bruno, D., Manna, C., Edbrook-Childs, J., Giusti, E. M., ... & Pietrabissa, G. (2021). Psychological support interventions for healthcare providers and informal caregivers during the COVID-19 pandemic: a systematic review of the literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6939. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136939>
- Biliunaite, I., Kazlauskas, E., Sanderman, R., & Andersson, G. (2022). Informal caregiver support needs and burden: a survey in Lithuania. *BMJ open*, 12(1), e054607. [10.1136/bmjopen-2021-054607](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054607)
- Boff, L. (2020). O cuidar e o ser cuidado na prática dos operadores de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 392-392. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.31002019>
- Bom, G. C., Prado, P. C., Farinha, F. T., Manso, M. M. F. G., Dutka, J. D. C. R., & Trettene, A. D. S. (2021). Stress, overload and quality of life in caregivers of children with/without orofacial cleft and dysphagia. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 30. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0165>
- Bom, J., Bakx, P., Schut, F., & Van Doorslaer, E. (2019). The impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: a systematic review. *The Gerontologist*, 59(5), e629-e642. [doi:10.1093/geront/gny137](https://doi.org/10.1093/geront/gny137)
- Borsje, P., Hems, M. A., Lucassen, P. L., Bor, H., Koopmans, R. T., & Pot, A. M. (2016). Psychological distress in informal caregivers of patients with dementia in primary care: course and determinants. *Family practice*, 33(4), 374-381. [10.1093/fampra/cmw009](https://doi.org/10.1093/fampra/cmw009)
- Brodaty, H., & Donkin, M. (2022). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in clinical neuroscience*. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty>
- Cabral, L., Duarte, J., Ferreira, M., & dos Santos, C. (2014). Anxiety, stress and depression in family caregivers of the mentally ill. *Atención primaria*, 46, 176-179. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(14\)70087-3](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(14)70087-3)
- Campos, J. A. D. B., Jordani, P. C., Zucoloto, M. L., Bonafé, F. S. S., & Maroco, J. (2012). Síndrome de Burnout em graduandos de Odontologia. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15, 155-165. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100014>

- Caparrol, A. J. D. S., Martins, G., Barbosa, G. C., & Gratão, A. C. M. (2021). Efeitos de uma intervenção psicoeducativa com enfoque em treino cognitivo em cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2181>
- Caparrol, A. J. S., Martins, G., Barbosa, G. C., Monteiro, D. Q., de Souza Alves, L. C., & Gratão, A. C. M. (2022). Pandemia da COVID-19: quem cuida dos cuidadores informais de idosos?. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 12(37), 499-506. DOI: [10.24276/rrecien2021.12.37.499-506](https://doi.org/10.24276/rrecien2021.12.37.499-506)
- Caramelli, P., & Barbosa, M. T. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência?. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 24, 7-10. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000500003>
- Cardoso, L., Vieira, M. V., Ricci, M. A. M., & Mazza, R. S. (2012). Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46, 513-517. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200033>
- Carvalho, A. L., & Neto, H. V. (2022). Stresse e exaustão profissional em enfermeiros num serviço de internamento cirúrgico. *Cesqua-Cadernos de Engenharia de Segurança, Qualidade e Ambiente*, 1(5), 64-80. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7537539>
- Castro, L. M., & de Souza, D. N. (2016). Programa de intervenção psicossocial aos cuidadores informais familiares: o cuidar e o autocuidado. *Interações*, 12(42). <https://doi.org/10.25755/int.11819>
- Castro, L., de Souza, D. N., Pereira, A., Santos, E., Lomeo, R., & Teixeira, H. (2016). Competências dos cuidadores informais familiares no autocuidado: autoestima e suporte Social. *CIAIQ2016*, 2. <https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/892>
- Centers for Disease Control and Prevention- CDC (2023, february 18) Alzheimer's Disease and Healthy Aging. <https://www.cdc.gov/aging/spanish/features/dementia.html>
- Cervantes, A. L. C., Fernández, I. A. M., Moreno, S. P. C., Díaz, L. C., González, L. C. C., & Fernández, J. A. M. (2022). Soledad, ansiedad, depresión y adopción del rol de cuidador de adultos mayores con enfermedad crónica durante la covid-19. *Aquichan*, 22(3), 3. DOI: [10.5294/aqui.2022.22.3.4](https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.3.4)
- Correia, K. C. R., Araújo, J. L. D., Barreto, S. R. V., Bloc, L., Melo, A. K., & Moreira, V. (2023). Saúde Mental na Universidade: Atendimento Psicológico Online na Pandemia da Covid-19. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003245664>

- Cucalón, Á. M. I. (2007). Demencia frontotemporal. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 36(1), 139-156. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615418012.pdf>
- Diniz, M. A. A., Melo, B. R. D. S., Neri, K. H., Casemiro, F. G., Figueiredo, L. C., Gaioli, C. C. L. D. O., & Gratão, A. C. M. (2018). Comparative study between formal and informal caregivers of older adults. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 3789-3798. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016>
- Engelhardt, E., Tocque, C., André, C., Moreira, D. M., Okamoto, I. H., & de Sá Cavalcanti, J. L. (2011). Demência vascular. Criterios diagnosticos e exames complementares. *Dementia & Neuropsychologia*, 5(1), 49-77. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339529025006>
- Ferreira, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A. C., Lopes, A., Viana, A., ... & Fonseca, C. (2010). Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3(2), 13-19. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2010.2806>
- Figueiredo, D., Guerra, S., Marques, A., & Sousa, L. (2012). Apoio psicoeducativo a cuidadores familiares e formais de pessoas idosas com demência. *Revista Kairós-Gerontologia*, 15, 31-55. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2012v15iEspecial11p31-55>
- Firmino, H., Simões, M. R., Pinho, S., Cerejeira, J., & Martins, C. (2010). *Addenbrooke's Cognitive Examination- Revised*. (2<sup>nd</sup> ed.) PsyAssessmentLab.
- Fontgalland, R. C., & Moreira, V. (2012). Da empatia à compreensão empática: evolução do conceito no pensamento de Carl Rogers. *Memorandum: Memória e História em Psicologia*, 23, 32-56. <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6554>
- Fu, C., Chute, D. J., Farag, E. S., Garakian, J., Cummings, J. L., & Vinters, H. V. (2004). Comorbidity in dementia: an autopsy study. *Archives of pathology & laboratory medicine*, 128(1), 32-38. <https://doi.org/10.5858/2004-128-32-CID>
- Gaspar, T., Sousa, S. B. D., Barata, M. F. P., Raimundo, M. S. G., Trindade, J. S. R., & Rebelo, A. M. F. (2022). A arte de cuidar: manual de apoio a cuidadores informais. <http://hdl.handle.net/11067/6254>
- Gérain, P., & Zech, E. (2018). Does informal caregiving lead to parental burnout? Comparing parents having (or not) children with mental and physical issues. *Frontiers in Psychology*, 9, 884. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00884>
- Gérain, P., & Zech, E. (2019). Informal caregiver burnout? Development of a theoretical framework to understand the impact of caregiving. *Frontiers in psychology*, 10, 1748. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01748>

- Gérain, P., & Zech, E. (2021). Do informal caregivers experience more burnout? A meta-analytic study. *Psychology, Health & Medicine*, 26(2), 145-161. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1803372>
- Groenou, M. I., & De Boer, A. (2016). Providing informal care in a changing society. *European Journal of Ageing*, 13, 271-279. [DOI 10.1007/s10433-016-0370-7](https://doi.org/10.1007/s10433-016-0370-7)
- Hipólito, J. (2011). A auto-organização e complexidade: evolução e desenvolvimento rogeriano. Lisboa: EDIUAL. [http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/4108/1/auto-organizacao\\_FINAL.pdf](http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/4108/1/auto-organizacao_FINAL.pdf).
- Hipólito, J., Nunes, O., Brites, R., & Silva, B. (2020). Intervenção psicológica à distância em tempos de pandemia: da revisão de literatura à reflexão profissional. *PSIQUE-Anais de Psicologia*, 16, 8-21. <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVI.2.1>
- Hudson, P., Trauer, T., Kelly, B., O'Connor, M., Thomas, K., Summers, M., ... & White, V. (2013). Reducing the psychological distress of family caregivers of home-based palliative care patients: short-term effects from a randomised controlled trial. *Psycho-oncology*, 22(9), 1987-1993. <https://doi.org/10.1002/pon.3242>
- Kapfhammer, H. P. (2022). Somatic symptoms in depression. *Dialogues in clinical neuroscience*. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.2/hpkapfhammer>
- Klemm, P. R., Hayes, E. R., Diefenbeck, C. A., & Milcarek, B. (2014). Online support for employed informal caregivers: psychosocial outcomes. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 32(1), 10-20. [10.1097/CIN.0000000000000009](https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000009)
- Kowrowsky, F., & Rennes, P. (1983). *Teste D-70*. CEGOC-TEA, LDA.
- Kuang, H., Zhou, Z. F., Zhu, Y. G., Wan, Z. K., Yang, M. W., Hong, F. F., & Yang, S. L. (2021). Pharmacological treatment of vascular dementia: A molecular mechanism perspective. *Aging and Disease*, 12(1), 308–326. <https://doi.org/10.14336/AD.2020.0427>
- Lawrence, V., Murray, J., Samsi, K., & Banerjee, S. (2008). Attitudes and support needs of Black Caribbean, south Asian and White British carers of people with dementia in the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 193(3), 240-246. [doi: 10.1192/bjp.bp.107.045187](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.045187)
- Lillo, P., & Leyton, C. (2016). Demencia frontotemporal, cómo ha resurgido su diagnóstico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(3), 309-318. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.06.005>
- Lindt, N., van Berkel, J., & Mulder, B. C. (2020). Determinants of overburdening among informal carers: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01708-3>
- Lopes, C. A. F. (2022). *Sobrecarga dos cuidadores informais e o bem-estar Psicosocial* (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Viseu). <http://hdl.handle.net/10400.19/7193>

- Loreiro, I. (2009). Doenças Neurodegenerativas. *Psicologia*. pt. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0990.pdf>
- Loureiro, H., Pereira, A. N., Oliveira, A. P., & Pessoa, A. R. (2008). Burnout no trabalho. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(7), 33-41. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239954005.pdf>
- Marasca, A. R., Yates, D. B., Schneider, A. M. D. A., Feijó, L. P., & Bandeira, D. R. (2020). Avaliação psicológica online: considerações a partir da pandemia do novo coronavírus (COVID-19) para a prática e o ensino no contexto a distância. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200085>
- Marques, M. J. F., Teixeira, H. J. C., & Souza, D. C. D. B. N. D. (2012). Cuidadoras informais de Portugal: vivências do cuidar de idosos. *Trabalho, Educação e Saúde*, 10, 147-159. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462012000100009>
- Martins, G., Corrêa, L., Caparrol, A. J. D. S., Santos, P. T. A. D., Brugnera, L. M., & Gratão, A. C. M. (2019). Características sociodemográficas e de saúde de cuidadores formais e informais de idosos com Doença de Alzheimer. *Escola Anna Nery*, 23. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0327>
- Mata, M. A., Pimentel, M. H., & Sousa, F. (2012). Solidão em cuidadores informais de idosos dependentes e sua relação com a sobrecarga do cuidador. In *Congresso Ibérico: Contextos de Investigação em Saúde* (No. 1ª, pp. 469-480). Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado. <http://hdl.handle.net/10198/6995>
- Mayo, M. C., & Bordelon, Y. (2014, April). Dementia with Lewy bodies. In *Seminars in neurology* (Vol. 34, No. 02, pp. 182-188). Thieme Medical Publishers. [10.1055/s-0034-1381741](https://doi.org/10.1055/s-0034-1381741)
- Medeiros, A. L. (2020). A empatia e a congruência como categorias que influenciam na ação docente para proporcionar a aprendizagem significativa nos discentes do curso de licenciatura em pedagogia da faculdade da Amazônia- FAAM. *Repositorio de Tesis y Trabajos Finales UAA*. <http://revistacientifica.uaa.edu.py/index.php/repositorio/article/view/886>
- Mendes, P. N., Figueiredo, M. D. L. F., Santos, A. M. R. D., Fernandes, M. A., & Fonseca, R. S. B. (2019). Physical, emotional and social burden of elderly patients' informal caregivers. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32, 87-94. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900012>
- Meshefedjian, G., McCusker, J., Bellavance, F., & Baumgarten, M. (1998). Factors associated with symptoms of depression among informal caregivers of demented elders in the community. *The Gerontologist*, 38(2), 247-253. <https://doi.org/10.1093/geront/38.2.247>
- Moreira, V. (2010). Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(4), 537-544. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000400011>

- Nascimento, E. R. D., Barbosa, M. A., Brasil, V. V., Sousa, A. L. L., Amaral, G. F. D., & Jácomo, P. J. (2013). Qualidade de vida de quem cuida de portadores de demência com corpos de Lewy. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62, 144-152. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852013000200008>
- Nazario, B. (2023, february 18) Dementia: Stages, Causes, Symptoms, and Treatments. <https://www.webmd.com/alzheimers/types-dementia>
- Neto, J. G., Tamelini, M. G., & Forlenza, O. V. (2005). The differential diagnosis of dementia. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 32, 119-130. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000300004>
- Oliva-Moreno, J., Peña-Longobardo, L. M., Mar, J., Masjuan, J., Soulard, S., Gonzalez-Rojas, N., ... & Alvarez-Sabín, J. (2018). Determinants of informal care, burden, and risk of burnout in caregivers of stroke survivors: the CONOCES study. *Stroke*, 49(1), 140-146. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.017575>
- Oliveira, A. C., Pilon, J. K., Dos Santos, Q. S., Pereira, D. A., Rocha, A. C., Luz, G. A., ... & Amorim, Í. F. C. (2022). Qualidade de vida e espiritualidade dos cuidadores informais de pacientes oncológicos: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(2), 9835-9835. <https://doi.org/10.25248/reas.e9835.2022>
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - Critérios Diagnósticos para Pesquisa) (CID10-CDP). 10ª edição. 1993.
- Oshio, T., & Kan, M. (2016). How do social activities mitigate informal caregivers' psychological distress? Evidence from a nine-year panel survey in Japan. *Health and quality of life outcomes*, 14(1), 1-10. [10.1186/s12955-016-0521-8](https://doi.org/10.1186/s12955-016-0521-8)
- Parmera, J. B., & Nitrini, R. (2015). Demências: da investigação ao diagnóstico. *Revista de Medicina*, 94(3), 179-184. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v94i3p179-184>
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The gerontologist*, 30(5), 583-594. <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>
- Pereira, M. G., & Carvalho, H. (2012). Qualidade de vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. [10.9788/TP2012.2-07](https://doi.org/10.9788/TP2012.2-07)
- Piovezan, N. M. (2017). Cuidando dos cuidadores: Um olhar sobre a depressão em cuidadores de idosos. *Ensaio USF*, 1(1), 187-201. <https://doi.org/10.24933/eusf.v1i1.59>

- Riecher-Rössler, A. (2017). Sex and gender differences in mental disorders. *The Lancet Psychiatry*, 4(1), 8-9. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30348-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30348-0)
- Rocha, B. M. P., & Pacheco, J. E. P. (2013). Elderly persons in a situation of dependence: informal caregiver stress and coping. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26, 50-56. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000100009>
- Rocha, S. A., Avila, M. A. G. D., & Bocchi, S. C. M. (2016). The influence of informal caregivers on the rehabilitation of the elderly in the postoperative period of proximal femoral fracture. *Revista gaucha de enfermagem*, 37. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.51069>
- Rodríguez-Leyva, I., Oliva-Barrios, J. E., Cueli-Barcena, S., Carrizales-Rodríguez, J., Chi-Ahumada, E., & Jiménez-Capdeville, M. E. (2018). Demencia frontotemporal: revisión y nuestro punto de vista. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 19(6), 27-38. [10.24875/RMN.M18000011](https://doi.org/10.24875/RMN.M18000011)
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21(2), 95. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Romito, F., Goldzweig, G., Cormio, C., Hagedoorn, M., & Andersen, B. L. (2013). Informal caregiving for cancer patients. *Cancer*, 119, 2160-2169. <https://doi.org/10.1002/cncr.28057>
- Roth, D. L., Fredman, L., & Haley, W. E. (2015). Informal caregiving and its impact on health: A reappraisal from population-based studies. *Gerontologist*, 55(2), 309–319. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu177>
- Sahadevan, S., & Namboodiri, V. (2019). Depression in caregivers of patients with breast cancer: A cross-sectional study from a cancer research center in South India. *Indian journal of psychiatry*, 61(3), 277. [10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_46\\_18](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_46_18)
- Sanders, S. (2005). Is the glass half empty or half full? Reflections on strain and gain in caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Social work in health care*, 40(3), 57-73. [https://doi.org/10.1300/J010v40n03\\_04](https://doi.org/10.1300/J010v40n03_04)
- Siegmund, G., & Lisboa, C. (2015). Orientação psicológica on-line: percepção dos profissionais sobre a relação com os clientes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35, 168-181. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001312012>
- Silva, S. P. (2022). *Projeto Cuidar+ Criação de uma resposta social para o descanso do cuidador informal* (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Viseu). <http://hdl.handle.net/10400.19/7188>
- Snowden, J. S., Neary, D., & Mann, D. M. (2002). Frontotemporal dementia. *The British journal of psychiatry*, 180(2), 140-143. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.2.140>
- SNS Serviço Nacional de Saúde. (2019). Direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada aprovados. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/09/06/cuidador-informal>

- Soeiro, J., & Araújo, M. (2020). Rompendo uma clandestinidade legal. Gênese e evolução do movimento dos cuidadores e das cuidadoras informais em Portugal. *Cidades. Comunidades e Territórios*, (40). <http://journals.openedition.org/cidades/2153>
- Souza, L. R. D., Hanus, J. S., Dela Libera, L. B., Silva, V. M., Mangilli, E. M., Simões, P. W., ... & Tuon, L. (2015). Overload in care, stress and impact on the quality of life of surveyed caregivers assisted in primary care. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23, 140-149. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500020063>
- Spruytte, N., Van Audenhove, C., Lammertyn, F., & Storms, G. (2002). The quality of the caregiving relationship in informal care for older adults with dementia and chronic psychiatric patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75(3), 295-311. <https://doi.org/10.1348/147608302320365208>
- Szlenk-Czyczerska, E., Guzek, M., Bielska, D. E., Ławnik, A., Polański, P., & Kurpas, D. (2020). Needs, aggravation, and degree of burnout in informal caregivers of patients with chronic cardiovascular disease. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6427. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176427>
- Tavares, A., & Azeredo, C. (2003). Demência com corpos de Lewy: uma revisão para o psiquiatra. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 30, 29-34. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832003000100004>
- Telles, T. C. B., Boris, G. D. J. B., & Moreira, V. (2014). O conceito de tendência atualizante na prática clínica contemporânea de psicoterapeutas humanistas. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 20(1), 13-20. <https://www.redalyc.org/pdf/3577/357733920003.pdf>
- Tolosa-Ramírez, D., Méndez-Orellana, C., & Martella, D. (2021). Diagnóstico neuropsicológico diferencial en enfermedad de Alzheimer y demencia frontotemporal: una revisión sistemática cualitativa. *Neurology Perspectives*, 1(1), 82-97. <https://doi.org/10.1016/j.neurop.2021.03.004>
- Torres, S. M., Arteiro, D. R., Resende, G. C., de Oliveira Ferreira, B., Araújo, W. F., Amorim, P. T., ... & Leitão, C. L. (2022). Potencialidades e Desafios do Atendimento Psicológico Online durante a Pandemia da Covid-19 na Perspectiva dos Profissionais. *Cadernos de Psicologia*, 12-12. [10.9788/CP2022.2-06](https://doi.org/10.9788/CP2022.2-06)
- Van de Beek, M., van Steenoven, I., van der Zande, J. J., Porcelijn, I., Barkhof, F., Stam, C. J., Raijmakers, P. G. H. M., Scheltens, P., Teunissen, C. E., van der Flier, W. M., & Lemstra, A. W. (2021). Characterization of symptoms and determinants of disease burden in dementia with Lewy bodies: DEVELOP design and baseline results. *Alzheimer's Research and Therapy*, 13(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s13195-021-00792-w>

- van Roij, J., Brom, L., Youssef-El Soud, M., van de Poll-Franse, L., & Raijmakers, N. J. (2019). Social consequences of advanced cancer in patients and their informal caregivers: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, 27, 1187-1195. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4437-1>
- Vasileiou, K., Barnett, J., Barreto, M., Vines, J., Atkinson, M., Lawson, S., & Wilson, M. (2017). Experiences of loneliness associated with being an informal caregiver: a qualitative investigation. *Frontiers in psychology*, 8, 585. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00585>
- Verbakel, E. (2014). Informal caregiving and well-being in Europe: What can ease the negative consequences for caregivers?. *Journal of European Social Policy*, 24(5), 424-441. <https://doi.org/10.1177/0958928714543902>
- Verkaik, R., Mistiaen, P., van Meijel, B., & Francke, A. L. (2015). The effectiveness of interventions in supporting self-management of informal caregivers of people with dementia; a systematic meta review. *BMC geriatrics*, 15(1), 1-10. [10.1186/s12877-015-0145-6](https://doi.org/10.1186/s12877-015-0145-6)
- Vidotti, V., Martins, J. T., Galdino, M. J. Q., Ribeiro, R. P., & Robazzi, M. L. D. C. C. (2019). Burnout syndrome, occupational stress and quality of life among nursing workers. *Enfermería global*, 18(3), 366-375. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325961>
- Warren, J. D., Rohrer, J. D., & Rossor, M. N. (2013). Frontotemporal dementia. *Bmj*, 347. <https://doi.org/10.1136/bmj.f4827>
- WHO. ICD-11 (2018). Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders.
- World Health Organization- WHO (2023, february 18). Dementia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- World Health Organization- WHO (2023, february 18). Depression. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Zanini, R. S. (2010). Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. *Revista Neurociências*, 18(2), 220-226. <https://doi.org/10.34024/rnc.2010.v18.8482>
- Zarit, S., & Femia, E. (2008). Behavioral and psychosocial interventions for family caregivers. *Journal of Social Work Education*, 44(sup3), 49-57. <https://doi.org/10.5175/JSWE.2008.773247711>