

Universidades Lusíada

Barros, Catarina Maria Teixeira

Associação entre as características de personalidade e o bem-estar subjetivo em cuidadores formais de doentes com demência

<http://hdl.handle.net/11067/6040>

Metadados

Data de Publicação	2021
Resumo	<p>Introdução: O bem-estar emocional e a qualidade de vida em cuidadores formais é cada dia mais uma preocupação para a sociedade. Diversos são os estudos que se debruçam sobre este tema ainda assim poucos são aqueles que o relacionam com as características de personalidade. Objetivo: De forma a inovar e complementar os estudos nesta área científica, o presente estudo tem como objetivo estudar a associação das características de personalidade, o bem-estar emocional e a qualidade de vida em cuidador...</p> <p>Introduction: Emotional well-being and quality of life in formal caregivers is increasingly a concern for society. There are several studies that focus on this theme, yet few are those that relate these dimensions to personality characteristics. Objective: In order to add evidence to the current literature in this scientific area, this study aimed to investigate the association between personality characteristics, emotional well-being and quality of life in formal caregivers of patients with dem...</p>
Palavras Chave	Psicologia, Psicologia clínica, Avaliação psicológica - Cuidadores formais - Doentes com demência, Bem-estar - Aspectos psicológicos, Teste psicológico - Questionário sociodemográfico, Teste Psicológico - Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), Teste psicológico - World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Brief), Teste psicológico - Temperament and Character Inventory (TCI)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T03:23:12Z com informação proveniente do Repositório



Universidade Lusíada - Norte
Porto

Dissertação de Mestrado em **Psicologia Clínica**

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação
Universidade Lusíada - Norte (Porto)

PORTO,



**instituto de psicologia
e Ciências da Educação**
Universidade Lusíada - Norte (Porto)



Universidade Lusíada - Norte
Porto

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica
Instituto de Psicologia e Ciências da Educação
Universidade Lusíada - Norte (Porto)

PORTO,

Trabalho efectuado sob a orientação do/a



**instituto de psicologia
e Ciências da Educação**
Universidade Lusíada - Norte (Porto)



**instituto de psicologia
e Ciências da Educação**
Universidade Lusíada - Norte (Porto)



Dissertação de Mestrado
Psicologia Clínica

Porto

Agradecimentos

A presente dissertação de mestrado é o culminar da etapa mais desafiante, enriquecedora e gratificante do meu percurso. Foram meses de estudo, exigência e acima de tudo de superação. Não poderia deixar de agradecer a todos aqueles que contribuíram de forma direta ou indireta para o fim desta etapa.

À Universidade Lusíada – Norte (Porto), por ter sido a minha casa ao longo dos últimos anos. Será sempre um lugar onde quereirei voltar e que me trará as melhores recordações.

À minha orientadora, Professora Doutora Sara Cruz, por toda a paciência, profissionalismo, apoio e orientação. Pela confiança que me transmitiu nos momentos de maior dúvida, mas principalmente pela dedicação e compreensão ao longo destes meses. É com um grande orgulho que termino esta caminhada a trabalhar de perto com uma das profissionais que mais admiro. Obrigada por me ensinar tanto, será um exemplo que levarei comigo para o resto da vida. Obrigada por tudo.

À Professora Doutora Joana Oliveira e a todos os docentes que contribuíram para o enriquecimento do meu percurso académico. Obrigada por todos os conhecimentos e experiências que me transmitiram. Hoje, saio com a certeza de ser uma pessoa melhor e dotada de competências para enfrentar a vida profissional que se avizinha.

A todas as Instituições e respetivos cuidadores formais que participaram neste estudo, apesar das limitações impostas nunca se negaram a apoiar e contribuir para a presente dissertação, sem vocês não teria sido possível. Obrigada a todos.

Aos meus pais e à minha irmã, pelas palavras de apoio e de conforto nas horas mais difíceis, pelo amor gigante e a força de sempre. Vocês são tudo para mim. Longe, mas sempre com o coração pertinho. Amo-vos muito, obrigada por tudo.

Às minhas avós pelo amor de sempre, por ansiarem cada sucesso, vibrarem mais que eu e por me motivarem tanto. Amo-vos, é um orgulho ser o vosso orgulho.

À Rita, por tudo aquilo que faz por mim, pelas horas de trabalho árduo, pelas revisões infinitas, pelas noites que nunca mais acabavam, pelo apoio, pelas horas de desespero e principalmente pelo amor. Obrigada por seres sempre tu em tudo. Para nós nem o céu é o limite.

À Rute, ao Samuel e à Vânia, por todo o apoio e paciência, pela amizade e carinho, mas principalmente pela força. Obrigada por estarem sempre lá, família é família. Tudo por vocês, sempre.

Resumo

Introdução: O bem-estar emocional e a qualidade de vida em cuidadores formais é cada dia mais uma preocupação para a sociedade. Diversos são os estudos que se debruçam sobre este tema ainda assim poucos são aqueles que o relacionam com as características de personalidade. **Objetivo:** De forma a inovar e complementar os estudos nesta área científica, o presente estudo tem como objetivo estudar a associação das características de personalidade, o bem-estar emocional e a qualidade de vida em cuidadores formais de doentes com demência. **Método - Participantes:** Participaram, neste estudo, 69 cuidadores formais (65 do sexo feminino e 4 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 20 e os 60 anos ($M = 44.78$, $DP = 13.61$) que exercem funções de apoio a idosos em estabelecimentos no distrito do Porto. **Instrumentos:** Para recolher os dados necessários foram implementados quatro instrumentos, nomeadamente o Questionário Sociodemográfico para as características sociodemográficas da população alvo, a versão portuguesa do *Positive and Negative Affect Schedule* para a análise do afeto positivo e afeto negativo, o *World Health Organization Quality of Life*, versão reduzida para avaliação dos quatro domínios da qualidade de vida e por fim o *The Temperament and Character Inventory – Revised* para avaliação das características de personalidade. **Resultados:** Ao nível da personalidade verificou-se que os participantes obtiveram pontuações mais elevadas nas dimensões de carácter e pontuações mais baixas nas dimensões de temperamento. Relativamente ao bem-estar emocional, observaram-se pontuações superiores nas dimensões de afeto positivo e na qualidade de vida, destacam-se os domínios psicológico e relações sociais. No que concerne às correlações, o bem-estar emocional correlaciona-se positivamente com a qualidade de vida e com cinco das dimensões da personalidade. Em contrapartida correlaciona-se de forma negativa com duas dimensões da personalidade: o Afeto Positivo com Evitamento de Perigo e o Afeto Negativo com Autodiretividade;). A qualidade de vida, está também correlacionada positivamente com duas dimensões da personalidade - Autodiretividade e Cooperação - e negativamente com o evitamento de perigo. **Conclusões:** Este estudo evidencia, à semelhança de outros estudos, que a personalidade se correlaciona e prediz o bem-estar emocional e a qualidade de vida em cuidadores formais de doentes com demência.

Palavras-chave: personalidade; bem-estar emocional; qualidade de vida; cuidadores formais.

Abstract

Introduction: Emotional well-being and quality of life in formal caregivers is increasingly a concern for society. There are several studies that focus on this theme, yet few are those that relate these dimensions to personality characteristics. **Objective:** In order to add evidence to the current literature in this scientific area, this study aimed to investigate the association between personality characteristics, emotional well-being and quality of life in formal caregivers of patients with dementia. **Method - Participants:** sixty-nine formal caregivers participated in this study (65 female and 4 male), aged between 20 and 60 years ($M = 44.78$, $SD = 13.61$). Caregivers were mainly involved in supporting the elderly in establishments in the district of Porto. **Instruments:** four questionnaires were administered - the Sociodemographic questionnaire for collecting sociodemographic information; the Portuguese version of the Positive and Negative Affect Schedule for obtaining the emotional well-being index; the short version of the World Health Organization Quality of Life, to assess the domains related to quality of life; and The Temperament and Character Inventory – Revised, to assess personality dimensions characteristics. **Results:** Regarding the personality, participants obtained higher scores in the character dimensions' self-direction and cooperation and lower scores in the temperament dimensions' novelty seeking and danger avoidance. Concerning the emotional well-being, participants scored higher in positive affect than negative affect. In quality of life, higher scores were observed for psychological and social relationships domains. In addition, emotional well-being was positively correlated with quality of life and the five personality dimensions. Also, Positive Affect was negatively correlated with Danger Avoidance and Negative Affect negatively correlated with Self-direction. Quality of life was also positively correlated with two dimensions of personality (Self-direction; Cooperation) and negatively correlated with avoidance of danger. **Conclusions:** Our study adds to previous investigations highlighting the role of personality characteristics on emotional well-being and quality of life in formal caregivers of patients with dementia. In accordance, personality positively predicts emotional well-being and quality of life in this population.

Keywords: personality; emotional well-being; quality of life; formal caregivers.

Índice

Introdução.....	1
Cuidadores Formais	2
Bem-Estar Emocional	5
Qualidade de Vida.....	8
Personalidade	10
Questão de Investigação, objetivos e hipóteses	13
Metodologia.....	14
Participantes.....	14
Instrumentos	16
Questionário Sociodemográfico.....	16
Positive and Negative Affect Schedule - PANAS	16
World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref	16
The Temperament and Character Inventory - Revised – TCI-R	17
Procedimento	18
Análise de Dados	19
Resultados	19
Personalidade, bem-estar emocional e qualidade de vida	19
Discussão.....	33
Limitações do estudo	36
Conclusão	37
Referências	38
ANEXOS.....	44
ANEXO I. Carta de Apresentação às Instituições	45
ANEXO II. Carta de Autorização à Direção das Instituições	48
ANEXO IV. Questionário Sociodemográfico	53

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização dos participantes	15
Tabela 2. Dimensões do TCI-R	18
Tabela 3. Estatísticas descritivas das dimensões de personalidade	20
Tabela 4. Estatísticas descritivas do afeto positivo e afeto negativo	20
Tabela 5. Estatísticas dos domínios da qualidade de vida	20
Tabela 6. Associação entre personalidade, bem-estar emocional e qualidade de vida ...	22
Tabela 7. Personalidade e bem-estar emocional.....	30
Tabela 8. Personalidade e qualidade de vida.....	31

Tabela de Figuras

Figura 1. Gráfico de evitamento de perigo e bem-estar emocional	30
Figura 2. Gráfico de autodiretividade e bem-estar emocional	31
Figura 3. Gráfico de autodiretividade e qualidade de vida	32
Figura 4. Gráfico de cooperação e qualidade de vida	32

Lista de abreviaturas

AP – Afeto Positivo

AN – Afeto Negativo

CO – Cooperação

HA – Evitamento de Perigo

NS – Procura de Novidade

PS – Persistência

RD – Dependência de Recompensa

SD – Autodiretividade

ST – Autotranscendência

Introdução

A população mundial está a envelhecer e a tendência aponta para uma intensificação deste fenómeno que, por sua vez, constitui uma das problemáticas cruciais do século XXI (Cabral et al., 2013).

Segundo Carreira (2018), a demência está intimamente correlacionada com o envelhecimento populacional. As implicações associadas a esta doença desdobram-se em diversos aspetos da vida diária, nomeadamente as necessidades a nível pessoal, social e físico exigindo supervisão constante das atividades do quotidiano. Numa fase inicial estes sintomas estão menos presentes, ainda assim com a sua evolução, as limitações cognitivas acentuam-se, exigindo aos idosos com demência a necessidade de ajuda no processo de tomada de decisão e no planeamento da sua vida (Figueiredo, 2007).

Refletindo sobre estas problemáticas, e na procura de dar resposta à dependência dos idosos, são conhecidos diversos tipos de cuidados, nomeadamente os formais e informais que são cada vez mais exigentes e complexos (Sobral, 2020). Segundo a mesma autora, as prestações dos cuidados aos idosos podem ter impactos físicos, psicológicos e sociais. A exigência emocional e a subcarga intensa traduzem-se em sintomas fisicamente exaustivos e psicologicamente esgotantes, verificando-se repercussões na saúde e na qualidade de vida do cuidador a longo prazo.

Existem também estudos que evidenciam aspetos positivos vivenciados pelos cuidadores, nomeadamente crescimento pessoal, melhoria nas relações interpessoais, maior satisfação e prazer, assim como aumento de significado da vida e da satisfação consigo próprio (Diogo et al., 2005).

Partindo do pressuposto que a personalidade é uma organização dinâmica dos processos psicobiológicos sustentada em dois domínios - o temperamento e o carácter (Moreira, 2017) - e uma vez que estes mesmo domínios são caracterizados por diferentes dimensões, é possível que diferentes características de personalidade sejam facilitadoras ou protetoras das possíveis consequências negativas de ser cuidador formal de idosos com processos demenciais.

Desta forma, este estudo procura compreender de que forma os estilos de personalidade estão associados ao bem-estar subjetivo em cuidadores formais de idosos diagnosticados com demência.

Cuidadores Formais

O envelhecimento tem cada vez mais impacto em Portugal, uma vez que, está marcado por um forte e contínuo aumento (Instituto Nacional de Estatística, 2019), fazendo com que a atenção recaia cada vez mais sobre os desafios sociais, económicos e culturais, criados por este fenómeno demográfico (Sobral, 2020). Para o autor, este crescimento acentuado do envelhecimento está diretamente relacionado com a arte de cuidar de idosos, uma vez que é imprescindível prestar assistência e todos os cuidados necessários para proporcionar ao idoso uma melhor qualidade de vida (Ferreira, 2012).

Cuidar de um idoso é também, assegurar em forma de serviço, uma constante atenção, precaução e dedicação a par da responsabilidade pelo encargo e bem-estar (Ministério da Saúde, 2008). Os indivíduos têm o direito de envelhecer em segurança e com dignidade, usufruindo de todos os seus direitos e liberdade fundamentais (Pereira et al., 2020).

O cuidador é o indivíduo que presta cuidados para suprir a incapacidade temporária ou definitiva de outra pessoa (Nascimento, 2008). No entendimento de Silva (2019), cuidadores são todos aqueles que revelem um papel indispensável no que concerne à promoção de saúde e bem-estar de uma pessoa cuidada, procurando garantir a sua dignidade humana e qualidade de vida. Cuidador pode também ser definido como a pessoa que adota a totalidade das responsabilidades associadas a um indivíduo que seja incapaz de as assumir (Pereira & Mateos, 2006). Esta função exige o confronto com uma multiplicidade de esforços, tensões e tarefas que podem resultar em exaustão a nível físico, psicológico, social e económico (Silva, 2019).

A dificuldade na definição do conceito de cuidador está ainda presente mesmo que atualmente seja cada vez mais discutida, devido à complexidade do ato de cuidar (Maríns, 2012). Na literatura existente relativa a este conceito é possível identificar dois tipos de cuidadores – informal (primário ou secundário) e formal. Especificamente, e de acordo com Sobral (2020), o cuidador informal, à luz da Lei Nº 100/2019 de Setembro de 2019, refere-se à pessoa que, fora do contexto profissional, cuida de outra, numa situação de doença crónica, deficiência ou dependência, parcial ou total, de forma transitória ou definitiva, ou noutra condição de fragilidade e necessidade de cuidado. Estes cuidadores desempenham a sua função no ambiente familiar, ausentes de qualquer remuneração e atendem as necessidades do dependente sem vínculo profissional associado (Sobral, 2020). Este tipo de papel é geralmente desenvolvido por familiares da pessoa que necessita dos cuidados e maioritariamente realizado por mulheres (Alves et

al., 2015). Este conceito subdivide-se em dois tipos - Cuidador primário: pessoa responsável pela realização de mais de metade das tarefas prestadas ao dependente (Martin, 2005). Garante grande parte do envolvimento nos cuidados prestados ao idoso (Sobral, 2020), assegurando a supervisão em tempo integral ausente de remuneração (Sequeira, 2007); e cuidador secundário: familiar, amigo e/ou voluntário que se disponibiliza para assegurar um papel suplementar no auxílio à pessoa dependente (Sobral, 2020). Estão maioritariamente responsáveis por tarefas menos intensivas, nomeadamente, compras e/ou transporte (Martín, 2005). Sequeira (2007) afirma que o cuidador secundário pode substituir o cuidador primário em situações esporádicas e/ou de emergência.

O cuidador informal é responsável por diversas funções na prestação de cuidados ao dependente, tais como, criação de um ambiente seguro, procurando evitar os acidentes, promoção de um ambiente confortável, possibilitando o descanso do idoso, estabelecimento de uma relação com os serviços de saúde, facilitando a vigilância da saúde da pessoa cuidada, envolvimento familiar em todas as tarefas que rodeiem o doente e incentivar e auxiliar o dependente na realização de atividades, bem como na socialização e comunicação (Sequeira, 2010).

A exigência destas tarefas reflete-se muitas das vezes no bem-estar emocional e na subcarga física, o que acaba por comprometer a saúde das pessoas que cuidam de idosos dependentes e com deterioração cognitiva. Estas consequências correspondem, atualmente, ao maior motivo de institucionalização dos doentes (Alzheimer Portugal – Plano Nacional de Intervenção Alzheimer, 2009). O cuidador formal refere-se ao indivíduo munido de conhecimentos técnicos e/ou clínicos que permitam uma abordagem holística ao processo de cuidar no envelhecimento revelando, desta forma, competências para atuar neste contexto (Azevedo et al., 2010). Este profissional é capacitado para oferecer um determinado cuidado ao idoso de acordo com as suas necessidades (Lemos, 2012). Segundo o mesmo autor, este tipo de cuidado tem de ser assegurado em contexto profissional, ocorrendo, maioritariamente, em instituições comunitárias, lares de idosos e centros de dia sendo garantido por uma vasta equipa multidisciplinar entre eles médicos, enfermeiros, assistentes sociais, educadores sociais, psicólogos, auxiliares entre outros (Sequeira, 2007). Estes profissionais estão qualificados com capacidade para assim atuarem de forma a promover uma melhor assistência nos cuidados de saúde, bem como no bem-estar do doente (Loureiro, 2016).

Compreende-se, portanto, como cuidador formal o profissional dotado de formação específica para os cuidados que confere, geralmente recompensado por um vencimento (Guerra et al., 2018), exercendo os seus serviços em qualquer instituição de saúde ou até mesmo nos domicílios, como profissional autônomo (Rates, 2007). O cuidador formal adota oficialmente o desempenho de uma profissão, para a qual teve preparação acadêmica e profissional, bem como opção de escolha (Batista, 2012).

Esta profissão é exercida maioritariamente por mulheres consequência das raízes históricas, sociais e culturais (Calomé et al., 2011), uma vez que, a figura feminina era associada à prática de cuidar, seja ela dos filhos, do marido ou da casa, facilitando a adaptação aos cargos necessários com os idosos. De acordo com o autor, normalmente estes profissionais têm idade inferior a cinquenta anos e são predominantemente casados.

No âmbito do estudo de Loureiro (2016), o perfil do cuidador formal é, uma vez mais, caracterizado por adultos de meia-idade e, maioritariamente, do sexo feminino. Outra dimensão abordada neste estudo foi o fator ensino. O autor verificou que grande parte dos participantes frequentou a escola até ao 11º ano. O nível de escolaridade é realmente um fator significativo partindo do princípio que é necessário um determinado nível de conhecimento para executar algumas atividades, nomeadamente a compreensão das orientações médicas de determinadas patologias, bem como a administração de fármacos e o acompanhamento ao longo do quadro clínico (Calomé et al., 2011). Contrariamente aos resultados apresentados por Loureiro (2016), Calomé et al. (2011) relata um baixo grau de instrução escolar nos profissionais desta categoria, enfatizando a importância de qualificação destes profissionais, assumindo que um maior nível de escolaridade está diretamente relacionado com a melhoria dos cuidados prestados.

O cuidador formal deve preencher dois requisitos fundamentais. O primeiro diz respeito ao “saber-ser e saber-estar”, isto é, apreciar o trabalho feito junto dos idosos, desenvolver o trabalho em equipa e promover sentido de humanidade e confidencialidade. O segundo, o “saber-fazer” elenca os procedimentos sobre a higiene pessoal e cuidados a prestar (Jacob, 2004). É também a este profissional que se exige o dever de conhecer e distinguir as necessidades do idoso, e ser competente para lidar com doenças e as alterações cognitivas ou sociais, de personalidade ou de ordem familiar comumente associadas a estas (Loureiro, 2016).

A evidência científica é unânime no reconhecimento da complexidade e exigência desta profissão. Cada vez mais, são enunciadas pelos cuidadores as consequências

negativas associadas ao processo de cuidar de alguém no contexto profissional, sendo a subcarga de trabalho e a exigência física as dimensões que predominam (Calomé et al., 2011).

Os cuidadores enfrentam inúmeras situações de tensão e conflitos, pois a constante vigilância que o idoso requer pode resultar em fatores de stress, o que conseqüentemente se traduz numa situação de aprisionamento ao papel de cuidador, potenciando conflitos familiares, maior vulnerabilidade a doenças físicas e depressão (Fortes et al., 2010).

Um estudo analisou uma associação entre o grau de dependência física e as perdas a nível mental com níveis de ansiedade e/ou depressão em idosos, isto é, indivíduos com idade superior a 65 anos (Serrano, 2001). O autor verificou que um aumento da dependência física ou perda de competências mentais resulta em maiores níveis de ansiedade e depressão, exigindo mais nos cuidados que lhes são prestados e posteriormente impactando o bem-estar dos cuidadores formais.

Em suma, vários estudos empíricos relatam a necessidade de programas de intervenção para este setor profissional, a par do desenvolvimento de estratégias para aliviar os sintomas negativos descritos pelos cuidadores, melhorando a sua qualidade de vida e conseqüentemente os cuidados que prestam (Loureiro, 2016).

Bem-Estar Emocional

Inicialmente, o bem-estar estava diretamente associado ao conceito de saúde e, posteriormente generalizado ao conceito de saúde mental (O'Donnell, 1986). No entanto após a primeira revolução na saúde e conseqüente crise ao nível do bem-estar, na década de 60, foi estudado pela primeira vez, no modo como o conhecemos hoje, na tese de Wilson (Diener et al., 1999). Esta crise permitiu aos autores irem além do conceito de bem-estar material e determinar o bem-estar como uma dimensão global, dando ênfase às dimensões da vida de cada indivíduo (Galinha, 2008). Wilson (1967), estudou o bem-estar em duas hipóteses distintas, onde interliga os conceitos de satisfação e de felicidade numa perspetiva *bottom up* e *top down*. No que diz respeito à perspetiva *bottom up*, o autor compreende a satisfação imediata de necessidades como produtora da felicidade, ao mesmo tempo que a persistência dessas mesmas necessidades está associada à infelicidade. Por outro lado, na perspetiva *top down*, a felicidade resulta da adaptação ao meio suportada pelas influências dos outros, experiências passadas, valores pessoais e comparação com outros indivíduos (Nunes, 2007).

Anos mais tarde, na década de 80 surge um segundo momento de reflexão sobre o bem-estar. A quantidade de investigação produzida, bem como a sua nova identidade resultou numa subdivisão do conceito em bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo, ambos componentes da dimensão positiva da saúde mental.

O bem-estar psicológico é descrito como um constructo multidimensional, abrangente e que está intimamente ligado a dimensões do funcionamento psicológico positivo (Galinha, 2008). Estas dimensões são avaliadas em seis escalas com características específicas que constituem a sua essência - Autonomia: procura a independência, autodeterminação e avaliar as experiências pessoais segundo os próprios critérios (Machado & Bandeira, 2012); controlo sobre o meio: satisfazer as necessidades e os valores pessoais através das competências de mudança dos condicionantes ambientais; desenvolvimento pessoal: estar aberto a novas experiências e compreender assim um crescimento pessoal contínuo; relações positivas com os outros: desfrutar de relacionamentos íntimos, consistentes, seguros e satisfatórios; projetos de vida: ter objetivos de vida, seguir um propósito e ter sentido de direção e de intencionalidade; e autoaceitação: apresentar uma postura positiva face aos díspares aspetos da sua personalidade bem como no que diz respeito a si mesmo.

Para Diener (1984), o bem-estar subjetivo sugere três características fundamentais: satisfação da pessoa com a própria vida, afetos positivos, e afetos negativos. Mais tarde, e tomando por base esta descrição, o bem-estar subjetivo é explicado através de duas dimensões principais - dimensão cognitiva, responsável pela perceção da satisfação com a vida através da sua própria ótica, e dimensão afetiva, que diz respeito ao afeto positivo e afeto negativo (Galinha, 2008). Este conceito retrata a soma dos eventos positivos e negativos experienciados pelos indivíduos, tal como as emoções que vivenciam ao longo das suas rotinas diárias, sugerindo esta dimensão afetiva como momentânea, uma vez que a experiência dos afetos pode alterar ao longo do dia e ao longo da vida, de acordo com os eventos da vida do indivíduo (Rossi et al., 2020).

No que concerne à dimensão afetiva, o Afeto Positivo (AP) está diretamente relacionado com a forma como o indivíduo percebe as situações nomeadamente as sensações de entusiasmo e alerta. É um estado de energia elevado, concentração total e compromisso. Pelo contrário, o Afeto Negativo (AN) diz respeito a estados de humor aversivos, é uma dimensão agregada a emoções como a raiva, culpa e medo. O indivíduo pode também sentir a angústia, desprezo, repugnância, nervosismo e um baixo comprometimento com as situações. (Watson et al., 1988). O AP elevado está associado

positivamente, à saúde conjugal e satisfação com o trabalho. Revelaram também que várias perturbações como, fobia social, esquizofrenia, perturbações alimentares, perturbações do uso de substâncias, agorafobia e perturbação de stress pós-traumático estão caracterizados por baixos níveis de AP. Partindo deste pressuposto, altos níveis de AP funcionam como um mecanismo fundamental da conceção de felicidade, podendo funcionar ainda como fator de proteção de psicopatologias (Naragon & Watson, 2009).

Relativamente ao género, um estudo de Zanon e Hutz (2010) indicou que o sexo feminino manifesta níveis superiores de AN que o sexo masculino.

Em relação à dimensão cognitiva, Diener e Scollon (2014), admitem a possibilidade de divisão da componente de satisfação com a vida, descrevendo: 1. Satisfação com a vida; 2. Satisfação com os domínios específicos, englobando nesta avaliação da satisfação com a saúde, o casamento e o trabalho.

Assim sendo, o bem-estar em particular, apresentado muitas vezes em termos de satisfação com a vida e felicidade (Galinha, 2008), afigurar-se como uma dimensão positiva da saúde mental que, com o nascimento da Psicologia Positiva, tem ganho visibilidade junto da comunidade científica. Este fenómeno é norteador para o estudo das variáveis psicológicas protetoras do mal-estar e com impacto na qualidade de vida dos indivíduos (Carochinho, 2009).

De acordo com Zanon et al. (2013), elevadas pontuações na dimensão satisfação com a vida está correlacionado a altos níveis de AP e baixos níveis de AN.

O bem-estar subjetivo em cuidadores formais é comprometido por diversas dificuldades que enfrentam diariamente. A necessidade dos cuidados ininterruptos, a gestão comportamental e o desgaste físico/emocional associado à elevada exigência das tarefas desperta no cuidador uma constante necessidade de adaptação à realidade (Lopes & Cachioni, 2013).

Um estudo levado a cabo por Diener e Rayan (2009) indica que o bem-estar subjetivo em cuidadores está diretamente relacionado com elevados níveis de satisfação com a vida, o que propicia melhores condições de saúde física e mental. Os autores afirmam ainda que estes níveis suportam uma melhora também nas relações sociais do indivíduo e por isso são bons indicadores de bem-estar emocional e qualidade de vida.

Qualidade de Vida

A exigência do contacto interpessoal e a exposição continuada a diversos fatores de risco, independentemente do perfil funcional, submetem os cuidadores formais a constantes advertências na sua qualidade de vida (Coelho, 2011).

O *World Health Organization Quality of Life - WHOQOL Group* (1994), define qualidade de vida como uma percepção do indivíduo em diferentes posições da sua vida, nomeadamente, no contexto cultural e no sistema de valores. Para este grupo de investigação, é com base nos seus valores que o indivíduo se posiciona face aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Mais tarde, reajustaram esta definição dando ênfase à influência que a qualidade de vida exerce na saúde física e mental, nas interações sociais e também ao nível da independência e das crenças pessoais (WHOQOL Group, 1995).

Na busca de uma clarificação deste conceito, Fleck et al. (1999) enunciam três aspetos fundamentais relativos a este constructo: subjetividade: refere-se exclusivamente à forma como a realidade objetiva é percebida pelo indivíduo; multidimensionalidade: a qualidade de vida é constituída por diversas dimensões e, para a compreender, é necessário analisar vários domínios nomeadamente o físico, mental, social, ambiental, espiritual e nível de independência; e presença de dimensões positivas e negativas: alude à ausência de determinados elementos negativos (dor) e à presença de outros positivos (mobilidade).

Tomando por base esta multidimensionalidade, a qualidade de vida sustenta-se em seis domínios. O domínio físico que diz respeito à fadiga, ao conforto e/ou presença de dor. O domínio mental que se relaciona com sentimentos negativos, autoestima, concentração e/ou imagem corporal. O domínio social que corresponde às relações pessoais e sociais do indivíduo. O domínio ambiental que compreende a proteção e segurança, as oportunidades de lazer e financeiras e o ambiente familiar. O domínio espiritual que descreve as crenças que compadecem os objetivos e as perspetivas de cada indivíduo. E, por fim, o nível de independência que acarreta a capacidade de trabalho, mobilidade e dependência de medicamentos (Amendola et al., 2011).

A Organização Mundial de Saúde (1997) de uma forma geral entende qualidade de vida como uma combinação perfeita, formada por um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não unicamente ausência de doença.

Para complementar esta definição Zacharopoulou et al. (2015) propõem a associação entre qualidade de vida e saúde, sugerindo esta conexão como subjetiva e

modificável em variados aspetos e características. Para os autores, estes conceitos supõem que a qualidade de vida não só vinculada às dimensões física, emocional e social, mas também ao bem-estar estimado por cada um, ou seja, compreendem diversas situações como potenciadores negativos para a qualidade de vida.

Barata (2009) remete para a dificuldade de definir este conceito, uma vez que, este é utilizado em múltiplos e díspares contextos, assumindo este fator como principal motivo para a divergência do enquadramento e da sua aplicação.

No contexto específico da experiência de cuidar, especificamente, os índices de qualidade de vida são reduzidos e a procura por serviços de saúde cada vez mais frequente (Zacharopolou et al., 2015). Este estudo realizado pelos autores refere a forte presença de sintomas de depressão considerando este o principal preditor da exaustão emocional e, conseqüente, diminuição da qualidade de vida dos cuidadores. O papel do cuidador formal é exigente, árduo e complexo, no entanto pode não ser percebido desta forma por todos os profissionais (Coelho, 2011). Determinados cuidadores formais identificam sentimentos positivos na tarefa de cuidar de um idoso dependente, sobretudo, relacionados com o crescimento pessoal, aumento de sentimento de realização, capacidade de enfrentar desafios e orgulho, melhora nos relacionamentos, aumento de significado de vida, prazer e satisfação com a vida e consigo próprio (Diogo et al., 2005). Num estudo levado a cabo por Paula e Pimenta (2013), estão implícitas diferenças significativas nos índices de qualidade de vida dos cuidadores formais, divergindo consoante as suas classes profissionais, bem como, horas de trabalho semanais. Profissionais que exerçam as suas funções num horário inferior a 35 horas semanais demonstram um valor mais elevado no índice de qualidade de vida, no caso os psicólogos. Em contrapartida, os enfermeiros e outros (auxiliares de saúde) são as classes profissionais que representam um menor índice desta mesma variável. A importância da carga horária está diretamente relacionada com a ausência de atividades fundamentais para uma boa percepção da vida, nomeadamente, atividades de lazer, familiares, descanso e momentos de socialização.

As percepções pessoais de limitações nos domínios físicos e sociais, a fadiga e os altos índices de afeto negativo estão associados a autoavaliações de saúde mais baixas, no entanto, as avaliações mais altas fundamentam-se em características psicológicas, emocionais e espirituais, no funcionamento físico e nas suas relações sociais (Rodrigues, 2015).

Em suma, a forma como os cuidadores formais percebem o seu papel pode ser mediado pelas suas características de personalidade, uma vez que, os fatores de personalidade são conhecidos também como modeladores das emoções e comportamentos. Estes podem ainda ter um impacto no índice de qualidade de vida, uma vez que, quanto mais positivas e orientadas forem as emoções maior será este índice (Martins, 2004).

Personalidade

De forma a compreender e justificar o comportamento humano, o conceito de personalidade foi se transformando, o que resultou na emergência de várias teorias científicas (Coelho, 2018). Ainda que de forma díspar, em termos conceituais, a personalidade é resultado da interação de traços biológicos/hereditários e de traços adquiridos/aprendidos.

Hernández e Mateo (2012), afirmam que a personalidade descreve, através das características individuais, a forma como os indivíduos se comportam e se relacionam, dando à psicologia a capacidade de oferecer à população maiores níveis de bem-estar subjetivo, através da análise da mesma.

A personalidade é também sugerida como um modelo característico do pensamento, comportamento e emoções que aliados a mecanismos psicológicos dão origem a um padrão (Funder, 2006). A particularidade do comportamento e do pensamento, advêm da organização dinâmica do interior do indivíduo e dos seus sistemas psicológicos (Carducci, 2009).

Allport (1973), definiu com clareza o conceito e o foi o primeiro a utilizar o termo traço de personalidade dizendo que cada indivíduo é único em virtude de uma configuração específica de traços, por outras palavras, a enumeração dos traços de uma pessoa forneceria uma descrição da sua personalidade.

Mais tarde, Cattell (1966) foi uma referência na viragem do estudo da personalidade, abordando-a de uma forma díspar de outros autores, baseando-se na observação. O autor utilizou a análise fatorial para determinar as dimensões fundamentais da personalidade, que fossem comuns a todos os indivíduos, que determinem os seus comportamentos, que sejam hierarquicamente organizados e que sejam quantificáveis. Os dados constituem a dimensão da base da personalidade e trata-se de entidades permanentes que são herdadas e que se desenvolvem ao longo da vida.

Tomando por base Cattell (1966), Eysenck (1970) considerando que a análise fatorial é um método necessário, embora não sendo necessário para descrever as dimensões da personalidade. Eysenck (1970) baseou-se então em três super-traços para a descrição da personalidade associando-os a variáveis biológicas específicas: Extroversão VS Introversão (E); Neuroticismo VS Estabilidade Emocional (N); Psicoticismo VS Força do Eu (P);

Anos depois, chegaram à conclusão que as diferenças individuais podem determinar-se através de 5 dimensões: extroversão: refere-se à abordagem enérgica face ao mundo material e social, incluindo traços como sociabilidade, atividade, assertividade e emocionalidade positiva; agradabilidade: entendida por ser mais do que simpático ou afetuoso, mas sim também estar ao dispor dos outros, submisso e atencioso, sendo que o inverso corresponde à hostilidade; conscienciosidade: alude à honestidade, persistência e à planificação dos comportamentos; neuroticismo: contrasta com a estabilidade emocional e bom senso com emocionalidade negativa (ansioso, nervoso, triste, tenso); e abertura à experiência: caracteriza-se pela descrição da amplitude, da profundidade, da originalidade e da complexidade da vida mental e experiencial de um indivíduo (novas experiências).

Como uma entidade única, a personalidade retrata a forma como o indivíduo se comporta em diferentes situações, bem como a maneira como age e pensa. É uma organização dinâmica resultante da interação de diversos traços com o meio ambiente (Hansenne, 2003). Este conceito diz respeito à interação de processos que descrevem a forma como o indivíduo se caracteriza a nível psicológico, biológico e ambiental (Coelho, 2018).

Cloninger (2008) define personalidade como uma organização dinâmica de processos psicobiológicos que se sustentam em termos de dois domínios: o temperamento e o carácter. Iniciando desta forma o modelo de Cloninger (1999) que foi amplamente influenciado pela genética comportamental e pela psiquiatria biológica. O autor propõe um modelo biopsicossocial da personalidade, que se articula com temperamento e carácter.

Para Cloninger (2008), estas duas dimensões da personalidade, apesar de interdependentes, pressupõem diferentes sistemas de aprendizagem e de armazenamento na memória que determina a personalidade de um indivíduo.

Para o autor, o temperamento é geneticamente determinado, associado a variáveis biológicas específicas, que resultam de um conjunto de disposições genéticas, composto

por emoções como raiva, medo e afeto, assim como determinados comportamentos automáticos acionados em resposta a estímulos ambientais como novidade, perigo e recompensa (Moreira et al., 2017). Neste modelo, são evidenciados 4 tipos de temperamento:

- Procura da novidade (*Novelty Seeking* - NS): reflete a capacidade do indivíduo para responder a novos estímulos através de uma abordagem ativa da recompensa. Indivíduos que possuam elevados níveis neste tipo de temperamento são visivelmente exploradores, impulsivos e antipáticos, com regras e regulamentos.
- Evitamento do perigo (*Harm Avoidance* - HA): demonstra a tendência do indivíduo para responder a sinais de punição. Indivíduos que possuam elevados níveis neste tipo de temperamento revelam-se ansiosos, tímidos e temerosos.
- Dependência da recompensa (*Reward Dependence* - RD): consiste na aptidão do indivíduo para formar sinais condicionados de recompensas na busca de aprovação social e sinais de afeto. Indivíduos com níveis elevados neste tipo de temperamento são vistos como sentimentais, sociáveis e amigáveis.
- Persistência (*Persistence* – PS): inclinação do indivíduo para preservar certo tipo de comportamentos característicos. Os indivíduos que sugiram níveis elevados neste tipo de temperamento demonstram-se resilientes, perseverantes, dedicados e motivados.

O carácter, por sua vez, está associado à aprendizagem e aos efeitos do ambiente, evidenciando as características de um indivíduo que são adquiridas e moldadas durante o período de desenvolvimento, que estão implicados nas diferenças individuais do sujeito como objetivos, valores, padrões e motivações (Cloninger, 2008; Moreira et al., 2017). Os tipos de carácter sugeridos por este modelo são:

- Autodiretividade (*Self-Directedness* - SD): consiste na compreensão do indivíduo como um ser autónomo, com motivações, princípios e valores que autorregulam os comportamentos na busca de atingir o objetivo. Indivíduos com manifestações elevadas desta característica são responsáveis, autodidatas e engenhosos.
- Cooperação (*Coperativeness* - CO): diferenças individuais na dimensão interpessoal, como por exemplo o sentido de pertença a um grupo onde todos têm igualdade de direitos e deveres. Níveis elevados de CO resultam em indivíduos empáticos, tolerantes e disponíveis para ajudar os outros. Pelo contrário, um indivíduo pouco cooperante é descrito como pouco sociável intolerante e sem espírito de ajuda.
- Autotranscendência (*Self-Transcendence* - ST): diferenças individuais na dimensão transpessoal, ou seja, ter a consciência de fazer parte de um todo mais abrangente

(natureza ou universo). Níveis elevados de ST resultam num indivíduo altruísta, espiritual e focado.

A maior distinção entre estes dois sistemas é que o temperamento é visto como relativamente estável enquanto o carácter envolve processos de ordem superior, recorrendo a uma constante maturação ao longo da vida (Moreira et al., 2012). As dimensões destes sistemas são hereditárias e as suas manifestações ou diferenças nas mesmas podem ser resultado dos efeitos do meio e da cultura (Moreira et al., 2017). Atualmente podemos considerar os traços de personalidade fatores que desempenham um papel fundamental no funcionamento saudável e bem-sucedido no quotidiano de um indivíduo (Moreira et al., 2012). Segundo o estudo de Moreira et al. (2015), diferentes perfis das dimensões de carácter advêm diferentes níveis de bem-estar nos adultos.

Apesar da inovação que este modelo trouxe à comunidade científica, por vezes surge a necessidade de recorrer à associação com o modelo de personalidade de cinco fatores, para auxiliar na análise e discussão dos dados obtidos do presente estudo.

De acordo com o estudo de Fruyt et al. (2000) verificaram que a dimensão de temperamento, procura de novidade, encontra-se elevadamente correlacionada com a extroversão e conscienciosidade do modelo Big Five. O evitamento de perigo está altamente correlacionado com o neuroticismo, a extroversão e a abertura à experiência. A dependência de recompensa correlaciona-se com a extroversão e também com a abertura à experiência. A persistência correlaciona-se com a conscienciosidade. Quanto às dimensões de carácter, a autodiretividade encontra-se correlacionada com a extroversão. A cooperação encontra-se correlacionada com a amabilidade. Por fim, a autotranscendência está altamente correlacionada com a abertura à experiência e moderadamente com a extroversão.

Questão de Investigação, objetivos e hipóteses

Este estudo pretende investigar se as características da personalidade estão associadas ao bem-estar emocional e qualidade de vida dos cuidadores formais de doentes com demência. Neste sentido, foram avaliados o afeto positivo, afeto negativo, e o índice de bem-estar emocional, a qualidade de vida e as características de personalidade. Tenta-se compreender se existe uma relação entre estas dimensões, nesta população.

Considerando a evidência, espera-se encontrar uma associação positiva entre o bem-estar emocional e a qualidade de vida com as dimensões de personalidade cooperação, autodiretividade e dependência de recompensa, em cuidadores formais.

Prevê-se, ainda, encontrar uma associação negativa entre bem-estar emocional e qualidade de vida com as dimensões de personalidade procura da novidade e evitamento do perigo.

Metodologia

Participantes

No presente estudo participaram 69 cuidadores formais, 65 do sexo feminino e 4 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 20 e os 60 anos ($M = 44.78$, $DP = 13.61$). Os participantes exerciam, à altura da recolha de dados, funções de apoio a idosos diagnosticados com demência em instituições localizadas no distrito do Porto.

A caracterização sociodemográfica dos participantes envolvidos neste estudo está descrita na Tabela 1. No que diz respeito à escolaridade, a maioria dos participantes concluíram o 2º ciclo do ensino básico e o ensino superior. Relativamente ao estado civil, os cuidadores formais são, maioritariamente casados, com um agregado familiar com filhos. No que concerne à profissão, os auxiliares de ação médica foram os que apresentaram maior destaque e logo de seguida a classe de enfermagem. O mesmo acontece em relação às funções desempenhadas na instituição, as que tiveram maior destaque foi o auxílio/supervisão das tarefas diárias do doente e, de seguida, os serviços de enfermagem.

Importa, ainda, mencionar a carga horária dos participantes deste estudo. Os auxiliares de ação médica apresentam uma maior carga horaria, dependendo das instituições há horários laborais de 37 horas, 45 horas e 47 horas semanais sendo que destes, 44 profissionais trabalham em regime de turnos. A carga horaria dos enfermeiros difere de instituição para instituição, ainda assim 7 dos enfermeiros trabalham 40 horas semanais divididas por turnos e apenas 3 revelam desempenhar a sua função ao longo de 35h semanais em horário fixo. Os terapeutas ocupacionais trabalham maioritariamente em horário fixo e poucos por turnos, o somatório de horas semanais difere sendo 40 horas semanais o mais comum. Por fim, os psicólogos que participam nesta investigação negam trabalhar por turnos, ainda assim diferem na carga horaria, 2 dos participantes afirma exercer a sua profissão na instituição durante 35 horas semanais o terceiro participante desta categoria faz referência a 40 horas semanais.

Tabela 1*Caraterização dos participantes*

	N	%
Sexo		
Feminino	65	94.2
Masculino	4	5.8
Escolaridade		
1º Ciclo do ensino básico	8	11.6
2º Ciclo do ensino básico	5	7.2
3º Ciclo do ensino básico	25	36.2
Ensino secundário	12	17.4
Ensino superior	19	27.5
Estado Civil		
Solteiro	15	21.7
União de facto	12	17.4
Casado	31	44.9
Divorciado	8	11.6
Viúvo	3	3.4
Profissão		
Enfermagem	10	14.5
Psicologia	3	4.3
Auxiliar de saúde	50	72.5
Terapeuta ocupacional	6	8.7
Funções		
Serviço de enfermagem	10	14.5
Apoio Psicológico/Grupos Terapêuticos	3	4.3
Auxílio/supervisão das tarefas diárias	50	72.5
Atividades ocupacionais diárias	6	8.7

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi desenvolvido no sentido de recolher informações específicas acerca dos participantes do presente estudo. Estas informações dizem respeito à faixa etária, sexo, escolaridade, estado civil, agregado familiar, categoria profissional, funções desempenhadas, duração de atuação como cuidador e horário/carga laboral. Este instrumento será utilizado para compreender e distinguir determinadas especificidades no que diz respeito às características pessoais dos participantes.

Positive and Negative Affect Schedule - PANAS

A PANAS (Positive and Negative Affect Schedule, Watson et al., 1988) diz respeito a uma escala de Afeto Positivo (AP) e Afeto Negativo (AN) que veio permitir a avaliação do bem-estar subjetivo e da afetividade. Contudo, havia a necessidade de adaptar este instrumento à população portuguesa, e por isso, Galinha e Pais-Ribeiro (2005) propuseram uma versão portuguesa da PANAS composta por 20 emoções que representam todas as categorias de emoções da versão original através de medidas breves, válidas e fáceis de aplicar.

O questionário desenvolvido pelos autores sustenta-se em duas medidas com 10 itens cada, que incluem a lista de AP e a lista de AN.

A lista de AP é constituída pelos itens: 1 – Interessado; 2 - Orgulhoso; 5 – Excitado; 6 – Encantado; 9 – Agradavelmente surpreendido; 10 – Inspirado; 14 – Determinado; 15 – Caloroso; 18 – Ativo; e 19 – Entusiasmado.

A lista de AN é composta pelos itens: 3 – Perturbado; 4 – Irritado; 7 – Atormentado; 8 – Remorsos; 11 – Culpado; 12 – Nervoso; 13 – Assustado; 16 – Trémulo; 17 – Repulsa; e 20 – Amedrontado. Os participantes foram convidados a classificar cada emoção, numa escala tipo *likert*, entre 1 (“Nada ou muito ligeiramente”) e 5 (“Extremamente”).

Este instrumento apresenta uma boa consistência interna, nas diferentes escalas: afeto positivo ($\alpha = .89$), afeto negativo ($\alpha = .86$). Na escala total apresenta uma consistência interna ($\alpha = .71$).

World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

A Organização Mundial de Saúde, após a implementação do WHOQOL-100, instrumento estabelecido para a avaliação da qualidade de vida, sentiu a necessidade de criar uma versão abreviada do mesmo instrumento, que fosse capaz de avaliar a qualidade de vida com a mesma precisão, através de características psicométricas satisfatórias e, ao

mesmo tempo, encurtasse a duração de preenchimento face à versão original. É desta forma que nasce o WHOQOL-Bref.

O WHOQOL-Bref é composto por 26 perguntas, direcionando as duas primeiras questões à perceção geral da qualidade de vida e saúde e as restantes recaem sobre os 4 domínios: 1 – Físico; 2 – Psicológico; 3 – Relações Sociais; 4 – Ambiente (Serra et al., 2006). É avaliada numa escala de tipo Likert de 1) Muito má a 5) Muito boa, sendo que quanto mais elevados os *scores* obtidos, melhor será a avaliação da qualidade de vida (Serra, et al., 2006).

Este instrumento apresenta uma boa consistência interna nas escalas domínio físico ($\alpha = .87$) e domínio psicológico ($\alpha = .84$), e valores aceitáveis no domínio das relações sociais ($\alpha = .64$) e ambiente ($\alpha = .78$). A escala total apresenta um nível de consistência interna ($\alpha = .85$).

The Temperament and Character Inventory - Revised – TCI-R

O The Temperament and Character Inventory – Revised (Cloninger, 1999), é um instrumento cujo objetivo diz respeito à descrição e avaliação da personalidade humana baseando-se no modelo psicobiológico de personalidade do autor.

De acordo com este modelo, a personalidade é compreendida como um resultado integrador da genética comportamental, neurobiológica, psiquiátrica e psicológica.

Este instrumento foi aferido para a população portuguesa por Moreira et al. (2017) na tentativa de descrever a personalidade dos indivíduos portugueses adultos. Este questionário de autorrelato é composto por 60 itens avaliados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos 1 (“Discordo Totalmente”) e 5 (“Concordo Totalmente”).

Sustenta-se em sete dimensões de traços de personalidade, que se dividem em quatro temperamentos e três caracteres (Tabela 2).

Por fim e no que diz respeito à confiabilidade, este instrumento revela uma boa consistência interna ($\alpha = .70$).

Tabela 2*Dimensões do TCI-R*

Temperamento	Caráter
Procura de Novidade (NS)	Autodiretividade (SD)
Evitamento de Perigo (HA)	Cooperação (CO)
Dependência de Recompensa (RD)	Autotranscendência (ST)
Persistência (PS)	

Procedimento

Para a realização deste estudo, foi necessária a submissão e posterior aceitação pela Comissão de Ética das Universidades Lusíada. Neste seguimento, iniciou-se um primeiro contacto telefónico com as instituições mencionadas, onde foram fornecidas as informações relativas à pertinência desta investigação, à população alvo, ao tempo necessário a despende bem como aos benefícios/malefícios da participação. Mais tarde, via e-mail, foram enviadas duas cartas a cada um dos diretores das instituições: a Carta de Apresentação - onde era descrito detalhadamente o estudo, os responsáveis, os objetivos, os instrumentos a utilizar, as garantias e também uma breve explicação das temáticas; e a Carta de Autorização - documento a ser preenchido pelo responsável da instituição onde afirma estar esclarecido relativamente a todas as questões que envolvem este estudo e que desta forma permite o acesso aos profissionais das instituições.

A realidade imposta pela pandemia COVID-19 e constantes restrições de acesso às instituições, principalmente de população de risco, obrigaram à alteração dos métodos de recolha de dados. Assim sendo, num primeiro momento foi entregue, presencialmente, em cada uma das instituições um envelope com documentos direcionados a cada um dos participantes e identificado por um código numérico. Dentro deste, estava presente para além do consentimento informado, um exemplar do questionário sociodemográfico, PANAS e WHOQOL-bref, os quais foram entregues aos participantes pelo responsável da instituição.

Num segundo momento e após o abrandamento das normas impostas, foi discutido com cada instituição a melhor forma de recolher os dados do TCI-R que teria obrigatoriamente de ser presencial pela extensão da tarefa e também pelas restrições impostas pelos autores do instrumento. Posto isto, todas as instituições se propuseram a facilitar a entrada para reunir com os participantes, priorizando sempre as normas de

segurança. Na maior parte das instituições esta recolha ocorreu nas salas de visitas, providas de acrílicos, e em apenas uma das administrações foi realizada num jardim composto por várias mesas. Foi ainda neste encontro presencial com cada um dos participantes que foram recolhidos os respetivos envelopes.

Todo este processo respeitou e salvaguardou a integridade física e psicológica dos participantes, garantindo as regras de confidencialidade e anonimato.

Análise de Dados

Após a recolha, os dados foram devidamente inseridos e analisados, quantitativamente, através do *software Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS), versão 27.

Foi realizada uma análise descritiva dos dados para as variáveis sociodemográficas que, segundo Martins (2011), englobam um conjunto de medidas, de tendência central e de dispersão, que nos permitem descrever, de uma forma sumária, um conjunto de dados. Desta forma, foi possível caracterizar a amostra quando ao sexo, idade, escolaridade, estado civil, profissão e funções desempenhadas.

Foi testada a normalidade da variância para as diferentes subescalas. A maioria das subescalas cumpriram com os requisitos de normalidade (teste de Shapiro-Wilk não significativo). Deste modo, prosseguiu-se com a estatística paramétrica.

Com o intuito de verificar a existência de diferenças de médias estatisticamente significativas em função do sexo, considerando o bem-estar emocional, qualidade de vida e as dimensões de personalidade, foi realizado o teste *t-student* para amostras independentes. Para verificar se as dimensões da personalidade, bem-estar emocional e qualidade de vida estão associadas entre si, realizou-se o teste coeficiente de correlação de *Pearson*. Por último, e com o objetivo de verificar se as dimensões de personalidade prediziam o nível do bem-estar emocional e qualidade de vida em cuidadores formais, foram realizados dois modelos de regressão linear, em que o bem-estar emocional e a qualidade de vida foram introduzidos como variável dependente, separadamente.

Resultados

Personalidade, bem-estar emocional e qualidade de vida

Relativamente às dimensões da personalidade, os cuidadores formais apresentaram valores mais elevados na autodiretividade e cooperação, enquanto os

valores mais baixos foram obtidos na procura de novidade e evitamento de perigo, como observado na Tabela 3.

Tabela 3

Estatísticas descritivas das dimensões de personalidade

	Média	Min.	Máx.	Desvio-Padrão
Procura de Novidade	2.36	1.30	3.30	0.41
Evitamento de Perigo	2.93	1.88	4.25	0.49
Persistência	3.29	2.38	4.25	0.39
Dependência de Recompensa	3.40	2.25	4.25	0.35
Autodiretividade	3.80	2.56	5.00	0.55
Cooperação	3.76	2.67	4.67	0.41
Autotranscendência	3.18	2.00	4.29	0.41

No que diz respeito ao bem-estar emocional, pontuações superiores foram observadas nas dimensões do afeto positivo comparativamente ao afeto negativo (Tabela 4).

Tabela 4

Estatísticas descritivas do afeto positivo e afeto negativo

	Média	Min.	Máx.	Desvio-Padrão
Afeto Positivo	3.04	1.40	4.80	0.68
Afeto Negativo	1.66	1.00	3.70	0.62

Relativamente à qualidade de vida, os cuidadores formais pontuaram de forma mais alta no domínio das Relações sociais e também no Psicológico (Tabela 5).

Tabela 5

Estatísticas descritivas dos domínios da qualidade de vida

	Média	Min.	Máx.	Desvio-Padrão
Física	3,34	2,71	4,14	0,32
Psicológica	3,79	2,67	4,67	0,43

Relações Sociais	3,98	2,33	5,00	0,66
Relação Ambiente	3,63	2,13	5,00	0,54

Associação entre personalidade, bem-estar emocional e qualidade de vida

As associações entre as diferentes variáveis em estudo são apresentadas na Tabela 6. O Afeto Positivo, domínio do bem-estar emocional, estava positivamente correlacionado com os domínios da qualidade de vida Psicológico, $r = .242$, $p = .045$ e Relações Ambiente, $r = .274$, $p = .023$. Adicionalmente, verificou-se que o Afeto Positivo estava correlacionado, de forma negativa, com a dimensão de temperamento Evitamento de Perigo, $r = -.287$, $p = .017$, e positivamente com a dimensão Persistência, $r = .250$, $p = .039$. Das dimensões de caráter, o afeto positivo estava correlacionado positivamente com a Autodiretividade, $r = .275$, $p = .022$ e Autotranscendência, $r = .262$, $p = .029$.

Relativamente ao Afeto Negativo, verificou-se que estava negativamente correlacionado com o domínio Físico (F), $r = -.309$, $p = .010$, da qualidade de vida. Da associação com as dimensões de temperamento, o Afeto Negativo estava positivamente correlacionado com o Evitamento de Perigo, $r = .404$, $p = .001$. Das dimensões de caráter, constatou-se uma associação negativa com a Autodiretividade, $r = -.488$, $p = .000$.

Relativamente ao qualidade de vida, o domínio Físico, estava positivamente correlacionado com a Autodiretividade, $r = .303$, $p = .011$, e a Cooperação, $r = -.398$, $p = .001$. O mesmo acontece com o domínio Psicológico, positivamente associado à Autodiretividade, $r = .454$, $p = .000$, e a Cooperação, $r = .249$, $p = .039$. De igual forma, o domínio Relações Sociais estava positivamente correlacionado com as dimensões Autodiretividade, $r = .364$, $p = .002$, a Cooperação, $r = .349$, $p = .003$. No que concerne ao domínio Relações Ambiente, observou-se uma associação negativa com a dimensão de temperamento Evitamento de Perigo, $r = -.290$, $p = .016$ e, positivamente com as dimensões de caráter Autodiretividade, $r = .578$, $p = .000$, e a Cooperação, $r = .453$, $p = .000$.

Tabela 6*Associação entre personalidade, bem-estar emocional e qualidade de vida*

	AP	AN	F	P	RS	RA	NS	HA	PS	RD	SD	CO	ST
AP	1	-.247*	.082	.242*	.186	.274*	-.114	-.287*	.250*	.140	.275*	.054	.262*
AN		1	-.309**	-.230	-.290	-.308	.002	.404**	.134	-.053	-.488**	-.113	.101
F			1	.478**	.393**	.675**	-.103	-.233	-.016	.027	.303*	.398**	.032
P				1	.501**	.670**	-.155	-.114	.081	.147	.454**	.249**	-.002
RS					1	.502**	.089	-.222	-.129	.211	.364**	.349**	.064
RA						1	-.083	-.290*	-.011	.200	.578**	.453**	-.126
NS							1	-.042	-.037	-.005	-.232	-.065	-.003
HA								1	.102	.135	-.528**	-.353**	-.193
PS									1	.091	.076	.209	.204
RD										1	-.063	.067	.265*
SD											1	.298*	-.171
CO												1	.245*
ST													1

Nota * p<0.05; ** p<0.01

Bem-Estar Emocional: AP = Afeto Positivo; AN = Afeto Negativo.

Qualidade de Vida: F = Físico; P = Psicológico; RS = Relações Sociais; RA = Relações Ambiente.

Temperamento: NS = Procura de Novidade; HA = Evitamento de Perigo; PS = Persistência; RD = Dependência de Recompensa.

Caráter: SD = Autodiretividade; CO = Cooperação; ST = Autotranscendência.

Personalidade como preditor do bem-estar emocional e qualidade de vida

Por fim, procedeu-se a uma análise de regressão linear para averiguar o efeito das dimensões de personalidade ao nível do bem-estar emocional e qualidade de vida em cuidadores formais de doentes com demência.

Verificou-se que a personalidade explicou 33% da variância ao nível do bem-estar emocional ($R^2 = .33$), em cuidadores formais. Observou-se uma associação estatisticamente significativa da personalidade com o nível do bem-estar emocional, $F(7,61) = 4.39$, $p = .001$. Especificamente, a dimensão Evitamento de perigo previu negativamente, o bem-estar emocional (Tabela 7; Figura 1); contrariamente, a Autodiretividade previu, positivamente, os bem-estar emocional (Tabela 7; Figura 2)

Tabela 7

Personalidade e bem-estar emocional.

Dimensão	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Procura de Novidade	-.007	-.060	9.52
Evitamento de Perigo	-.306	.2.090	.041*
Persistência	.121	1.083	.283
Dependência de Recompensa	.132	1.165	.249
Autodiretividade	.382	2.642	.010*
Cooperação	-.179	-.1506	.137
Autotranscendência	.103	.806	.423

Nota. * $p < 0.05$

Figura 1

Gráfico de evitamento de perigo e bem-estar emocional

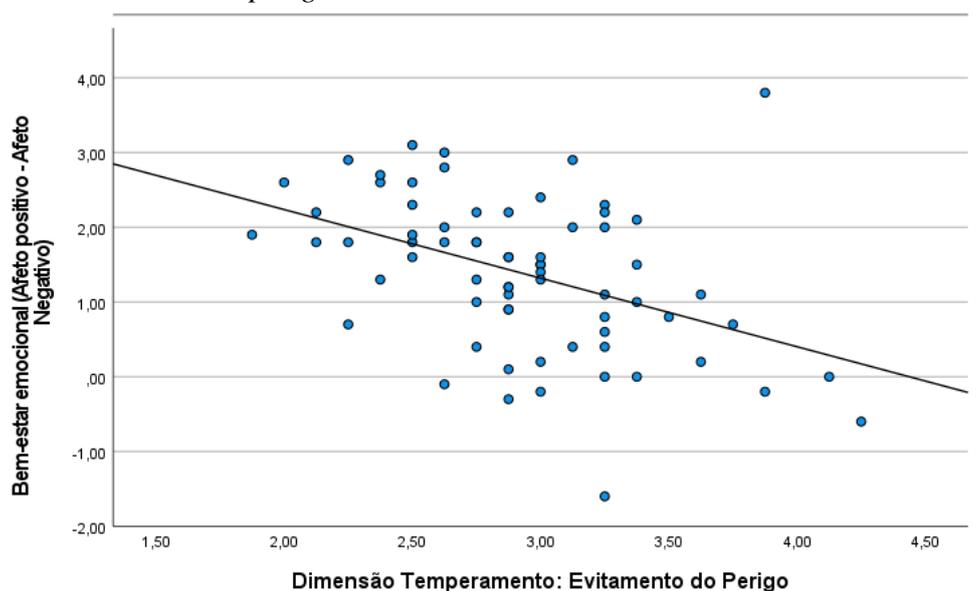
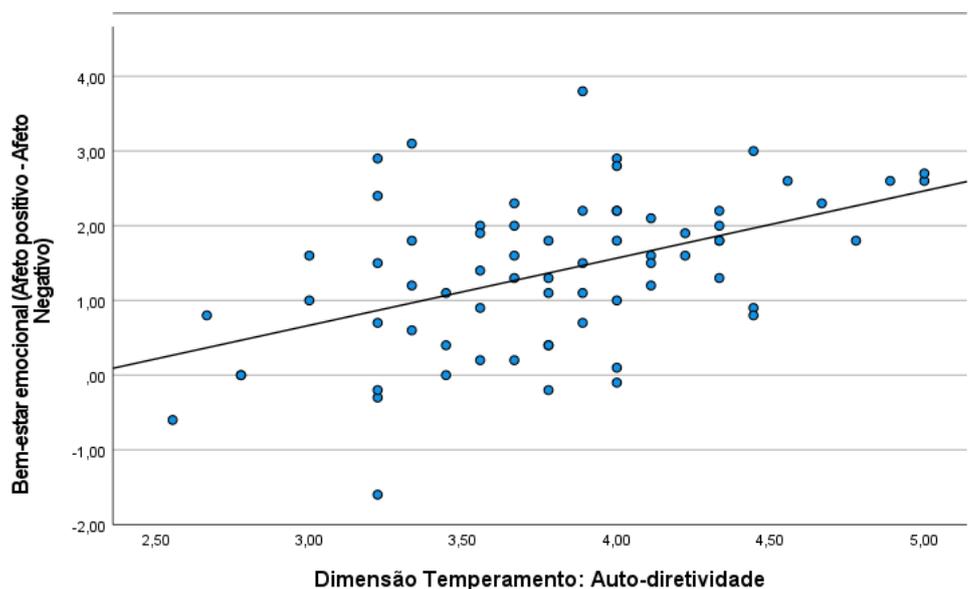


Figura 2

Gráfico de autodiretividade e bem-estar emocional



Relativamente à qualidade de vida, a personalidade explicou 41% da variância da qualidade de vida em cuidadores formais ($R^2 = .41$), observando-se uma associação estatisticamente significativa entre a personalidade e a qualidade de vida, $F(7,61) = 5,93$, $p = .000$. Especificamente, as dimensões Autodiretividade e Cooperação previram positivamente, a qualidade de vida em cuidadores formais (Tabela 8; Figura 3; Figura 4).

Tabela 8

Personalidade e qualidade de vida

Dimensão	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Procura de Novidade	.097	.922	.360
Evitamento de Perigo	.131	.947	.347
Persistência	-.058	-.553	.582
Dependência de Recompensa	.085	.793	.431
Autodiretividade	.523	3.821	.000*
Cooperação	.326	2.897	.005*
Autotranscendência	.023	.188	.851

Nota. * $p < 0.05$

Figura 3

Gráfico de autodiretividade e qualidade de vida

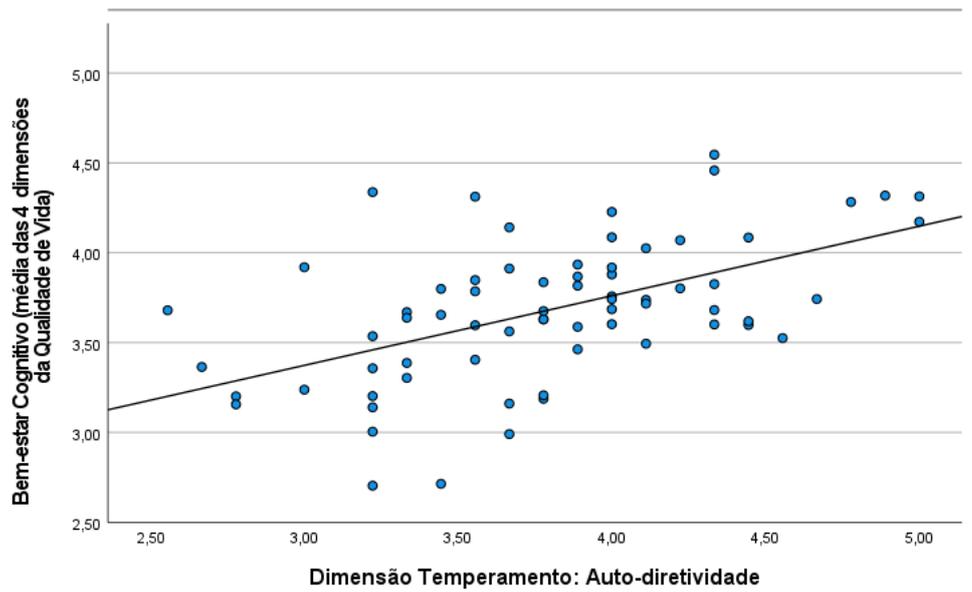
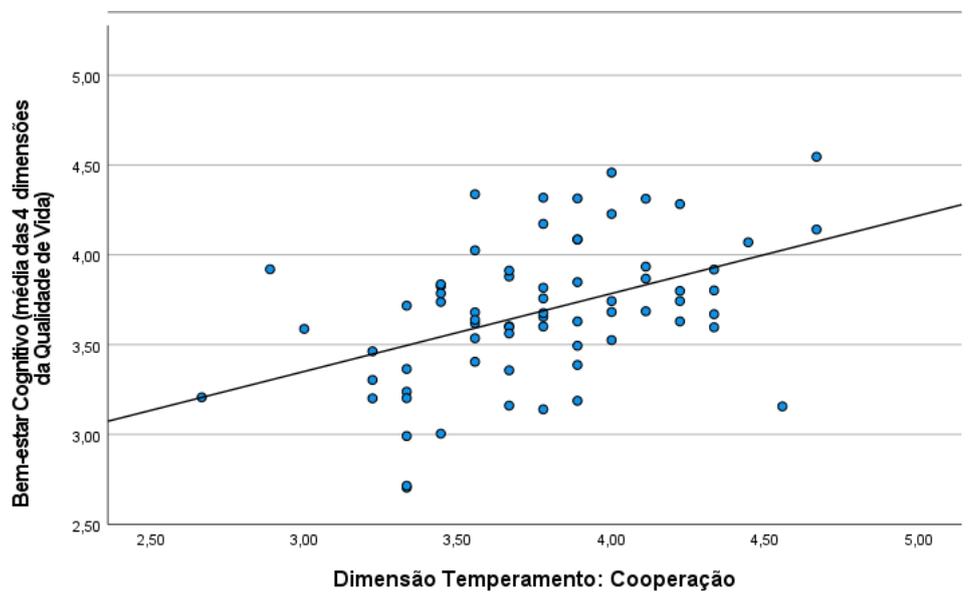
**Figura 4**

Gráfico de cooperação e qualidade de vida



Discussão

O presente estudo teve como objetivo principal perceber a associação entre personalidade, bem-estar emocional e qualidade de vida em cuidadores formais de doentes com demência. Adicionalmente, procurou compreender se a personalidade é preditor do bem-estar emocional e qualidade de vida, nesta população.

De um modo geral, neste estudo foi possível 1) averiguar que dimensões da personalidade, bem-estar emocional e qualidade de vida caracterizaram os cuidadores formais de doentes com demência, envolvidos neste estudo, 2) observar uma associação entre a personalidade, bem-estar emocional e qualidade de vida e 3) compreender se a personalidade prediz o bem-estar emocional e qualidade de vida, nestes indivíduos.

Relativamente ao bem-estar emocional, os cuidadores pontuaram mais alto ao nível do afeto positivo, comparativamente ao afeto negativo. Isto parece indicar que os cuidadores vivenciam sensações de entusiasmo e alerta, com um elevado estado de energia, concentração total e compromisso, podendo funcionar como fator de proteção para o desenvolvimento de possíveis psicopatologias (Naragon & Watson, 2009), comumente observadas nesta população. Estes resultados são corroborados pelo estudo de Diogo et al. (2005), que concluiu que os cuidadores formais valorizam dimensões relacionadas com o crescimento pessoal, melhoria nas relações interpessoais, maior satisfação e prazer, assim como aumento de significado da vida e da satisfação consigo próprio.

Todavia, o processo de cuidar de alguém, como o caso dos cuidadores, acarreta algumas vulnerabilidades, uma vez que enfrentam inúmeras situações de tensão e conflitos, o que pode vir a comprometer de forma significativa o bem-estar emocional dos mesmos. Deste modo, Loureiro (2016) desenvolveu estratégias para aliviar os sintomas negativos, potenciando assim o seu bem-estar e qualidade de vida.

A qualidade de vida obteve pontuações mais altas nos domínios psicológico e relações sociais. De acordo com a literatura, o domínio psicológico está relacionado com autoestima, concentração e/ou imagem corporal, enquanto o domínio social corresponde às relações pessoais e sociais do indivíduo. Segundo o estudo de Rodrigues (2015), pontuações mais elevadas neste domínio evidenciam-se em características psicológicas, emocionais e espirituais positivas, no funcionamento físico e nas suas relações sociais, que vai ao encontro dos nossos resultados.

O domínio físico não obteve uma pontuação elevada. Neste sentido e segundo Zacharopolou et al. (2015), no contexto específico da experiência de cuidar, os índices físicos de qualidade de vida são reduzidos e a procura por serviços de saúde é cada vez mais frequente.

Relativamente às dimensões de personalidade, os participantes pontuaram mais alto nas dimensões de caráter, comparativamente às temperamentais. Especificamente, a autodiretividade e cooperação obtiveram uma pontuação mais elevada. Os cuidadores formais parecem apresentar como característica principal a motivação, dimensão que parece ser fundamental para o exercício das suas funções junto de indivíduos com demência (Rodrigues, 2014). Segundo o autor, valorizam, de igual forma a responsabilidade, compreensão, segurança, empatia, qualidade do desempenho bem como a satisfação do utente.

Quando analisada a associação entre personalidade, bem-estar emocional e qualidade de vida, verificamos que a maioria das dimensões se encontra correlacionada. À exceção das dimensões de temperamento procura de novidade e dependência de recompensa, que não se correlacionam com o bem-estar emocional ou com a qualidade de vida.

No que concerne ao afeto positivo, este correlaciona-se negativamente com a dimensão de temperamento evitamento de perigo. Esta correlação é corroborada pela literatura, que mostra que a dimensão neuroticismo está negativamente correlacionada com o afeto positivo (Noronha et al., 2015). Os resultados mostram que os cuidadores formais com níveis mais elevados de afeto positivo, apresentam menos evitamento de perigo, o que poderá traduzir-se em comportamentos marcados pelo entusiasmo, motivação no trabalho, concentração total e compromisso, suprimindo as complexidades dos acontecimentos no sentido de os resolver (Rodrigues, 2014). Estes tipos de características insurgem-se como fundamentais para a tarefa de cuidar de alguém com demência, uma vez que, se observou que o afeto positivo estava correlacionado positivamente com a dimensão persistência, isto é, a persistência na execução de tarefas mais desafiantes parecem promover o bem-estar emocional.

Por outro lado, os estudos de Nunes et al. (2009) e DeNeve e Cooper (1998), que utilizaram o modelo dos cinco fatores, concluíram que a extroversão apresenta maior correlação com satisfação de vida e afeto positivo, corroborando os resultados do presente estudo. Adicionalmente, estudos indicam que parecer existir uma inclinação dos

cuidadores formais demonstrarem maior resiliência, sendo mais perseverantes, dedicados e motivados (Rodrigues, 2014). Isto pode indicar que ao preservar este tipo de comportamentos irá gerar, nestes indivíduos, um estado de energia mais elevado e um compromisso e concentração total no seu trabalho. O mesmo acontece, relativamente às dimensões de caráter autodiretividade e autotranscendência que se correlacionam positivamente com o afeto positivo. Estas correlações consistem na compreensão dos cuidadores formais como seres autónomos, motivados, altruístas, focados e responsáveis na busca de atingir o objetivo (Moreira et al., 2017).

Quando analisadas as associações com o afeto negativo, esta encontra-se positivamente correlacionada com a dimensão evitamento de perigo, e negativamente com a dimensão autodiretividade. O evitamento de perigo está diretamente ligado a características como o medo, ansiedade, nervosismo e a timidez, já a autodiretividade a características como a responsabilidade, motivação, autonomia e valores. Ambas as correlações parecem ir ao encontro dos estudos de Nunes et al. (2009) e DeNeve e Cooper (1998), na medida em que revelaram uma associação elevada entre o afeto negativo e o neuroticismo (dimensão associada ao evitamento de perigo) e uma correlação negativa significativa da extroversão (dimensão associada à autodiretividade) com o afeto negativo. Estes resultados parecem indicar que cuidadores formais que apresentem mais afeto negativo podem demonstrar mais resistência no seu envolvimento em tarefas mais desafiantes, uma vez que, estes profissionais podem revelar mais ansiedade e temor, podendo contribuir para se sentirem menos motivados.

Na qualidade de vida, a dimensão de temperamento evitamento de perigo é a única dimensão que se correlaciona, de forma negativa, com a dimensão relação-ambiente, apontando que quanto maior o nível de neuroticismo ou evitamento de perigo, menor é a qualidade de vida de relações sociais. Neste sentido, os cuidadores formais que apresentam maior neuroticismo ou evitamento de perigo sugere que os mesmos se envolvam menos no ambiente, promovendo piores índices de qualidade de vida (D'Amico & Monteiro, 2012). As dimensões de caráter autodiretividade e cooperação correlacionam-se positivamente com todas as dimensões da qualidade de vida. Esta associação foi encontrada no estudo de D'Amico e Monteiro (2012) onde os resultados obtidos sugerem que os cuidadores formais mais dinâmicos, comunicativos e com mais facilidade de estabelecer interações sociais, demonstram um maior nível de satisfação com a sua qualidade de vida. Este resultado reforça a ideia do estudo de Godinho (2013), que

observou que as dimensões abertura à experiência e amabilidade apresentam correlações fortes com a qualidade de vida.

Finalmente, verificou-se que a personalidade parece predizer o bem-estar emocional e a qualidade de vida, sendo responsável por 33% e por 41% desta variância, respetivamente.

Mais especificamente, autodiretividade ou extroversão prediz positivamente o bem-estar emocional. Estes resultados corroboram com o estudo de Noronha et al. (2015) onde afirmam que este fator de personalidade se constitui como forte preditor dos afetos positivos e negativos, componentes do bem-estar emocional.

Em suma, estes resultados parecem indicar que a personalidade é um preditor do bem-estar emocional e da qualidade de vida em cuidadores formais de doentes com demência. Neste sentido, determinadas características de personalidade podem funcionar como fator de proteção para a perseveração da saúde mental nestes indivíduos, uma vez que são considerados um grupo vulnerável para o desenvolvimento de psicopatologia (e.g., depressão) (Fortes et al., 2010).

Limitações do estudo

Foram várias as limitações que surgiram ao longo deste estudo, uma vez que, a investigação foi realizada durante um período marcado pela pandemia da COVID-19. O número de participantes foi reduzido face à expectativa inicial, dadas as restrições de impostas pela Direção Geral de Saúde e compreendendo a sensibilidade da população envolvida neste estudo.

Inicialmente o objetivo prendia-se com a associação das características de personalidade com o bem-estar subjetivo, no entanto, devido à escassez de tempo disponível e a extensão dos instrumentos não foi possível avaliar a dimensão cognitiva na sua globalidade.

O elevado número de participantes do sexo feminino (94%) contribui também para as limitações desta investigação. Calomé et al. (2011) afirma que esta profissão é exercida maioritariamente por mulheres consequência das raízes históricas, sociais e culturais, no entanto, tornar-se-ia pertinente realizar uma investigação com uma amostra equilibrada de participantes de ambos os sexos.

A principal limitação encontrada no desenvolvimento da presente investigação, diz respeito ao reduzido número de estudos que envolvam o TCI-R. Todavia, não obstante, ao carácter inovador deste instrumento, a totalidade dos estudos que envolvem a

personalidade, são avaliados pelo NEO-PI-R (*Revised NEO Personality Inventory*) e, por isso, futuras investigações nas áreas da personalidade, bem-estar e qualidade de vida em cuidadores formais de doentes com demência servirão para comprovar os resultados aqui verificados.

Conclusão

O presente estudo tinha como principal objetivo compreender a associação da personalidade com o bem-estar emocional e a qualidade de vida.

Os resultados mostraram-nos que, efetivamente, a personalidade se encontra correlacionada com dimensões das duas variáveis mencionadas, mais ainda se conclui que a personalidade prediz o bem-estar emocional bem como a qualidade de vida dos cuidadores formais de doentes com demência.

Importa ainda destacar que apesar do instrumento utilizado para avaliação da personalidade ser recente e ter poucos estudos que o corroborem, a presente investigação será, certamente, importante pois dá origem a um ponto de partida para futuras investigações nesta área. Estes estudos, podem resultar em novas abordagens de intervenção na prática clínica de forma a ajudar os cuidadores a integrarem programas que ajudem a avaliar o sofrimento e aumentar o seu bem-estar emocional e qualidade de vida.

Referências

- Allport, G. W. (1973). *Personality: A psychological interpretation*. Holt.
- Alves, S., Brandão, D., Teixeira, L., Azevedo, M. J., Duarte, M., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2015). Intervenções psicoeducativas e distress psicológico em cuidadores informais: Análise comparativa de dois projetos comunitários. *Revista E-Psi*, 5(1), 94-112.
- Alzheimer Portugal. (2009). Plano nacional de intervenção alzheimer. Trabalho Preparatório para a Conferência “Doença de Alzheimer: Que Políticas”. Direção-Geral da Saúde.
- Amendola, F., Oliveira, M. A. C., & Alvarenga, M. R. M. (2011). Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), 884-889. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400013>
- Azevedo, L., Loureiro, C, Pereira, J., & Cunha, M. (2010). Vulnerabilidade ao stress, desordens emocionais, qualidade de vida e bem-estar em cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 1534-1546.
- Barata, N. E. R. R. C. (2009). Relação diádica e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crónica. [Dissertação de Mestrado] Minerva Repositório Institucional da USC. <http://hdl.handle.net/10347/2600>
- Batista, N. R. F. (2012). Dificuldades do cuidador formal de pessoas dependentes no domicílio. [Dissertação de Mestrado]. Repositório da Universidade de Coimbra.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. Da, Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Calomé, I. C. S., Marqui, A. B. T., Jahn, A. C., Resta, D. G., Carli, R., Winck, M. T., & Nora, T. T. D. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 13(2), 307-212.
- Carochinho, J. A. B. (2009). Trabalho e novas formas de organização do trabalho: para além do hedonismo e da eudaimonia. [Tese de Doutoramento]. Santiago de Compostela: Unidixital.

- Cattell, H. E. P. (1996). Os cinco grandes originais: Uma Perspectiva Histórica. *European Review of Applied Psychology*, 46, 5-14.
- Cloninger, C. R. (Ed.). (1999). *Personality and psychopathology*. American Psychiatric Pub.
- Cloninger, C. R. (2008). The psychobiological theory of temperament and character: comment on Farmer and Goldberg (2008).
- Coelho, M. M. S. (2011). Qualidade de vida, ambiente laboral e regulação emocional em cuidadores formais de idosos na valência lar. Um estudo exploratório. [Dissertação de Mestrado] Cespuc Repository. <http://hdl.handle.net/20.500.11816/103>
- Coelho, C. T. (2018). Personalidade e valores em adolescentes. [Dissertação de Mestrado]. Repositório das Universidades Lusíada. <http://hdl.handle.net/11067/4408>
- D'Amico, S. M., & Monteiro, J. K. (2012). Características de personalidade e qualidade de vida de gestores no Rio Grande do Sul. *Revista de Administração Contemporânea*, 16(3), 381-396.
- DeNeve, K. M., & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124 (2), 197-229. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.124.2.197>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Diener, E. & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: A general overview. *South African journal of psychology*, 39(4), 391-406. <https://doi.org/10.1177/008124630903900402>
- Diogo M., Ceolim M., & Cintra F. (2005). Orientações para idosos que cuidam de idosos no domicílio. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 39 (1), 97-102. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000100013>
- Ferreira, M. E. M. M. (2012). Ser Cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos. [Dissertação de Mestrado]. Biblioteca Digital IPB. <http://hdl.handle.net/10198/7936>

- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Climepsi.
- Fleck, M., Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., Cachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). *Revista Brasil de Psiquiatria*, 21 (1), 19-28. <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000100006>
- Fortes, A. F. A., Soane, A. M. N. C., Riêra, A. L. P. M., Mendes, J. C. S., & Bernardo, S. V. (2010). Percepções dos cuidadores formais ao cuidarem de idosos portadores de Alzheimer. *Enfermagem Brasil* 9(5), 261-268.
- Funder, D. C. (2006). Towards a resolution of the personality triad: Persons, situations, and behaviors. *Journal of Research in Personality*, 40, 21-34. <https://10.1016/j.jrp.2005.08.003>
- Galinha, I. C. & Pais-Ribeiro, J. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214.
- Galinha, I. C. (2008). Bem-estar subjetivo. Fatores cognitivos, afetivos e contextuais. *O conceito de bem-estar subjetivo*, (pp.19-30). Quarteto.
- Godinho, S. D. S. (2013). *Esperança, personalidade e qualidade de vida: a influência da institucionalização* (Tese de Mestrado).
- Hansenne, M. (2003). *Psicologia da Personalidade*. Climepsi.
- Hernández, J. & Mateo R. (2012). Indications of virtues in conscientiousness and its practice through continuous improvement. *Business Ethics: A European Review*, 21(2), 140-153. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1467-8608.2011.01650.x>
- Instituto Nacional de Estatística – INE (2019). Estatísticas Demográficas 2018. Estatísticas Oficiais.
- Jacob, L. (2004). *Animação de idosos*. Ambar.
- Lemos, J., A. (2012). Avaliação das dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes. [Dissertação de mestrado]. Biblioteca Digital do IPB. <http://hdl.handle.net/10198/8088>
- Lei Nº 100/2019 de 06 de Setembro de 2019 da Assembleia da República. Diário da República: I Série.
- Lopes, L. O. L. & Cachioni, M. (2013). Cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer em uma intervenção psicoeducacional. *Temas em psicologia*, 21(1), 443-460. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000300004>
- Loureiro, M. A. P. (2016). *Cuidador Formal e a Demência de Alzheimer*. [Dissertação de Mestrado]. Biblioteca Digital do IPB. <http://hdl.handle.net/10198/14349>

- Machado, W. L. & Bandeira, D. R. (2012). Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de psicologia*, 29(4), 587-595. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000400013>
- Marins, A. M. F. (2012). *Alterações de Comportamento do Idoso com Doença de Alzheimer e o Cuidador Formal: Contribuições para a Enfermagem Gerontológica*. [Tese de Doutorado]. Repositório Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Martins, M. C. A. (2004). Acção da personalidade na saúde: Contributos para a qualidade de vida. *Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 30(9), 202-208.
- Martín, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social. *Envelhecer em Portugal*, (pp. 179-202). Climepsi Editores.
- Ministério da Saúde (2008). Guia Prático do Cuidador, (pp. 7-8). Editora MS.
- Moreira, P., A., Oliveira, J., T., Cloninger., K., M., Azevedo, C., Sousa, A., Castro, J., & Cloninger, C., R. (2012). The psychometrics and validity of the junior temperament and character inventory in Portuguese adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 1227-1236.
- Moreira, P., Cloninger, C., Dinis, L., Sá, L., Oliveira, J., Dias, A. & Oliveira, J. (2015). Personality and well-being in adolescents. *Frontiers in Psychology*, 5, 1-15.
- Moreira, P., Cloninger, C., Rocha, M., Oliveira, J., Ferreira, N., Gonçalves, D., Rózsa, S. (2017). The Psychometrics of the European Portuguese Version of the Temperament and Character Inventory – Revised. *Psychological Reports*, 0(0), 1- 21.
- Nascimento, L. C., Moraes, E. R., Silva, J. C., Veloso, L. C. & Vale, A. R. M. C. (2008). Cuidar de Idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (4).
- Noronha, A. P. P., Martins, D. D. F., Campos, R. R. F., & Mansão, C. S. M. (2015). Relações entre afetos positivos e negativos e os cinco fatores de personalidade. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 20(2), 92-101.
- Nunes, C. H. S. S., Hutz, C. S., & Nunes, M. F. O. (2009). *Bateria Fatorial de Personalidade (BFP): Manual técnico*. Casa do Psicólogo.
- Nunes, P. (2007). Psicologia Positiva. *O Portal dos Psicólogos*.
- O'Donnell, M. P. (1986). Definition of Health Promotion. *American journal of health promotion* 1(1), 4-5. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-1.1.4>

- Paula, A. & Pimenta, R. (2013). A Influência de Características de Trabalho na Qualidade de Vida dos Profissionais de Saúde Mental. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca*, 11(2), 70-79. <http://hdl.handle.net/10400.10/1230>
- Pereira, G. A., Sousa, I., Sobral, M., Nunes, M. V. S. & Santos, P. M. (2020). *Intervenção Psicológica em Gerontologia*. Pactor.
- Pereira, M., G. & Mateos, R. (2006). A Família e as pessoas com demência: vivências e necessidades dos cuidadores. *Psicogeriatria, Psiquiatria Clínica*, 357-374.
- Rates, H. (2007). Cuidado de Saúde do Idoso, no Domicílio: Implicações para as Cuidadoras, no distrito ressaca- município de contagem/mg. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de Minas Gerais.
- Rodrigues, C. A. D. L. (2014). *Perfil dos cuidadores formais de idosos e motivos para a função: um estudo de caso* (Tese de Mestrado).
- Rodrigues, J. S. J. (2015). Qualidade de Vida, Subcarga, *Burnout* e estratégias de confronto em cuidadores formais de pessoas com experiência de doença mental que vivem em residências comunitárias. [Dissertação de Mestrado]. Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/20658>
- Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções (pp.360). Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental (pp.179). LIDEL.
- Serrano, M. J. & Ferrer, J. T. (2001). Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Atención Primaria*, 27 (7), 78-86.
- Watson, D., Clark, L.A., Tellegen, A. (1998). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal Personality Social Psychology*, 54(6). <https://10.1037//0022-35>
- Watson, D., Clark, A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychological*, 54 (6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>

- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal Mental Health*, 23 (3), 24-56.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41 (10), 1403-1409
- Zanon, C. & Hutz, C.S. (2010). Relações entre o bem-estar subjetivo, neuroticismo, ruminação, reflexão e sexo. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2 (2), 118-127.
- Zanon, C., Bastianello, M.R., Pacico, J.C. & Hutz, C.S. (2013). Development and validation of a positive and negative affect scale. *Psico-USF*, 18 (2), 193-201. <https://10.1590/S1413-82712013000200003>
- Zacharapoulou, A., Giles, M., & Condell, J. (2015). Enhancing PASS leaders' employability skills through reflection. *Journal of learning development in Higher Education*.
- Zanon, A., Rakovic, A., Blankenburg, H., Doncheva, N.T., Schwienbacher, C., & Serafin, A. (2013). Profiling of Parkin-Binding Partners Using Tandem Affinity Purification. *PLoS ONE*, 8(11). <https://10.1371/journal.pone.0078648>

ANEXOS

ANEXO I

Carta de Apresentação às Instituições

CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM PSICOLOGIA PARA O DESENVOLVIMENTO-UNIVERSIDADES LUSÍADA



Porto – catarinatb.psic@hotmail.com

Carta de Apresentação de um Estudo Científico

Exmo. Sr. ou Sr.^a Diretor(a):

Encontra-se atualmente a decorrer um projeto de investigação, no âmbito do Centro de Investigação em Psicologia para o Desenvolvimento (CIPD) das Universidades Lusíada, sobre as características de personalidade e bem-estar subjetivo em cuidadores formais de doentes com demência. O presente estudo conta com a supervisão da **Professora Doutora Sara Cruz**, professora auxiliar na Universidade Lusíada Norte, Porto.

Especificamente, neste projeto pretendemos estudar a associação entre as características de personalidade e o bem-estar subjetivo em cuidadores formais de doentes com demência. Esta investigação consiste na aplicação de questionários de autopreenchimento, um questionário sociodemográfico, para obter informações relativas às variáveis sociodemográficas e socioculturais de cada indivíduo em estudo, um questionário para avaliação das características de personalidade, um compósito de questionários para a avaliação do bem-estar subjetivo e por fim, um questionário para a avaliação da qualidade de vida. Para a realização deste estudo, é necessário a colaboração dos elementos integrantes da equipa, nomeadamente psicólogos, enfermeiros, auxiliares de ação médica, terapeutas ocupacionais entre outros.

Os profissionais serão convidados a participar neste estudo durante o seu horário de trabalho e o seu preenchimento terá uma duração de aproximadamente 40 minutos. A aluna responsável pela realização do estudo estará presente na instituição durante este preenchimento para esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir aos participantes.

Na fase final da investigação será oferecido a cada uma das instituições um relatório com os principais resultados obtidos, sempre focado na análise em grupo e nunca sendo divulgados dados pessoais.

Atenciosamente,
Catarina Barros

ANEXO II

Carta de Autorização à Direção das Instituições



Universidade Lusíada Norte- Porto

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Associação entre as características de personalidade e o bem-estar subjetivo em cuidadores formais de doentes com demência

Eu, _____, responsável pela
Direção do(a) _____,
venho por este meio autorizo a vinculação da Instituição ao projeto “Associação entre as características da personalidade e bem-estar subjetivo em cuidadores formais de doentes com demência”, realizado pelos Investigadores do Centro Investigação para o Desenvolvimento (CIPD) da Universidades Lusíada Norte – Porto.

(Data)

(Assinatura da Direção)

ANEXO III

Declaração de Consentimento Informado



Universidade Lusíada Norte- Porto

Associação entre características da personalidade e bem-estar subjetivo em cuidadores formais de doentes com demência.

A demência é uma doença neurocognitiva cada vez mais presente na população portuguesa. Dada a gravidade da mesma, os cuidadores formais representam um papel fundamental na vida do utente. Neste âmbito, com o presente estudo pretendemos compreender de que forma as características de personalidade de cuidadores formais de doentes com demência estão associadas ao seu bem-estar subjetivo. Para isso pedimos-lhe que preencha dois questionários:

- Questionário sociodemográfico
- PANAS – Positive and Negative Affect Schedule: avaliação do bem-estar subjetivo.
- The Temperament and Character Inventory - Revised – TCI-R: avaliação das características de personalidade.
- O World Health Organization Quality of Life: avaliação da qualidade de vida.

Toda a informação obtida será usada, apenas e unicamente, para fins de investigação científica e académica, assegurando-se a confidencialidade de toda a informação recolhida. Todos os dados obtidos serão conservados em condições adequadas, seguras e de forma anónima, sendo impossível alguém saber que são seus. Os dados serão tratados, analisados e divulgados de modo anónimo e apenas em grupo, nunca individualmente, e apenas pelos elementos envolvidos na implementação deste estudo. A sua participação é inteiramente voluntária, podendo interromper e/ou desistir a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo ou dano. Salienta-se que os dados obtidos não apresentam valor clínico, no entanto, na eventualidade de serem identificados alterações de funcionamento, os profissionais de saúde serão aconselhados a consultar ajuda médica.

O Investigador

(Assinatura do Investigador)

Declaração de consentimento Informado

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Estou ainda ciente de que tenho total liberdade para interromper a participação neste estudo em qualquer altura, se assim o desejar.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados efeitos científicos e/ou educacionais, salvaguardando sempre a minha identidade e a confidencialidade.

(Data)

(Assinatura do Participante)

ANEXO IV
Questionário Sociodemográfico



Universidade Lusíada Norte - Porto

Questionário Sociodemográfico

Associação entre as características de personalidade e o bem-estar subjetivo em cuidadores formais de doentes com demência – Dissertação de Mestrado

1. Sexo:

a. Masculino

b. Feminino

2. Idade: _____

3. Escolaridade:

a. Sem qualquer tipo de escolaridade

b. Primeiro Ciclo (1º ao 4º ano)

c. Segundo Ciclo (5º ou 6º anos)

d. Terceiro Ciclo (7º ao 9º ano)

e. Ensino Secundário

f. Ensino Superior

4. Estado Civil:

a. Solteiro(a)

b. Casado(a)

c. União de Facto

d. Divorciado(a)

e. Viúvo(a)

5. Tem filhos?

a. Não

b. Sim

c. Se sim, quantos?

6. Tem outros dependentes?

a. Não

b. Sim

c. Se sim, quantos e quem?

7. Categoria Profissional:

8. Funções desempenhadas na Instituição:

9. Anos de serviço nesta instituição (ou noutra, com funções semelhantes)

10. Quantas horas trabalha por semana?

11. Trabalha por turnos?

- a. Sim
- b. Não

12. No último ano faltou ao serviço?

- a. Nunca/raramente
- b. Algumas vezes
- c. Bastantes vezes

13. Se pudesse, mudaria de profissão?

- a. Não
- b. Sim
- c. Se sim, porquê?
