

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA DO CUIDADOR
INFORMAL DA PESSOA COM DEMÊNCIA**

DISSERTAÇÃO

Dissertação académica orientada por:

Prof. Doutor Wilson Correia Abreu

Ana Filipa Neves Sanhudo

Porto | 2013

DEDICATÓRIA

Aos meus Pais.

AGRADECIMENTOS

Aos cuidadores e utentes que participaram neste estudo, sem eles nada teria sido possível.

Ao Professor Doutor Wilson Correia Abreu pela partilha de saber e valiosas contribuições para a realização deste trabalho, por acompanhar-me nesta jornada e estimular o meu interesse pelo conhecimento.

Ao Conselho de Administração do Hospital Magalhães Lemos, E.P.E..

Aos meus pais pelo amor e dedicação incondicional.

Ao Sérgio pelo amor, compreensão e estímulo constante.

Ao Pedro por estar sempre ao meu lado.

À Daniela, sempre presente, pela amizade e apoio nos momentos cruciais.

Aos meus familiares e amigos pelo incentivo e apoio demonstrados.

À equipa de profissionais do Serviço D3 do Hospital Magalhães Lemos, E.P.E., especialmente aos colegas enfermeiros pelo encorajamento, apoio e disponibilidade dedicados.

A todos os outros que estiveram presentes nesta jornada e que contribuíram de forma direta ou indireta para a realização deste trabalho.

À memória da minha Avó Ermelinda...

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária
- AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária
- APA - American Psychiatric Association
- AVD - Atividades de Vida Diária
- BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos
- CI - Cuidador Informal
- CID-10 - Classificação Internacional das Doenças, 10.^a versão
- CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- DA - Demência de Alzheimer
- DCL - Demência de Corpos de Lewys
- DSM-IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4.^a versão
- EAVDLB - Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody
- IGS - Índice Geral de Sintomas
- INE - Instituto Nacional de Estatística
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- PC - Prestador de Cuidados
- RC - Recetor de Cuidados
- SCPD - Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência
- SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*
- WHO - World Health Organization

ÍNDICE

LISTA DE TABELAS E QUADROS.....	8
LISTA DE GRÁFICOS	10
RESUMO	11
ABSTRACT.....	13
INTRODUÇÃO	15
PARTE I - O CUIDADOR FAMILIAR DO DOENTE COM DEMÊNCIA	19
1. O CUIDADOR INFORMAL E O SISTEMA DE ASSISTÊNCIA	20
1.1. Noção de Cuidador Informal.....	21
1.2. Necessidades e Problemáticas do Cuidador	25
1.3. O Cuidador Informal como Mediador.....	27
1.4. A Investigação sobre o Cuidador Informal	28
2. CUIDAR DO DOENTE COM DEMÊNCIA.....	30
2.1. Demência: Caracterização e Dados Epidemiológicos	30
2.2. Sintomatologia e Limitações nas Atividades de Vida Diária	35
2.3. Cuidar do Doente com Demência: Desafios.....	38
2.4. Sintomatologia Psiquiátrica do Cuidador.....	40
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	43
1. METODOLOGIA DO ESTUDO.....	44
1.1. Objetivos e Hipóteses de Investigação	44
1.2. Hipóteses e Variáveis de Investigação.....	45
1.3. Tipologia do Estudo de Investigação	46
1.4. Participantes do Estudo	47
1.5. Instrumentos de Recolha de Dados.....	48
1.5.1. <i>Questionário Sociodemográfico e Clínico</i>	50
1.5.2. <i>Índice de Barthel</i>	50

1.5.3. Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody.....	51
1.5.4. Inventário de Sintomas Psicopatológicos	52
1.6. Recolha e Tratamento de Dados: Aspetos Éticos	54
1.7. Tratamento da Informação	56
2. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	58
2.1. Caracterização do Prestador de Cuidados	58
2.1.1. Dados Sociodemográficos	59
2.1.2. Processo de Cuidar.....	63
2.1.3. Informação Clínica.....	66
2.2. Caracterização do Recetor de Cuidados	68
2.2.1. Dados Sociodemográficos	69
2.2.2. Informação Clínica.....	71
3. ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA.....	73
3.1. Atividades Básicas de Vida Diária.....	73
3.1.1 Alimentação e Vestir	75
3.1.2 Controle Vesical e Intestinal.....	75
3.1.3 Banho, Higiene Corporal e Uso da Casa de Banho.....	76
3.1.4 Transferência Cadeira-Cama, Subir Escadas e Deambulação.....	77
3.2 Atividades Instrumentais de Vida Diária	78
3.2.1 Cuidados Domésticos	79
3.2.2 Locomoção	80
3.2.3 Compras e Gestão Financeira	80
4. SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA.....	82
4.1 Somatização	83
4.2 Obsessões-Compulsões e Sensibilidade Interpessoal	84
4.3 Depressão e Ansiedade	85
4.4 Hostilidade e Ansiedade Fóbica.....	86
4.5 Ideação Paranóide e Psicoticismo	88
5. TRIANGULAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	90
CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
ANEXOS.....	109
• Anexo I - Consentimento de Autorização da Instituição	
• Anexo II - Consentimento de Autorização da Utilização do Inventário Breve de Sintomas	

- **Anexo III - Consentimento de Autorização da Utilização da Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody e Índice de Barthel**
- **Anexo IV - Consentimento Informado**
- **Anexo V - Questionário**
- **Anexo VI - Correlação entre ABVD e Dimensões Psiquiátricas do BSI**
- **Anexo VII - Correlação entre AIVD e Dimensões Psiquiátricas do BSI**

LISTA DE TABELAS E QUADROS

QUADRO 1: Características de diagnóstico da Demência segundo o Manual de Diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais (4.ª Ed.) - DSM-IV	30
QUADRO 2: Sintomas comportamentais e psicológicos na demência	35
TABELA 1 - Sexo do PC	57
TABELA 2 - Idade do PC	58
TABELA 3 - Distribuição da Idade do PC	58
TABELA 4 - Estado Civil do PC	58
TABELA 5 - Escolaridade do PC	59
TABELA 6 - Distribuição da Escolaridade dos PC	59
TABELA 7 - Situação Profissional dos PC	60
TABELA 8 - Relação de Parentesco com RC	60
TABELA 9 - Tipologia de Cuidados	61
TABELA 10 - Tempo de Prestação de Cuidados (anos)	62
TABELA 11 - Distribuição do Tempo de Prestação de Cuidados (anos)	62
TABELA 12 - Tempo de Prestação de cuidados (horas)	62
TABELA 13 - Frequência da Prestação de Cuidados	63
TABELA 14 - Tipo de Apoio Recebido	64
TABELA 15 - Vigilância de Saúde	65
TABELA 16 - Antecedentes Médicos	65
TABELA 17 - Antecedentes Psiquiátricos	65
TABELA 18 - Antecedentes Psiquiátricos Familiares	66
TABELA 19 - Medicação do PC	66
TABELA 20 - Sexo do RC	67
TABELA 21 - Idade do RC	68
TABELA 22 - Estado Civil do RC	68
TABELA 23 - Escolaridade do RC	69
TABELA 24 - Distribuição da Escolaridade do RC	69
TABELA 25 - Tipo de Demência	70
TABELA 26 - Estadio da Demência	70

TABELA 27 - Índice de Barthel	72
TABELA 28 - Distribuição do Índice de Barthel	72
TABELA 29 - Avaliação dos Itens Alimentação e Vestir	73
TABELA 30 - Avaliação dos Itens Controlo Vesical e Controlo Intestinal	74
TABELA 31 - Avaliação dos Itens Banho, Higiene Corporal e Uso da Casa de Banho	75
TABELA 32 - Avaliação dos Itens Transferência Cadeira-Cama, Subir Escadas e Deambulação	76
TABELA 33 - Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody	77
TABELA 34 - Distribuição da Amostra por Atividades Instrumentais	78
TABELA 35: Resultados descritivos obtidos nas dimensões e índices globais do BSI	79
TABELA 36: Distribuição dos participantes por itens associados à somatização	80
TABELA 37: Distribuição dos participantes por itens associados às Obsessões-Compulsões e Sensibilidade Interpessoal	81
TABELA 38: Distribuição dos participantes por itens associados à Depressão e Ansiedade	83
TABELA 39: Distribuição dos participantes por itens associados à Hostilidade e Ansiedade Fóbica	84
TABELA 40: Distribuição dos participantes por itens associados à Ideação Paranóide e Psicoticismo	85
TABELA 43: Avaliação da associação entre presença de antecedentes psiquiátricos familiares e sintomatologia psiquiátrica	90
TABELA 44: Avaliação da associação entre presença de antecedentes psiquiátricos familiares e sintomatologia psiquiátrica	91

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Sexo do PC	57
GRÁFICO 2 - N.º horas prestação de cuidados/dia	63
GRÁFICO 3 - Sexo do RC	67
GRÁFICO 4 - Distribuição da amostra por sintomatologia psiquiátrica	87

RESUMO

Título: Sintomatologia Psiquiátrica do Cuidador Informal da Pessoa com Demência

Palavras-Chave: Prestador de Cuidados; Demência; Sintomatologia Psiquiátrica

O presente estudo de investigação foi realizado no Serviço de Psicogeriatria de um hospital psiquiátrico da zona norte do país., em contexto comunitário - visitação domiciliária.

O propósito do estudo consiste em compreender até que ponto a prestação de cuidados a pessoas com demência pode gerar sintomatologia psiquiátrica nos cuidadores informais e contribuir para o desenvolvimento de intervenções específicas de enfermagem orientadas para a promoção da saúde mental dos cuidadores informais de pessoas com demência.

A investigação recentemente produzida reconhece o impacto causado na saúde pelo desempenho do papel de prestador de cuidados, quer no próprio quer na pessoa alvo dos cuidados, com repercussões ao nível da vida pessoal, familiar, laboral e social.

Esta realidade constitui um desafio não só a nível político como também para os profissionais de saúde no que concerne à oferta de estratégias/intervenções facilitadoras do processo de adaptação a prestador de cuidados. Entendemos que os cuidadores informais de pessoas com demência devem ser considerados alvo especial da atenção, uma vez que despendem maior número de horas a prestar cuidados e experimentam maior esforço físico e mental comparativamente aos cuidadores de pessoas sem demência.

De acordo com os pressupostos metodológicos e os objetivos da investigação definimos como questão de investigação: “Em que medida existe uma associação entre cuidar de doentes com demência e o desenvolvimento de sintomatologia psiquiátrica?”.

Este estudo enquadra-se no paradigma quantitativo e consiste num estudo do tipo descritivo. A população alvo é constituída por 37 pares prestadores de cuidados informais e utentes com diagnóstico clínico de demência inscritos no programa de visitação domiciliária do Serviço de Psicogeriatría de um hospital psiquiátrico da zona norte do país. O grupo de participantes foi selecionado de acordo com uma técnica de amostragem não probabilística.

Para a recolha de dados recorreu-se à utilização do questionário e outros três instrumentos, o Índice de Barthel, a Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody aplicados aos doentes com demência e o Inventário Breve de Sintomas aplicado aos cuidadores.

O presente estudo permitiu constatar que os cuidadores informais de doentes com demência apresentam níveis médios de sintomatologia psiquiátrica superiores à população em geral. As dimensões psiquiátricas que demonstram maior incidência são a depressão, ansiedade e obsessões-compulsões. Ficou comprovada a existência de relação estatisticamente significativa entre a presença de sintomatologia psiquiátrica nos prestadores de cuidados e o grau de dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária das pessoas com demência.

ABSTRACT

Title: Psychiatric Symptoms in Informal Caregivers of Individuals with Dementia

Keywords: Caregiver; Dementia; Psychiatric Symptomatology

This research study was conducted at the Psychogeriatric Service of a psychiatric hospital, in the community context.

The purpose of the research study was to understand in what extent provision of care for people with dementia can cause psychiatric symptoms in informal caregivers and contribute to the development of specific nursing interventions to promote caregivers mental health.

Recent research recognizes the impact on health caused by caregiving, either in the caregiver or in the person taken care of, with repercussions for personal, family, labor and social life.

This reality is a challenge not only of policy response but also to healthcare professionals with regard to the offer of strategies/interventions facilitators of the adjustment to the role of caregiver. We believe that informal caregivers of individuals with dementia must be targeted special attention since they spend more hours taking care and experience greater mental and physical effort when compared to caregivers of people without dementia.

The follow research question was defined: "To what extent exists association between taking care of patients with dementia and the development of psychiatric symptoms?"

This is a quantitative and descriptive study. Participants were 37 pairs of caregivers and individuals with clinical diagnosis of dementia registered in the program of domiciliary visits of Psychogeriatrics Service. The group participants was selected from a non-probability technique.

A questionnaire was used for data collection, which included three other instruments - the Barthel Index and the Activities of Daily Living Scale by Lawton and Brody applied to the persons with dementia, and the Brief Symptom Inventory applied to the caregivers.

This study allows to conclude that the informal caregivers of patients with dementia present average levels of psychiatric symptomatology higher than general population. Psychiatric dimensions that demonstrated the highest incidence were depression, anxiety and obsessions-compulsions. It was found the existence of a significant statistically relationship between the presence of psychiatric symptoms in caregivers and the degree of dependence in basic and instrumental activities of daily living of people with dementia.

INTRODUÇÃO

O estudo de investigação apresentado foi realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação científica do Professor Doutor Wilson de Abreu.

A investigação foi realizada num hospital psiquiátrico da região norte do país, no Serviço de Psicogeriatrics em contexto comunitário - visitação domiciliária. A opção por este cenário prendeu-se com o facto de este hospital ser considerado uma instituição de referência na área da saúde mental e psiquiatria na região norte do país e pela possibilidade de assegurar o acesso à população alvo do estudo em tempo útil.

O aumento da longevidade coloca novos desafios na sociedade atual, nomeadamente no domínio da saúde e da prestação de cuidados. O avançar da idade implica um aumento do risco de doença e conseqüentemente da dependência e da necessidade de cuidados, sejam eles formais ou informais. Uma das áreas que mais debate tem suscitado a nível da União Europeia é a das demências. Clinicamente a demência constitui um quadro psicopatológico complexo de natureza e sintomatologia muito diversa, o que obviamente implica abordagens terapêuticas diferenciadas. Uma das realidades presentes em todos os tipos de demência é a dificuldade acrescida que possuem os cuidadores informais e familiares no suporte a utentes com este tipo de patologia. A própria União Europeia reconhece esta realidade, que aliás em boa parte deriva do envelhecimento progressivo das sociedades europeias, aprovando em 2009 um documento específico que indica como prioritários os esforços dos diferentes países em quatro áreas distintas: prevenção (incluindo medidas para promover a saúde mental e apoio ao diagnóstico precoce), constituição de redes europeias para lidar com políticas e investigação relacionadas com a demência, definição de protocolos de boas práticas de intervenção a utentes com demência e seus familiares e, por último, constituição de uma matriz de questões éticas relacionadas com os direitos, autonomia e a dignidade da pessoa com demência.

Em Portugal, a política nacional de saúde, nomeadamente o Programa de Saúde do Idoso, tem como principal eixo estruturante a promoção do envelhecimento saudável através de estratégias que visam a manutenção da capacidade funcional dos idosos e dos seus prestadores de cuidados. Para além dos esforços do próprio estado português nesta área específica têm surgido paulatinamente associações sem fins lucrativos que apoiam a investigação e a definição de políticas relacionadas com o apoio a utentes com demência, as quais desenvolvem ações de natureza nacional, regional e local com o intuito de promover informação mais consistente ao público em matéria da doença, suas características e estratégias de intervenção. Por exemplo, a Alzheimer Portugal tem como prioridade a definição de um plano nacional de alzheimer e estratégias para a sua implementação no terreno.

Segundo Braithwaite (2000), o cuidador informal (CI) representa a pessoa, familiar, não remunerada, que se assume como principal responsável pela organização ou assistência e prestação de cuidados à pessoa dependente.

Atualmente é reconhecido o impacto produzido na saúde pelo desempenho do papel de prestador de cuidados (PC), quer no próprio quer na pessoa alvo dos cuidados, constituindo um desafio não só de resposta política como também para os profissionais de saúde no que concerne à oferta de estratégias/intervenções facilitadoras do processo de adaptação a prestador de cuidados (Melo, 2005; Andrade, 2009). É fundamental priorizar ações no sentido de atender às necessidades emergentes que possam fornecer suporte ao idoso dependente e ao seu cuidador, o que representa um desafio ao sistema de saúde vigente.

Vários estudos realizados têm produzido evidência sobre o impacto da prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte de membros da família, questionando o processo de preparação dos prestadores de cuidados para assumirem a responsabilidade do cuidado (Andrade, 2009).

O assumir do papel de prestador de cuidados da pessoa dependente apresenta repercussões ao nível da vida pessoal, familiar, laboral e social, tornando o cuidador mais vulnerável. Desta forma, o prestador de cuidados é mais suscetível de apresentar sintomas como: tensão, fadiga, stress, constrangimento, frustração, redução do convívio, depressão, redução da autoestima, entre outros (Silva, 2011).

Os prestadores de cuidados de pessoas com demência devem ser considerados alvo especial da atenção dos enfermeiros, uma vez que despendem maior número de horas a prestar cuidados e experimentam maior esforço físico e mental comparativamente aos cuidadores de pessoas sem demência (Ory e col.,

1999 cit. por Sequeira, 2010). Os estudos de Truzzi et. al (2012) comprovam que os cuidadores informais de pessoas com demência estão sujeitos a níveis de maior desgaste emocional, sintomas de depressão, ansiedade, stress, sobrecarga e crise familiar.

Considerando que as intervenções de enfermagem direcionadas ao cuidador têm como objetivo *“a preservação da sua saúde e bem-estar, contribuindo para evitar a degradação da sua qualidade de vida e melhorar as suas capacidades ao nível do papel de prestador de cuidados.”* (Sequeira, 2007, p. 79). Pretendeu-se com este estudo atingir dois propósitos centrais: (1) identificar a ocorrência de sintomatologia psiquiátrica no exercício do papel de cuidador da pessoa com demência e, por outro lado, (2) contribuir para a definição de intervenções de enfermagem que permitam prevenir ou ajudar o cuidador na sua vivência do processo de transição para o papel de cuidador.

De acordo com os pressupostos metodológicos e os objetivos da investigação definimos como questão de investigação: “Em que medida existe uma associação entre cuidar de doentes com demência e o desenvolvimento de sintomatologia psiquiátrica?”.

Assim, com base no exposto, pareceu-nos ser pertinente o desenvolvimento de um estudo de investigação de carácter quantitativo, que tenha como finalidade compreender até que ponto a prestação de cuidados a pessoas com demência pode gerar sintomatologia psiquiátrica nos cuidadores informais e contribuir para o desenvolvimento de intervenções específicas de enfermagem orientadas para a promoção da saúde mental dos cuidadores informais de pessoas com demência.

Em concordância, definimos para o estudo os seguintes objetivos:

- Identificar a presença de sintomatologia psiquiátrica nos prestadores de cuidados de pessoas com demência;
- Avaliar a relação entre a dependência nas atividades básicas de vida diária e a presença de sintomatologia psiquiátrica no prestador de cuidados;
- Avaliar a relação entre a dependência nas atividades instrumentais de vida diária e a presença de sintomatologia psiquiátrica no prestador de cuidados;
- Avaliar a associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e a presença de sintomatologia psiquiátrica.

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, dirigida a trinta e sete pares (cuidador informal familiar e pessoa cuidada), cujos dados foram colhidos em contexto comunitário (visitação domiciliária). Foram respeitadas todas as

prerrogativas de natureza ética, designadamente com recurso ao consentimento informado. O tratamento de dados efetuado foi realizado com recurso aos testes estatísticos que nos pareceram mais adequados às variáveis em estudo. Temos consciência que o reduzido número de pares não permite quaisquer generalizações e, por outro lado, não facilita a análise de associações estatísticas. De qualquer forma, este trabalho insere-se num percurso mais vasto de investigação. Com uma mostra de maiores dimensões com recurso à mesma estratégia de tratamento de informação naturalmente se obterão dados mais consistentes. Neste sentido, um dos propósitos deste estudo consiste igualmente em testar uma estratégia que permita avaliar e operacionalizar um modelo de análise dirigido aos prestadores de cuidados e às pessoas cuidadas, no sentido de tentar perceber que dimensões do contexto de cuidado podem condicionar ou facilitar a presença de sintomatologia psiquiátrica.

O presente estudo encontra-se dividido em duas partes distintas e complementares.

Na primeira parte é realizado o enquadramento teórico do estudo, onde é efetuada uma breve revisão da literatura e perspetivas teóricas, de forma a expor a teoria que será utilizada como base e clarificar conceitos que serão abordados ao longo do desenvolvimento do trabalho.

Na segunda parte, é apresentado o estudo empírico propriamente dito, ou seja, esta reporta-se à metodologia adotada para concretização do trabalho de campo e posteriores processos de análise e interpretação da informação recolhida. Neste capítulo são mencionados os requisitos de ordem metodológica e empírica inerentes a toda a investigação, que serviram de guias para a consecução do estudo. Ao nível metodológico são abordados a finalidade, objetivos e questão de investigação, a tipologia do estudo, os participantes, o método de colheita de dados, o tratamento e a análise dos mesmos, as questões éticas de investigação e, finalmente a apresentação e discussão dos resultados obtidos.

Por fim, são apresentadas as conclusões que se julgaram pertinentes e as limitações encontradas ao longo do desenvolvimento da investigação.

PARTE I - O CUIDADOR FAMILIAR DO DOENTE COM DEMÊNCIA

1. O CUIDADOR INFORMAL E O SISTEMA DE ASSISTÊNCIA

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2009), nos últimos quarenta anos a população idosa portuguesa duplicou. No ano de 2009 o Índice de Longevidade foi de 46,8, atingindo o nível mais elevado desde 1990. Em paralelo, também o Índice de Envelhecimento atingiu o seu pico 117,6.

O sistema de prestação de cuidados constitui um processo complexo e dinâmico, assume múltiplas facetas e abrange quase todas as esferas da vida. Cada situação de prestação de cuidados é única e singular, tem uma história própria e inscreve-se numa trajetória individual e familiar.

Segundo a literatura e a investigação, quando a pessoa idosa se vê confrontada com uma situação de incapacidade funcional distinguem-se quatro tipos de recursos: 1) a família; 2) os serviços formais ao domicílio, que englobam uma diversidade de tarefas como cuidados de higiene e conforto, alimentação, higiene da habitação, companhia, entre outros; 3) instituições, que incluem hospitais, lares e centros de dia; e 4) prestação informal de cuidados, por parte de vizinhos, amigos e voluntários (Figueiredo, 2007).

De acordo com INE (2003), entre 1998 e 2003 verificou-se em Portugal um crescimento significativo das respostas sociais existentes, nomeadamente de lares e residências para idosos (35,9%), centros de dia (33,9%) e de serviços de apoio domiciliário (55,8%). Contudo, este acréscimo de respostas sociais não tem acompanhado a necessidade generalizada e real de estruturas adequadas face à problemática e heterogeneidade do processo de prestação de cuidados (Mendes, 2008).

Todo este conjunto de alterações demográficas e sociais têm vindo a modificar o panorama da prestação de cuidados informais pelo que, cada vez mais, se terão de equacionar medidas que permitam às famílias continuar a cuidar dos seus entes idosos (Figueiredo, 2007).

O capítulo que se segue aborda a caracterização dos PC informais, em especial os cuidadores familiares de idosos dependentes, procurando traçar o seu

perfil, explorar as motivações, necessidades e problemáticas associadas ao cuidar, qual o impacto da prestação de cuidados nas diversas esferas da vida do cuidador e identificar o papel do CI enquanto mediador de cuidados.

1.1. Noção de Cuidador Informal

A prestação de cuidados é uma atividade complexa que engloba aspetos clínicos, técnicos e comunitários e envolve dimensões psicológicas, éticas, sociais e demográficas (Luders & Storani, 2002).

De acordo com Whitlatch et. al (1996) o conceito de prestação de cuidados é definido como o ato de prover assistência ou cuidado a um familiar ou amigo.

A literatura e a investigação referem que cuidar consiste em assistir alguém quando este necessita. Embora considerado um gesto nobre, cuidar de outrem reveste-se de um risco de desenvolvimento de doença física ou mental para o PC (Melo, 2005).

O ato de cuidar, embora possa assumir diferentes expressões de acordo com a cultura, consiste na tarefa de zelar pelo bem, estar com alguém prestando-lhe assistência, assumindo a responsabilidade e os encargos inerentes a esta tarefa, estar atento a alguém preocupando-se com o seu bem-estar ou estado, bom funcionamento e qualidade de vida (Grelha, 2011; Leininger, 2002 cit. por Vigia, 2012).

Squire (2005 cit. por Figueiredo, 2007) distingue três dimensões na prestação de cuidados: responsabilidade/tomar conta de alguém; satisfazer/responder às necessidades de alguém; e, sentir preocupação, interesse, consideração e afeto pela pessoa recetora de cuidados.

Pearlin et. al (1990) realiza a distinção entre “cuidar” e “prestar cuidados”. De acordo com este autor, cuidar refere-se à componente afetiva da prestação de cuidados, enquanto prestar cuidados envolve a dimensão comportamental (Figueiredo, 2007).

A heterogeneidade entre os PC é reconhecida pela literatura, pelo que esta experiência não é um fenómeno unitário, mas um complexo de circunstâncias, de vivências, significados, respostas e recursos, caracterizado por constantes variações ao longo do decorrer do tempo, nas necessidades e sentimentos de quem recebe e presta cuidados, em função da própria evolução da doença e da situação de dependência (Paúl, 1997; Figueiredo, 2007; Mendes, 2008).

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiras (2010, p. 61), o Papel de Prestador de Cuidados é

“um tipo de Papel do Indivíduo com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém; interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente.”.

O contexto da prestação de cuidados a outrem pode assumir duas formas distintas mediante o carácter profissional e remuneratório: no âmbito do cuidado formal, ou do cuidado informal (Sequeira, 2010).

Relativamente ao cuidado formal este tipo de prestação de cuidados é usualmente realizado por profissionais qualificados com preparação específica para o desempenho deste papel, como médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, entre outros, sendo designados por cuidadores formais (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2010; Grelha, 2011). O cuidador formal é um profissional remunerado, contratado para a execução de cuidados (Figueiredo, 2007).

No âmbito do cuidado informal, a prestação de cuidados é executada geralmente de forma *“não antecipada, não remunerada, podendo abranger a totalidade ou apenas parte dos mesmos”* (Sequeira, 2007, p. 97). O cuidado informal é definido como a prestação de cuidados realizada por membros a família, amigos, vizinhos ou outros, não recebendo qualquer tipo de remuneração pelos serviços prestados (Lage, 2005; Figueiredo, 2007).

Neri e Carvalho (2002) realizam outra diferenciação atendendo ao contexto da prestação de cuidados. Assim, o cuidador informal pode ser principal/primário, secundário ou terciário. O cuidador primário é aquele que realiza a maior parte dos cuidados e assume a responsabilidade de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar diretamente da pessoa dependente (Neri e Carvalho, 2002). O cuidador principal é definido operacionalmente como aquele que despense mais tempo em contacto com o doente. O cuidador secundário assume a responsabilidade de ajudar na prestação de cuidados de forma ocasional, este não possui a responsabilidade total de cuidar mas pode, por vezes, substituir o cuidador principal nas suas ausências (Neri e Carvalho, 2002; Figueiredo, 2007). O cuidador terciário é alguém próximo, familiar ou amigo, que esporadicamente ajuda quando solicitado, este não tem qualquer responsabilidade pelo cuidar (Neri e Carvalho, 2002).

A assunção do papel de cuidador pode realizar-se através de duas vias. Segundo Jani-Li Bris (1994) existem duas formas de entrar numa situação de prestação de cuidados: processo sub-reptício ou no seguimento de um incidente inesperado.

O primeiro processo não possui um início fácil de identificar, nesta situação a progressão da perda de autonomia da pessoa dependente é lenta e o cuidador presta cuidados sem ter plena consciência do estatuto de responsabilidade por estes e da tomada de decisão de cuidar (Figueiredo, 2007).

Relativamente ao incidente inesperado, este pode apresentar três origens distintas: doença ou acidente, viuvez e demissão ou morte do anterior cuidador. Neste caso o princípio da prestação de cuidados é mais claro de datar e a decisão de cuidar é tomada de forma mais consciente (Figueiredo, 2007).

A decisão de assumir a prestação de cuidados a idosos dependentes é geralmente mais ou menos consciente. De acordo com Aneshensel et al. (1995, cit. por Figueiredo, 2007) ocorrem três etapas na adaptação do cuidador informal de idosos ao seu papel: a aquisição do papel (*role acquisition*), que constitui o reconhecimento da necessidade de assumir os cuidados, obrigações e responsabilidades; a assunção do papel (*role enactment*), que compreende o desempenho das tarefas relacionadas com a prestação de cuidados; e, por último, a libertação papel (*role disengagement*) que consiste na cessação da prestação de cuidados, marcada usualmente pela morte do idoso dependente e o reajustamento a uma vida além da morte desse familiar.

As motivações subjacentes à assunção e/ou continuação da prestação de cuidados constituem um domínio complexo que envolve múltiplas razões e fatores.

De acordo com a literatura, a maioria dos indivíduos presta cuidados porque acredita que essa é a sua obrigação sendo que, a noção de dever é indicada como o motivo mais poderoso para a assunção da prestação de cuidados. Contudo, existem outras razões, de caráter meramente circunstancial ou factual, que podem ser determinantes, como: relação de parentesco, proximidade física, proximidade afetiva, altruísmo, obtenção de aprovação social ou evitamento da censura, reciprocidade para com aquele de quem se cuida, recompensa material e inexistência de estruturas de apoio (Figueiredo, 2007).

Embora a designação do cuidador constitua sempre um processo informal e dinâmico, este parece obedecer a determinados padrões refletidos em quatro fatores: parentesco, com prevalência dos cônjuges e depois filhos; género, predominando o sexo feminino; proximidade física, considerando quem vive com a

pessoa dependente; e proximidade afetiva, salientando-se a relação conjugal e parental (Figueiredo, 2007; Grelha, 2009).

Em termos de perfil do cuidador verifica-se que, tradicionalmente o assumir os cuidados recai sobre os familiares, sendo estes exercidos maioritariamente pelo elemento do sexo feminino mais próximo (Grelha, 2009; Figueiredo, 2007; Sequeira, 2010). Contudo, constata-se que os homens participam cada vez mais nos cuidados.

A nível das idades, de acordo com as várias pesquisas realizadas a maioria dos PC informais tem uma média de idades entre os 45 e os 60 anos. Não obstante, verifica-se que a idade dos cuidadores informais é influenciada pela idade da pessoa que requer cuidados, assim, quanto mais velha for a pessoa dependente mais velho será o PC (Grelha, 2009; Figueiredo, 2007; Sequeira, 2010).

Relativamente ao grau de parentesco, constata-se que na maioria das vezes os cônjuges assumem a prestação de cuidados. No mundo ocidental, 30 a 60% dos PC de pessoas com demência são os respetivos cônjuges, variando com o contexto sociocultural (Brodaty, 2005 cit. por Pereira & Mateos, 2006). Geralmente, na sua ausência a responsabilidade do cuidar é assumida pela filha, filho ou nora (Grelha, 2009; Figueiredo, 2007; Sequeira, 2010). Este facto associa-se à proximidade geográfica em que, normalmente, os cuidadores vivem próximo do idoso dependente.

Quanto ao estado civil, os casados constituem cerca de 70% daqueles que prestam cuidados a idosos, seguidos dos solteiros ou divorciados/separados correspondentes a 11%, e em proporções menos significativas os viúvos.

A nível da situação de emprego, os estudos indicam que cerca de *“64% dos cuidadores têm uma ocupação remunerada (52% a tempo inteiro e 12% a tempo parcial) e 16% dos cuidadores estão reformados”* (Figueiredo, 2007, p. 74).

É importante salientar que a frequência e o tipo de cuidados prestados se modificam de acordo com uma série de fatores, entre os quais: o grau (ligeiro, moderado ou severo) e tipo de dependência (física, mental ou ambas) da pessoa idosa, proximidade geográfica entre o PC e o idoso dependente, situação socioeconómica de ambas as partes, existência de apoio intra e extrafamiliar e género do cuidador (Paúl, 1997).

1.2. Necessidades e Problemáticas do Cuidador

Quando o indivíduo é confrontado com a doença crónica de um familiar, em que tem que assumir o papel de prestador de cuidados, *“os papéis têm que ser remodelados, as posições de status mudadas, os valores reorientados e as necessidades realizadas (...)”* (Majewski, 1986 cit. por Zagonel, 1999, p. 27). Neste sentido, *“Meleis’s theory of nursing transitions proposes that assisting people to manage life transitions is a key function of nursing”* (Chick e Meleis 2000, p. 658).

A promoção do processo de adaptação a prestador de cuidados merece a atenção particular dos enfermeiros, uma vez que têm por missão ajudar as pessoas a gerir as transições ao longo do ciclo de vida (Andrade, 2009). Assim, o enfermeiro deve assumir um papel importante nos períodos antecipatórios, de preparação para a mudança de papéis e de prevenção dos efeitos negativos sob o indivíduo. Sequeira (2007, p.19) reforça esta ideia, afirmando que *“cuidar destes ‘dadores de cuidados’ constitui uma via de eleição para garantir a qualidade do seu desempenho, a preservação da saúde e bem-estar da díade em interação (recetor/dador de cuidados) ”*.

Ao assumir o papel de prestador de cuidados, o indivíduo irá iniciar um período de mudança na sua vida, vivenciando dificuldades durante este processo,

“a transição para o exercício do papel do cuidador é um processo complexo que envolve muitas variáveis de forma interativa (...) com influência mútua, e, conseqüentemente, com valores preditivos diferentes, em função do cuidador, da pessoa dependente e do contexto em que se desenvolve a relação de prestação de cuidados” (Sequeira, 2010, p. 166).

De acordo com Rolland (1994, cit. por Figueiredo, 2007), o impacto da doença na dinâmica familiar desenvolve-se em três fases: crise, crónica e terminal. A fase de crise envolve a compreensão do diagnóstico e a adaptação às mudanças necessárias para que as pessoas possam lidar com os desafios. A fase crónica pode ser breve ou longa e requer que as pessoas identifiquem apoios, resolvam problemas e desequilíbrios nas relações e procurem manter a máxima autonomia para todos os membros. Por último, a fase terminal, durante a qual a família tem que lidar com a inevitabilidade da morte, perda, luto, separação e recomeço da vida.

Tendo como base os pressupostos teóricos da Teoria das Transições enquanto metodologia para a prática de enfermagem, Sequeira (2007) refere que

existem diferentes variáveis que concorrem para transição eficaz na adoção do papel do prestador de cuidados informal, relacionando a relação da prestação de cuidados contextualizada e centrada no contexto do dador e recetor de cuidados.

Vários estudos sugerem que as pessoas que prestam cuidados a familiares idosos durante longos períodos, frequentemente, sofrem alterações adversas em várias áreas da sua vida: alterações na vida familiar e social, problemas económicos e laborais, cansaço e desgaste prolongados a nível físico e psíquico (Brito, 2000).

A sobrecarga financeira é determinante na maioria das famílias cuidadoras. Esta sobrecarga pode ser de forma direta - gastos causados pela situação de doença, ou de forma indireta - gastos causados pela perda de capacidade de trabalho por parte do cuidador (Pereira & Mateos, 2006). A dificuldade monetária pode ser ainda acrescida nos casos de processos demenciais precoces, em que o próprio doente poderia ainda ser profissionalmente ativo.

Contudo, a disrupção da atmosfera familiar é frequentemente o problema mais grave, nomeadamente quando as capacidades da família em comunicar e adaptar-se a novos e sucessivos desafios são insuficientes. A situação de prestação de cuidados a um familiar idoso acarreta alterações não só na relação entre o PC e a pessoa dependente, como a nível das relações entre estes e os restantes familiares. A assunção da responsabilidade pela prestação de cuidados a um familiar idoso repercute-se a nível do relacionamento familiar e social, centrando-se em redes relacionais distintas: na relação entre o idoso e a pessoa que cuida dele, na relação conjugal da pessoa que presta cuidados e nas relações filiais, fraternais e extrafamiliares (Figueiredo, 2007). Alguns estudos apontam os seguintes motivos como geradores de conflito: desacordo relativamente à definição da doença/incapacidade e estratégias apropriadas, número de elementos da família necessários à prestação de cuidados e modo como apoiar o PC principal (Semple, 1992 & Aneshensel et al., 1995 cit. por Figueiredo, 2007).

As consequências da prestação de cuidados têm sido descritas em termos de mal-estar psicológico e de morbilidade física (Figueiredo, 2007).

A assunção da prestação de cuidados afeta a saúde física dos cuidadores, sendo que alguns estudos indicam a ocorrência de alterações no sistema imunitário, distúrbios do sono, fadiga crónica, hipertensão arterial e outras alterações cardiovasculares (Brodaty, 1999 cit. por Brito, 2000).

Diversos estudos indicam que estados de morbilidade psicológica tais como a depressão e ansiedade são manifestações afetivas e/ou emocionais presentes na maioria dos PC informais e formais, comprometendo invariavelmente a vivência do

processo de doença por parte do cuidador e também da pessoa recetora de cuidados (Mendes, 2008).

A presença de sintomas depressivos (tristeza, desesperança, frustração e ansiedade) em familiares cuidadores, pode estar associada à deterioração gradual do estado de saúde do idoso, à redução do tempo livre para o próprio cuidador e à ausência de apoios (Mendes, 2008).

De acordo com a literatura, os cuidadores informais do género feminino apresentam níveis mais elevados de sintomas depressivos quando comparados com o género masculino (Cuijpers, 2005 cit. por Mendes, 2008). Morris (1988 cit. Por Oppenheimer, 2000) refere que tal se verifica por as mulheres se envolverem mais emocionalmente na prestação de cuidados, manifestarem níveis mais elevados de tensão e possuírem maior dificuldade em aceitar apoio externo para a prestação de cuidados. Contudo, diversos estudos concluem que uma vez assumido o papel de cuidador, estas diferenças não são significativas.

Relativamente ao impacto a nível da atividade profissional e situação financeira, a assunção do cuidar de outra pessoa pode conduzir à necessidade de alteração do horário laboral, faltar ou mesmo abandonar e desistir do trabalho, diminuição do nível de concentração para o desempenho das tarefas, sensação de desempenho afetado pela prestação de cuidados, entre outros, tendo sempre em conta que as dificuldades variam de acordo com a extensão dos cuidados a prestar (Figueiredo, 2007).

Cuidar de um idoso em situação de dependência exige muito tempo e dedicação. Assim, frequentemente o PC não dispõe de tempo livre para si e de lazer. Estas restrições são resultado da ausência ou insuficiência de apoio externo, exigência de necessidades de cuidado por parte do idoso e existência de atividades profissionais (Figueiredo, 2007).

1.3. O Cuidador Informal como Mediador

Atualmente é reconhecida a importância e influência que o cuidador apresenta na evolução da demência, nomeadamente na frequência e severidade das complicações comportamentais e deterioração das capacidades funcionais do doente (Melo, 2005).

Desta forma, o papel do PC é reconhecido como central na abordagem multidisciplinar. Ajudar os doentes é impossível se não for dado apoio aos mais próximos destes, os PC, denominados por McQuaid (2001) como ‘doentes escondidos’ dado o risco de desenvolvimento de doenças associado ao cuidar de alguém dependente (Pereira & Mateos, 2006).

A equipa de cuidados deve incluir a família, aqueles que cuidam do doente e têm a responsabilidade de assegurar o seu bem-estar, desde os estadios iniciais tendo em conta que cada etapa abarca diferentes fontes de stress, requer diferentes estratégias de superação das dificuldades e envolve diversos recursos pessoais, sociais e económicos. (Melo, 2005; Figueiredo, 2007).

A parceria com a família é crucial para garantir uma atenção integral ao idoso. Assim, os cuidadores informais devem ser considerados enquanto elo de prestação de cuidados e ser alvo de atenção dos profissionais de saúde de forma a identificar as suas necessidades.

Vários estudos identificam a importância de desenvolver planos e intervenções com a finalidade de salvaguardar a integridade física, mental e emocional destes cuidadores. É importante proporcionar formação adequada aos cuidadores objetivando a melhoria dos cuidados prestados, prevenção de lesões e redução do nível de stress e sobrecarga; proporcionar opções de apoio; fornecer informação sobre a doença e sintomatologia associada.

1.4. A Investigação sobre o Cuidador Informal

Segundo a literatura, os CI de pessoas idosas quando comparados com pessoas que não têm essa responsabilidade, têm uma perceção da própria saúde como menor e pior, apresentam mais doenças crónicas e o sistema imunitário mais vulnerável (Vitalino et. al 2003; Figueiredo, 2007).

Diversos estudos referem que a prestação de cuidados durante longos períodos está associada a alterações ao nível do relacionamento familiar e extrafamiliar, a restrição das atividades sociais, de lazer, económicas e laborais, perda da estabilidade e previsibilidade de estilo de vida (Santos & Paúl, 2006; Figueiredo, 2007; Kelling et. al, 2008; Mendes, 2008). Os cuidadores informais valorizam as necessidades do idoso dependente que está a seu cargo em detrimento das suas próprias necessidades, por estas razões os cuidadores informais apresentam maior sobrecarga física, emocional e social.

As manifestações sintomáticas descritas pelos CI incluem cansaço, perturbação do sono e repouso, cefaleias, dores nas costas, diminuição do sistema imunitário, depressão, irritabilidade e stress (Mendes, 2008). Desta forma, a investigação produzida conclui que os cuidadores informais necessitam ser cuidados, escutados e apoiados (Grelha, 2009).

A literatura consultada aponta para a importância de identificar os cuidadores que possuem maior propensão de desenvolvimento stress, sobrecarga e sintomatologia depressiva, de forma a garantir a qualidade dos cuidados por eles prestados e a qualidade de vida tanto do cuidador como da pessoa dependente (Truzzi et. al, 2012).

2. CUIDAR DO DOENTE COM DEMÊNCIA

Embora muitos PC considerem a tarefa de prestar cuidados a um familiar idoso com demência como algo emocionalmente gratificante e uma oportunidade de enriquecimento pessoal, tal tarefa acarreta consequências negativas (Figueiredo, 2007). Nos casos em que a integridade física e cognitiva é seriamente afetada a complexidade da prestação de cuidados tende a aumentar dramaticamente (Figueiredo, 2007).

A demência impõe que sejam colmatadas as necessidades pessoais, sociais e clínicas associadas à supervisão constante das atividades de vida diárias do doente. Com o decurso da doença e a deterioração da capacidade cognitiva, os doentes com demência necessitam de ajuda no processo de tomada decisão e no planeamento da sua vida (Mendes, 2008). Cuidar de um idoso com demência tem sido reconhecido como uma das maiores fontes de stress para os cuidadores informais (Figueiredo, 2007).

Nos últimos anos, a investigação tem dado especial atenção às consequências negativas a nível da saúde e bem-estar físico, psicológico e social, associados à prestação de cuidados a idosos com demência (Figueiredo, 2007). Contudo, os apoios aos idosos com demência são escassos e deficientes, geralmente limitados a iniciativas dispersas, não integradas e raramente articuladas. A maioria dos auxílios é de origem privada ou social.

2.1. Demência: Caracterização e Dados Epidemiológicos

O conceito de demência tem evoluído ao longo dos anos. Existem múltiplas definições de demência, uma das mais abrangentes é a de Lishman (1998):

“síndrome de deterioração global e adquirida da inteligência, memória e personalidade, mas sem prejuízo da consciência” (Valente, 2006, p. 343).

Do ponto de vista etimológico, o termo demência deriva do latim *demens* ou *dementia* que significa *“privação da mente”, “perda das faculdades mentais, “desaparecimento da imaginação ou do julgamento”* (Marques et. al, 2006; Mendes, 2008; Bown & Ropper, 2005 cit. por Vigia, 2012). Alois Alzheimer e Emil Kraepelin são considerados os fundadores do conceito moderno de demência (Ballenger, 2006 cit. por Mendes, 2008).

A demência constitui a expressão clínica de múltiplas entidades patológicas, não é uma doença específica, mas uma síndrome, um conjunto de sintomas e sinais mais ou menos homogêneos, de etiologia multifatorial, abrangendo vários tipos de doença (Barreto, 2005). Este é caracterizado pela presença de défices adquiridos, persistentes e progressivos em múltiplos domínios cognitivos, sem que haja alteração do estado de consciência, e deterioração das faculdades intelectuais e funcionais suficientemente graves para afetar a competência nas atividades de vida diária, vida social e/ou profissional (Marques et al., 2006; Santana, 2005).

Atualmente, o conceito de demência é caracterizado por

“prejuízo da memória, do pensamento, do julgamento, e processamento da informação, bem como pelo desenvolvimento de outros défices cognitivos, como afasia, apraxia, agnosia, suficientemente graves para prejudicar o desempenho social ou profissional, apresentando uma deterioração do nível de funcionamento prévio, e algum grau de alteração da personalidade, na ausência de alteração do estado de consciência” (Valente, 2006, p. 353).

Barreto (2005, cit. por Sequeira, 2007, p. 58) menciona que a demência constitui *“uma situação adquirida e permanente de défice das faculdades mentais, onde se incluem as capacidades cognitivas, que integram a senso-percepção e a comunicação, as capacidades afetivas e volitivas, o comportamento e a personalidade”*. Os défices cognitivos deverão ser suficientemente graves para causarem diminuição do funcionamento ocupacional ou social e representarem um declínio em relação ao nível prévio de funcionamento (American Psychiatric Association, 2006).

Segundo Nunes (2005, cit. por Sequeira, 2010, p.90),

“demência é um termo genérico que caracteriza síndromes de etiologias diversas, cujo aspeto fundamental consiste na deterioração intelectual adquirida devido a uma causa orgânica não específica. Surge na sequência de uma doença cerebral, normalmente de natureza crónica, progressiva e com perturbação de múltiplas funções corticais, cuja característica essencial consiste com comprometimento da memória de fixação e evocação, associada ao comprometimento do pensamento abstrato, do julgamento de outras alterações da função cortical superior e de mudanças de personalidade.”

O quadro seguinte apresenta os critérios de diagnóstico propostos pela Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV):

QUADRO 1: Características de diagnóstico da Demência segundo o Manual de Diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais (4.ª Ed.) - DSM-IV

- A. Desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos manifestados tanto por:
 - (1) Diminuição da memória (diminuição da capacidade para aprender nova informação ou recordar informação previamente aprendida);
 - (2) Uma (ou mais) das seguintes perturbações cognitivas:
 - a. afasia (perturbação da linguagem),
 - b. apraxia (diminuição da capacidade para desenvolver atividades motoras apesar da função motora permanecer intacta),
 - c. agnosia (incapacidade de reconhecer ou identificar objetos apesar de a função sensorial permanecer intacta),
 - d. perturbação na capacidade de execução (isto é, planeamento, organização, sequenciamento e abstração).
- B. Os défices cognitivos nos critérios A1 e A2 podem causar deficiências significativas no funcionamento social ou ocupacional e representam um declínio significativo em relação a um nível prévio de funcionamento.
- C. Os défices não ocorrem exclusivamente durante a evolução de um *delirium*.

De acordo com a Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial de Saúde (ICD 10, WHO 1992, cit. por Castro-Caldas, 2005), a demência é definida como:

“Uma síndrome resultante da doença do cérebro, em geral de natureza crónica ou progressiva no qual se registam múltiplas alterações das funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem

e o raciocínio, (...). As perturbações das funções cognitivas são muitas vezes acompanhadas, e por vezes precedidas por deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação”.

O constructo de demência é semelhante nos dois sistemas classificativos, tanto no DSM-IV como no ICD 10, embora no último os critérios sejam definidos de forma mais precisa.

De uma forma sucinta, a definição da ICD 10 de demência contempla os seguintes critérios:

- Diminuição progressiva da memória e do pensamento, suficientemente marcada para limitar as atividades de vida diária.
- Existência de pelo menos seis meses de evolução e com possibilidade de estar associada a pelo menos uma das seguintes funções: linguagem, cálculo, julgamento, pensamento abstrato, praxias, agnosias ou modificações da personalidade.
- Carácter global e adquirido do défice opõe-se à deficiência eletiva de uma das funções cognitivas por um a lesão específica do encéfalo.

Esta definição é relativamente ampla e não implica uma alteração intelectual importante mas, apenas um declínio comparativamente a um estadio anterior. É importante excluir a possibilidade de confusão mental através da história clínica, exame do estado mental e outros exames.

As demências podem ser classificadas de acordo com diferentes abordagens: segundo a localização no cérebro decorrente do processo patológico ou conforme a doença subjacente. De acordo com diversos estudos, a maioria dos sistemas de classificação resultam da combinação destas perspetivas.

De acordo com a literatura é unânime afirmar que a prevalência e a incidência das demências aumentam com a idade, sendo uma das situações patológicas mais frequentes na população geriátrica (Santana, 2005).

As demências são relativamente incomuns em pessoas com idade inferior a 60 anos, sendo a prevalência de demência até esta idade inferior a 1% (Nunes, 2005; Sequeira, 2007). Vários estudos epidemiológicos acerca da prevalência da demência evidenciam um notável aumento da demência com o avançar da idade (Figueiredo, 2007). A partir dos 60 anos verifica-se uma duplicação da incidência por cada cinco anos, atingindo taxas de 24% aos 85 anos e perto dos 40% aos 90 anos (Spar e La Rue, 2005; Nunes, 2005; Garrett, 2005; Figueiredo, 2007). Em

idades superiores aos 90 anos as taxas de prevalência são, por vezes, superiores a 50%.

De acordo com Santana (2005), nos países ocidentais a prevalência situa-se na ordem dos 5% nas pessoas com idade superior a 65 anos. A mesma autora faz a extrapolação para a população portuguesa afirmando que “*em Portugal deverão existir mais de 50.000 casos de demência*” (Santana, 2005, p. 61).

Em termos futuros, as projeções apontam para um aumento em dobro a cada vinte anos, 42,3 milhões em 2020 e 81,1 milhões em 2040 (Figueiredo, 2007).

De acordo com a *American Psychiatric Association* (2006) dentro do contexto das doenças ligadas à idade, as demências são as que despertam maior preocupação uma vez que para além de constituírem um dos principais grupos responsáveis pela incapacidade e morte, são também culpadas por muitos dos gastos em saúde, “*constituindo um dos maiores problemas de saúde da população idosa da Europa.*” (Sequeira, 2010, p. 90).

A literatura refere ainda que numa fase precoce, o diagnóstico de demência é complexo e difícil devido a múltiplos fatores como a idade, escolaridade, nível sociocultural, a comorbilidade e até a presença de alterações comportamentais/funcionais causadas por outros problemas (Tedim et al., 2004, cit. por Sequeira, 2007). Desta forma, o diagnóstico é habitualmente realizado quando já existem repercussões funcionais, na presença do doente e cuidador, uma vez que, a demência constitui um processo insidioso, que necessita de ser avaliado ao longo de um determinado período de tempo (Elias e col., 2000, cit. por Sequeira, 2007).

A maioria dos quadros clínicos de demência apresenta um perfil progressivo crónico, lento e com uma duração superior a um ano (Santana, 2005).

O risco de sofrer de demência pode ser influenciado por uma diversa de fatores, mais ou menos conhecidos (Figueiredo, 2007). Contudo, nenhum fator de risco é, por si só, causador da doença. Desta forma, a investigação identificou fatores de risco e fatores de proteção relativos à demência. Relativamente à idade é conhecido que pessoas com idade superior a 60 anos apresentam maior risco. Os estudos demonstram também que as mulheres têm maior probabilidade de sofrer de demência. O papel da história familiar e fatores genéticos não é ainda claro, alguns estudos referem que os parentes em primeiro grau de pessoas com demência têm três a quatro vezes maior risco de desenvolver síndrome demencial, enquanto outros mencionam que este facto não é ainda claro (Figueiredo, 2007). Os estudos indicam que a demência é menos comum em pessoas com níveis educacionais elevados. Quanto às doenças vasculares, a

investigação refere que as pessoas afetadas por estas patologias têm um risco maior de desenvolver demência, mencionam ainda que aproximadamente um terço das pessoas que sobrevivem a acidentes vasculares cerebrais (AVC) sofrem de demência (Figueiredo, 2007). No que concerne aos estilos de vida, as pessoas que fumam possuem um risco maior de padecer de demência associado ao maior risco de desenvolver doenças coronárias e vasculares, também as pessoas que consomem quantidades álcool em excesso apresentam maior risco (Figueiredo, 2007). De acordo com alguns estudos as pessoas que sofrem de depressão detêm maior risco de sofrer de demência contudo, este fator não é ainda claro podendo ser interpretado como um sintoma inicial da demência. Relativamente aos fatores protetores, alguns estudos sugerem que a toma de medicação anti-inflamatória e terapia hormonal de substituição correm menos risco de desenvolver demência (Figueiredo, 2007).

2.2. Sintomatologia e Limitações nas Atividades de Vida Diária

Ao longo do processo de envelhecimento existe uma deterioração progressiva a nível funcional provocada sobretudo por dois fatores: (1) aparecimento de uma ou várias doenças crónicas derivadas de processos crónicos fortemente associados à idade; e/ou (2) perda geral das funções fisiológicas, devidas ao processo global de envelhecimento e à perda de vitalidade (Vigia, 2012).

O aparecimento de uma síndrome demencial tem repercussões de um modo global na vida do doente, o que implica uma necessidade crescente de cuidados de outrem (Sequeira, 2010).

A demência implica necessidades a nível pessoal, social e físico, exigindo a supervisão constante nas atividades de vida diária (AVD's) dos doentes. Ao longo da evolução da doença as limitações a nível funcional e cognitivo aumentam, exigindo maior necessidade de ajuda (Figueiredo, 2007).

Durante muito tempo foi atribuída maior importância às alterações cognitivas sofridas por constituírem manifestações que permitem realizar diagnóstico clínico (Barreto, 2005). Contudo, as alterações comportamentais ocorrem em 80-90% dos doentes com demência, sendo responsáveis pelo

agravamento da sobrecarga emocional nos cuidadores e causa de institucionalização dos doentes (Barreto, 2005).

Desta forma, são os sintomas comportamentais e psicológicos, e não os aspetos cognitivos, que frequentemente geram maior perturbação tanto no doente como nos prestadores de cuidados.

De acordo com Lawlor (2006, p. 267), os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD) constituem um “*termo descritivo que engloba um conjunto heterogéneo de sintomas e comportamentos que ocorrem frequentemente em indivíduos com demência de qualquer tipo*”. Este conjunto de sintomas inclui não só comportamentos observáveis mas também sintomas psicológicos experienciados pelo doente (Finkel et al., 1996 cit. por Lawlor, 2006).

Segundo Jentoft (2002, cit. por Figueiredo, 2007) a sintomatologia psicológica e comportamental característica na demência pode ser organizada em dois grupos: sintomas de comportamento, passíveis de serem identificados mediante a sua observação (agressividade física ou verbal, agitação psicomotora, desinibição, insónia, etc.); e sintomas psicológicos, identificáveis mediante entrevista com o doente e familiares cuidadores (ansiedade, atividade delirante e alucinatória, depressão, etc.).

A prevalência dos SCPD é elevada em populações inseridas em contexto comunitário, entre as quais “61% dos indivíduos apresentam pelo menos 1 sintoma e 32% atingem níveis de SCPD clinicamente significativos” (Lawlor, 2006, p. 267).

A persistência dos SCPD varia significativamente ao longo do tempo. Estes sintomas surgem de forma irregular no decurso da doença, sendo que a sua prevalência altera-se em função da causa e fase da demência, do ambiente em que o doente se encontra inserido e de outros fatores (Lawlor, 2006; Figueiredo, 2007).

A etiologia dos SCPD assenta em vários aspetos: biológicos, psicológicos e sociais (Lawlor, 2006).

As alterações comportamentais e psicológicas no decurso do processo demencial traduzem-se num largo espectro de manifestações, desde estados de apatia e depressão, ansiedade, inquietação psicomotora e hiperdeambulação, agitação verbal e motora, agressividade verbal e física, desconfiança, desinibição, atividade delirante e alucinatória, comportamentos alimentares inadequados, acumulação de objetos, alteração do padrão de sono (insónia), movimentos e discurso repetitivos (Barreto, 2005).

QUADRO 2: Sintomas comportamentais e psicológicos na demência

Sintomas Psicológicos	Sintomas Comportamentais
<ul style="list-style-type: none">• Delírio• Alucinação• Paranóia• Depressão• Ansiedade• Falsos reconhecimentos	<ul style="list-style-type: none">• Agressividade verbal e física• Agitação psicomotora• Comportamento social inadequado• Perturbações do sono

A sintomatologia psicótica é comum nos estadios moderado e grave da demência e ocorrem precocemente nos casos de demência de corpos de Lewy (DCL). Os sintomas psicóticos surgem após a instalação dos défices cognitivos e a sua prevalência aumenta com o agravamento da doença. Relativamente ao quadro de sintomas, os delírios ocorrem mais frequentemente do que as alucinações e nestas as visuais são mais comuns que as auditivas. A atividade delirante ocorre em cerca de um quarto ou terço dos doentes com demência, sendo que os temas mais comuns são de roubo, ciúme e persecutório (Barreto, 2005).

Os sintomas depressivos são comuns na demência, verificando-se uma associação variável entre a depressão e o estadio e severidade da doença. A depressão pode surgir numa fase inicial da demência, particularmente na demência de Alzheimer (DA), ou ocorrer numa fase tardia, associado à evolução da patologia nas regiões do tronco cerebral. Os sintomas de apatia e depressão surgem, muitas vezes, associados à consciência que o doente possui das suas falhas e declínio cognitivo.

Relativamente à agitação psicomotora, a sua frequência aumenta com a severidade da demência e é relativamente persistente. A inquietação psicomotora ou agitação, pode existir sob a forma verbal ou física, podendo chegar mesmo à agressividade. A forma de inquietação mais frequente e perturbadora é a poriomania. A frequência da agressividade aumenta com a severidade da demência e pode ser relativamente persistente. De acordo com a literatura existem dois tipos de agressividade relatados em doentes com demência: agressividade impulsiva, que ocorre espontaneamente e é originada por fatores internos, e resistência agressiva, habitualmente desencadeada pela prestação de cuidados diretos (Barreto, 2005).

Cerca de 80% dos doentes com demência apresenta alguma forma de comportamento repetitivo (Barreto, 2005). Este comportamento está relacionado com uma disfunção na capacidade executiva pelo que a sua extinção é difícil.

Os problemas de sono constituem 25 - 43% da sintomatologia observada em doentes com demência (Moran et al., 2005 cit. por Lawlor, 2006). Geralmente, os doentes com demência passam mais tempo despertos e acordam mais vezes durante a noite do que os idosos sem demência, o que causa maior sobrecarga para os PC, comprometendo a sua capacidade para lidar com o doente em casa (Lawlor, 2006).

O comportamento sexual inapropriado é pouco comum, ocorrendo em menos de 3% dos doentes com demência. A desinibição sexual está associada, quase invariavelmente, à lesão dos circuitos orbito-frontais causada pelo processo demencial.

2.3. Cuidar do Doente com Demência: Desafios

O envelhecimento mundial é considerado por muitos como um grande desafio para a política global do século XXI em termos sociais e económicos em contexto dos serviços de saúde (Santos & Paúl, 2008).

As projeções demográficas predizem concomitantes aumentos no número de pessoas idosas com demência, sendo reconhecido teoricamente que face à incapacidade funcional e cognitiva da pessoa idosa com demência, tradicionalmente é a família a principal fonte de cuidados. Contudo, de acordo com vários estudos a disponibilidade dos PC informais, em particular a família irá declinar futuramente (Figueiredo, 2007). Desta forma, deparamo-nos com o desafio de colmatar a parca oferta de ajudas e apoios eficazes destinados às pessoas que os PC têm a seu cargo e para os próprios.

Atualmente, presenciamos uma era em que a economia da saúde mental tem assumido cada vez maior importância e visibilidade (Santos & Paúl, 2008). De acordo com Leuschner (2005, p.182) *“a situação atual caracteriza-se por cuidados inadequados às necessidades dos idosos e insuficiente atenção aos determinantes da autonomia e independência”*.

O mesmo autor refere que os cuidados de saúde não se encontram pensados e organizados de forma a darem a melhor resposta a uma população cada vez mais envelhecida, verificando-se insuficiência na prestação de cuidados

domiciliários e obstáculos na equidade de acesso aos serviços de saúde o que leva a internamentos evitáveis ou em locais não adequados (Leuschner, 2005).

Os idosos portadores de problemas de saúde física e mental graves encontram-se frequentemente em situações de fragilidade e de grande vulnerabilidade face ao meio que os rodeia (Santos & Paúl, 2006).

A investigação tem revelado que quando se comparam PC de idosos com outras pessoas que não detêm esta responsabilidade, os primeiros percecionam a sua saúde como sendo pior, apresentam maior número de doenças crónicas e um nível pior de saúde global (Figueiredo, 2007).

Vários estudos apontam índices mais elevados de ansiedade e depressão em PC de pessoas com demência quando comparados com cuidadores de pessoas não dementes (Melo, 2005). Neste sentido, Tennstedt (1999, cit. por Figueiredo, 2007) sublinha a importância de estudar separadamente os cuidadores informais de idosos com e sem demência dada a natureza da dependência e experiências associadas ao cuidar serem divergentes. Segundo Ory et al. (1999 cit. Por Sequeira, 2010) o impacto da tarefa de cuidar de um idoso dependente é superior nos casos em que estes têm demência. De acordo com este autor, os cuidadores de idosos dependentes com demência possuem mais problemas de saúde física e mental, menos tempo livre e de lazer, mais conflitos familiares e mais problemas profissionais (Figueiredo, 2007).

As repercussões da doença mental na família são reconhecidas, nomeadamente após a desinstitucionalização psiquiátrica, sobretudo pelo insuficiente apoio dado aos cuidadores (Pereira, 2006).

A demência é reconhecida como uma patologia do envelhecimento que conduz a um aumento progressivo da incapacidade funcional e cognitiva do idoso. Esta apresenta repercussões no doente e no familiar cuidador: priva o doente de memória, capacidade de raciocínio, personalidade e autonomia, destituindo simultaneamente a família de um ente querido de forma particularmente penosa. Enquanto os familiares assistem à deterioração cognitiva, emocional e física da pessoa são obrigados a introduzir alterações no seu estilo de vida, nomeadamente a nível dos papéis desempenhados e a assumir cada vez mais responsabilidades.

O nível de sobrecarga familiar causado pelas demências é reconhecido como um problema de saúde pública, sendo que, há cada vez menos PC jovens para um número cada vez maior de idosos doentes e as insuficiências relativas ao suporte social e de saúde são hoje uma realidade (Pereira, 2006).

As alterações do comportamento são as principais causadoras de stress nos PC e de crise no seio familiar, provocando sobrecarga e desgaste emocional (Barreto, 2005).

2.4. Sintomatologia Psiquiátrica do Cuidador

No contexto da demência o processo de cuidar apresenta repercussões significativas na saúde do PC tanto a nível psicológico como físico.

A investigação tem confirmado que a prestação de cuidados a familiares idosos com demência constitui uma sobrecarga física e psicológica, e que a depressão é uma alteração de saúde efetiva entre estes PC (Brito, 2000).

Os cuidadores de pessoas com demência estão expostos durante muitos anos a exigências físicas e emocionais, consideradas como stressores crónicos, que podem gerar distresse e fatores de risco para comportamentos não adaptativos (Vitalino et. al, 2003 cit. por Mendes, 2008). Como afirma Tremont (2011, p. 36) no seu estudo acerca de cuidadores familiares na demência, *“there is evidence that providing care for an individual with dementia is more stressful than caring for a physically-impaired older adult”*.

Ao longo do processo de prestação de cuidados, o PC encontra-se sujeito a um conjunto de condições como preocupação constante, situações de conflito, perda, luto, raiva, culpa e ressentimento que, depressa conduzem a estados de morbilidade aumentada nos cuidadores (Brito, 2000).

Segundo vários estudos, é na área da saúde mental que os efeitos da prestação de cuidados mais se fazem notar, verificando-se níveis de depressão e ansiedade superiores aos da população em geral (Paúl, 1997; Covinsky et. al, 2003; Brito, 2000; Figueiredo, 2007; Sequeira, 2010; Truzzi et. al, 2012).

Os PC de idosos com demência tendem a apresentar níveis mais elevados de depressão e stress, ansiedade, irritação, fraca saúde percebida, mais problemas laborais, maior consumo de psicofármacos e menor tempo de lazer do que aqueles que prestam cuidados a idosos sem demência (Ory et al., 1999; Covinsky et. al, 2003; Figueiredo, 2007).

Segundo Mahoney et. al (2005), as perturbações de ansiedade e a sua sintomatologia podem constituir um problema de saúde mental dos CI de pessoas com demência, associando-se muitas vezes a quadros de morbilidade disfórica.

De acordo com Figueiredo (2007), a depressão e a ansiedade são dois dos problemas mencionados pela maioria dos cuidadores informais. Vários estudos revelaram a presença de sintomas depressivos, sentimentos de ansiedade e preocupação pelo estado de saúde do familiar e do próprio, pelos conflitos familiares associados, pela falta de tempo, em familiares cuidadores de idosos com demência (Covinsky et. al, 2003; Levine, 2003; Figueiredo, 2007).

A depressão é considerada como o quadro clínico mais frequente, manifestando-se normalmente um ano após o início da assunção dos cuidados (Brito, 2000). Como refere Covinsky et. al (2003, p. 1006) no seu estudo sobre a depressão em cuidadores de pessoas com demência “*depression is one of the most important potential adverse consequence for caregivers*”. De acordo com Begany et al. (1996, cit. por Brito, 2000) cerca de metade dos cuidadores de familiares com demência apresentam sintomas depressivos, causados pelo isolamento social e ao stress constante a que estão submetidos.

A investigação realizada por Paúl (1997) demonstra que a taxa de depressão em PC a idosos acamados varia entre os 43 e os 46%, ou seja três vezes superior às taxas da população em geral. Os estudos de Levine (2003) e de Tremont (2008) constataram que cerca de um terço dos cuidadores de pessoas com demência inquiridos reportaram seis ou mais sintomas depressivos. Segundo o estudo de García-Alberca et al. (2012) cerca de 50% dos cuidadores de idosos com DA apresentavam sintomas de ansiedade e depressão clinicamente significativos. Mais recentemente, o estudo sobre depressão entre os familiares cuidadores de pessoas com demência conduzido por Hashimoto et al. (2013) no Japão verificou que 45,5% destes cuidadores se encontrava deprimido.

De acordo com diversos estudos, a depressão em cuidadores resulta de um complexo sistema de fatores entre os quais surgem as características do prestador de cuidados e do doente. Contudo, ainda não foram claramente identificados os fatores que podem precipitar estas alterações na saúde mental dos PC.

A literatura sugere uma forte associação entre a existência de sintomas comportamentais e psicológicos em doentes com demência e os níveis de sobrecarga e depressão nos seus cuidadores (Garrido et al., 1999 cit. por Sobral, 2006; Kim et. al, 2013). Covinsky et. al (2003, p. 1006) refere que “*there is strong evidence that difficult patient behaviors such as anger and aggressiveness influence caregiver depression*”. Os estudos de Ferrara et. al (2008) e Kim et al. (2013) concluíram que a qualidade de vida dos cuidadores está diretamente relacionada com a severidade dos sintomas comportamentais e com a duração da doença.

Alguns investigadores referem que as diferenças relativas ao género do PC podem ser um fator importante, mencionando que as mulheres tendem a apresentar níveis de tensão mais elevados relacionados com a dificuldade em aceitar apoio externo para os cuidados (Brito, 2000; Covinsky et. al, 2003; Mahoney et. al, 2005; García-Alberca et. al, 2012).

Verifica-se relação entre a existência de sintomatologia depressiva e outras variáveis como grau de parentesco e situação de emprego, associado ao maior ou menos número de horas despendidas na prestação dos cuidados (Covinsky et. al, 2003; Mahoney et. al, 2005; Kim et. al, 2011; García-Alberca et. al, 2012). Vários estudos indicam ainda que, *“caregivers with poorer health, or fewer financial resources, are at higher risk for depression”* (Covinsky et. al, 2003, p. 1006). Relativamente ao tipo de cuidados prestados e tempo consumido, o estudo de Kim et. al (2013, p. 11) menciona que *“depressed caregivers spent more time on physical care as well as watching their patients than non-depressed caregivers”*.

O estudo de Rosness et. al (2011) constatou que os cuidadores mais jovens e casados apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva e que os que recebem apoio de enfermagem ao domicílio estão mais protegidos de apresentarem sintomas depressivos. Não obstante, não foi ainda claramente, comprovada a relação com a idade, estado civil, características sociodemográficas e apoio nos cuidados (Paúl, 1997; Covinsky et. al, 2003; García-Alberca et al., 2012).

A investigação de Mahoney et. al (2005), concluiu que uma fraca qualidade da relação entre o cuidador e a pessoa dependente constitui um preditor tanto de depressão como ansiedade no cuidador. Constata-se ainda que os cuidadores que coabitam com a pessoa dependente apresentam maior tendência para ansiedade do que depressão (Mahoney et. al, 2005).

Deste modo, no que concerne à situação de saúde dos PC constata-se que a forma como este percebe a sua saúde influencia mais o desenvolvimento de estados depressivos do que as características objetivas da sua situação. (Brito, 2000). Assim, a saúde mental e física dos PC relaciona-se sobretudo com o stress percebido, que atua como mediador em relação às outras variáveis.

O estudo de Covinsky et. al (2003, p. 1009) concluiu que *“patient characteristics that predicted depression included younger patient age and dementia severity (...). Caregiver characteristics that predicted depression included low levels of financial resources, the relationship to the patient, more hours spent caregiving, and poor caregiver functional status.”*

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA DO ESTUDO

Neste capítulo serão abordados os aspectos metodológicos que serviram de referência à realização do estudo.

Segundo Fortin (1999, p. 372), entende-se por metodologia “*o conjunto de métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica*”. Deste modo, nesta parte do trabalho são apresentadas as questões metodológicas relativas ao projeto de investigação, caracterizando o tipo de estudo e o paradigma em que se baseia. Inicialmente são expostos os objetivos e as hipóteses de investigação. Em seguida, são descritos os métodos de operacionalização do estudo de investigação, nomeadamente: tipologia do estudo, método de colheita de dados, participantes do estudo, questões éticas de investigação, e tratamento e análise de dados.

1.1. Objetivos e Hipóteses de Investigação

Segundo Fortin (1999, p. 101) a questão de investigação “*é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar*” constituindo uma “*(...) interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações*” (Fortin, 1999, p. 51 e 101). Trata-se de um enunciado interrogativo, não inequívoco, claro, que precisa os conceitos chave, especifica a natureza da população em estudo e sugere uma investigação empírica (Costa, 2012).

Desta forma, inicialmente foi traçada a seguinte questão de partida: “Em que medida existe uma associação entre cuidar de doentes com demência e o desenvolvimento de sintomatologia psiquiátrica?”.

Quivy e Campenhoudt (2005) relatam que uma boa questão de partida deve respeitar três níveis de exigência: clareza, exequibilidade e pertinência, de modo

a constituir o fio condutor do trabalho de investigação. Acreditamos que a questão de partida formulada cumpre com os requisitos enunciados por estes autores, concretamente: qualidade de clareza, pela precisão e concisão dos conceitos; qualidade de exequibilidade, por ser realista, porque decorre de uma realidade concreta e sobre a qual podemos atuar; qualidade de pertinência, porque se propõe a elucidar sobre uma problemática de saúde concreta, com relevância contemporânea e para a prática de enfermagem, na qual os enfermeiros podem intervir com ganhos em saúde.

A finalidade do presente estudo é compreender até que ponto a prestação de cuidados a pessoas com demência pode gerar sintomatologia psiquiátrica nos cuidadores informais e contribuir para o desenvolvimento de intervenções específicas de enfermagem orientadas para a promoção da saúde mental dos cuidadores informais de pessoas com demência.

Em concordância, definimos para o estudo os seguintes objetivos:

- Identificar a presença de sintomatologia psiquiátrica nos prestadores de cuidados de pessoas com demência;
- Avaliar a relação entre a dependência nas atividades básicas de vida diária e a presença de sintomatologia psiquiátrica no prestador de cuidados;
- Avaliar a relação entre a dependência nas atividades instrumentais de vida diária e a presença de sintomatologia psiquiátrica no prestador de cuidados;
- Avaliar a associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e a presença de sintomatologia psiquiátrica.

1.2. Hipóteses e Variáveis de Investigação

De acordo com os objetivos traçados foram identificadas as seguintes hipóteses de investigação:

- H₁: Existe evidência da presença de sintomatologia psiquiátrica nos cuidadores de pessoas com demência;
- H₂: Existe uma associação estatisticamente significativa entre a avaliação das várias ABVD e as dimensões psiquiátricas somatização, depressão e ansiedade;

- H₃: Existe uma associação estatisticamente significativa entre a avaliação das várias AIVD e as dimensões psiquiátricas somatização, depressão e ansiedade;
- H₄: Existe uma associação estatisticamente significativa entre a presença de antecedentes psiquiátricos familiares e a sintomatologia psiquiátrica;
- H₅: Existe uma associação estatisticamente significativa entre o estadio da demência da pessoa cuidada e a presença de sintomatologia psiquiátrica.

Relativamente às variáveis, estas são definidas como entidades que podem ou não ser controlados pelo investigador com o objetivo de analisar quaisquer efeitos que possam ter ou ter tido no fenómeno em estudado (Carmo & Ferreira, cit. por Silva, 2009).

Assim, neste estudo foi definida como variável independente a “presença de sintomatologia psiquiátrica”. Definimos como variáveis dependentes, as atividades básicas de vida diária (monitorizadas através do Índice de Barthel), as atividades instrumentais de vida diária (monitorizadas através da EAVDLB), o “estadio a demência” da pessoa dependente e os “antecedentes psiquiátricos familiares”.

As restantes variáveis relativas à caracterização sociodemográfica e clínica tanto do cuidador como da pessoa alvo de cuidados foram denominadas como variáveis de contexto.

1.3. Tipologia do Estudo de Investigação

O presente estudo enquadra-se no paradigma quantitativo e consiste num estudo do tipo descritivo e correlacional. Através deste trabalho pretendeu-se conhecer a realidade dos cuidadores informais de pessoas com demência e de que forma a sua prestação de cuidados pode gerar sintomatologia psiquiátrica.

Fortin menciona que o desenho do estudo de investigação é “(...) *o plano lógico e elaborado pelo investigador, para obter respostas às questões de investigação*” (1999, p. 40). Relativamente ao desenho, podemos considerar que a investigação apresentada corresponde a um estudo descritivo e correlacional dado que, se pretende “(...) *tentar explorar e determinar a existência de relações entre*

variáveis, com vista a descrever relações.”, ou seja, procura verificar a existência de uma relação entre o cuidar de pessoas com demência e o desenvolvimento de sintomatologia psiquiátrica (Fortin, 1999, p. 369).

Este é um estudo transversal na medida em que, fornece informações acerca de uma situação num determinado momento, ou seja, a colheita de dados é realizada uma única vez e num determinado intervalo de tempo.

1.4. Participantes do Estudo

Segundo Fortin uma população é *“uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”* (1999, p. 202). A mesma autora define o conceito de ‘amostra’ como um *“subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”* (Fortin, 1999, p. 202).

A inclusão de um grupo de sujeitos enquanto amostra de um estudo de investigação deriva da sua condição de ligação ao fenómeno em estudo. A seleção dos elementos que constituem os participantes do estudo, assume um papel importante no trabalho de investigação científica, uma vez que, deles depende, em grande parte, a consecução dos objetivos propostos inicialmente. Segundo Fortin (1999), a escolha dos participantes deve ser realizada por meio de critérios de seleção que asseguram uma relação íntima dos participantes com a experiência que se quer descrever e analisar.

No presente estudo, fazem parte da população alvo os pares prestador de cuidados informal principal/pessoa dependente com diagnóstico clínico de demência inscritos no programa de visitação domiciliária do Serviço de Psicogeriatrria de um hospital psiquiátrico da região norte do país.

Todavia, tendo em conta as dimensões da popula o, bem como os recursos disponíveis, materiais e humanos, e o fator tempo, este estudo não recairá sobre a totalidade da popula o alvo, mas sobre a popula o acessível. De acordo com Fortin a popula o alvo   *“constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de sele o definidos antecipadamente”* enquanto a popula o acessível   *“constituída pela porão da popula o alvo que   acessível ao investigador”* (1999, p. 202).

O grupo de informantes será selecionado de acordo com uma técnica de amostragem não probabilística, ou seja, de acordo com os interesses e

conveniência da pesquisa. Trata-se de uma amostra não probabilística cuja amostragem é acidental pois é *“formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num determinado local, num momento preciso”* (Fortin, 1999, p. 208). Este tipo de amostragem teve como vantagens a ausência de custos e a sua fácil operacionalização. Os cuidadores selecionados por conveniência para o grupo de informantes serão aqueles com quem contactamos no contexto de visitação domiciliária.

A caracterização da população alvo é feita pelo investigador que estabelece critérios de seleção para o estudo, precisa a amostra e determina o seu tamanho (Fortin, 1999).

Como critérios de inclusão do grupo de informantes, nomeamos:

- ter idade superior ou igual a 18 anos;
- ser prestador de cuidados informal e primário;
- manifestar disponibilidade para colaborar no estudo, mediante aceitação expressa através ‘Consentimento Informado’
- a pessoa dependente ter diagnóstico médico de demência;
- a pessoa dependente encontrar-se inscrita no programa de Visitação Domiciliária do Serviço Psicogeriatria;

Definimos como critérios de exclusão:

- os prestadores de cuidados com idade inferior a 18 anos por não possuírem estatuto de adulto, e por conseguinte, capacidade legal de tomada de decisão.

1.5. Instrumentos de Recolha de Dados

De forma a facilitar a avaliação da situação dos PC informais e dos idosos dependentes torna-se imperativo a utilização de instrumentos de colheita de dados que permitam a obtenção da informação pretendida.

Segundo Fortin (1999), num estudo descritivo o investigador deve escolher um método de colheita de dados mais estruturado como o questionário, a entrevista estruturada ou semi-estruturada.

Para a recolha de dados recorreremos à utilização do questionário e outros três instrumentos.

De acordo com Fortin (1999, p. 374) o questionário é “*um conjunto de enunciados ou de questões que permitem avaliar as atitudes, as opiniões e o resultado dos sujeitos ou colher qualquer outra informação junto dos sujeitos*”. Segundo a literatura, a aplicação do questionário apresenta vantagens ao nível do tempo e custos, permite um melhor controlo dos enviesamentos e é uma ferramenta essencial de medição para colher dados específicos (Fortin, 1999; Kumar, 2005; Oppenheim, 2000).

O questionário realizado possui o objetivo de recolher dados sociodemográficos do contexto e de natureza clínica, que inclui também o Índice de Barthel e a Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody (EAVDLB), aplicados aos doentes com demência, e o Inventário Breve de Sintomas (BSI) aplicado aos cuidadores.

O Índice de Barthel e a EAVDLB são amplamente utilizados para avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária. O primeiro, possibilita a avaliação do grau de dependência nas atividades básica da vida diária e é instrumento frequentemente utilizado na prática clínica e na investigação. A EAVDLB baseia-se na avaliação das atividades instrumentais da vida diária em indivíduos com e sem demência: cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, ir às compras, utilização do telefone, utilização de transporte, gestão do dinheiro e gestão da medicação. A opção por este instrumento prendeu-se com o facto deste se mostrar útil para avaliação do grau de dependência do indivíduo em sete grupos de atividades de vida diária. Por sua vez, o BSI é um instrumento de medida de autorrelato desenhado para avaliar a sintomatologia psiquiátrica geral. Este instrumento avalia nove dimensões sintomáticas: “*depressão, somatização, hostilidade, sensibilidade interpessoal, ansiedade, ideação paranóide, obsessão-compulsão, ansiedade fóbica e psicoticismo*” (Coutinho et al., 2010, p. 146). Foi adaptado para Portugal por Canavarro, revelando possuir boas qualidades (Coutinho et al., 2010).

A seleção destes instrumentos obedeceu à sua especificidade, adequação aos objetivos do estudo, sensibilidade às características da amostra envolvida e encontrarem-se validados para a população idosa portuguesa.

O questionário foi administrado de forma indireta, ou seja, o próprio inquiridor completou-o a partir das respostas que lhe foram fornecidas pelo inquirido (Quivy & Campenhoudt, 2005).

A aplicação do instrumento de colheita de dados foi efetuada após um agendamento prévio, conforme a disponibilidade do prestador de cuidados, no domicílio do cliente.

1.5.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico

De forma a obter a caracterização sociodemográfica e clínica dos cuidadores informais e idosos dependentes acolhidos neste estudo, foi necessária a elaboração de um questionário que abordasse as variáveis importantes e necessárias para a investigação.

Desta forma, o questionário de cariz sociodemográfico e clínico foi idealizado tendo por base os objetivos da investigação, as variáveis metodológicas e a revisão da literatura efetuada anteriormente.

Através das variáveis de caracterização pretendeu-se os cuidadores do ponto de vista sociodemográfico e da prestação de cuidados. Estas variáveis foram abordadas através da colocação de perguntas do tipo abertas e fechadas de resposta única ou múltipla.

1.5.2. Índice de Barthel

As atividades de vida diária são compostas por três sub-tipos:

- Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) - relacionadas com o autocuidado;
- Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) - descrevem as atividades necessárias para adaptação ao ambiente. Dizem respeito à capacidade que a pessoa possui de interagir com a sociedade, meio hospitalar e meio ambiente de forma a manter a sua independência;
- Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) - permitem à pessoa a sua participação em atividades de âmbito social, recreativo e ocupacional (Oliveira & Villaverde, 2001, citados por Araújo et. al, 2008).

O Índice de Barthel constitui um dos instrumentos de avaliação das atividades básicas da vida diária mais vulgarmente utilizado na prática clínica e na investigação. Este índice possibilita a avaliação da capacidade funcional do idoso, determinar o grau de dependência de forma global e de forma parcelar para cada atividade (Araújo et. al, 2007; Sequeira, 2010).

Este índice é composto por dez atividades básicas de vida: alimentação, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, vestir, controlo intestinal, controlo vesical, deambulação, transferência cadeira-cama e subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965). Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, sendo a independência pontuada com valores de “5, 10 ou 15” pontos de acordo com níveis de diferenciação. A cotação global varia entre 0 a 100 pontos, a pontuação mínima de zero corresponde à máxima dependência para todas as atividades de vida diária avaliadas e a máxima de cem equivale a independência total, ou seja, quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência e vice-versa (Araújo et. al, 2007).

É um instrumento frequentemente utilizado na prática clínica e em contexto de investigação, encontrando-se validado para a população portuguesa, nomeadamente para em amostras de idosos não institucionalizados (Araújo et. al, 2007; Sequeira, 2010). Apresenta como vantagens a sua fácil aplicação, baixo custo de aplicação, o poder ser repetido periodicamente e o consumir pouco tempo no seu preenchimento. Possui ainda, valores de fidelidade e validade consistentes.

1.5.3. Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody

A escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody (1969) tem sido amplamente utilizada com o objetivo de avaliar o grau de dependência nas atividades instrumentais.

Uma das escalas mais utilizadas para avaliação da funcionalidade instrumental foi desenvolvida por Lawton e Brody (1969). A Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody (EAIVD) constitui uma medida genérica para avaliação do nível de independência da pessoa idosa no que se refere à realização das AIVD.

A EAIVD é um instrumento apropriado para avaliar a capacidade de viver de forma independente, composto por oito atividades instrumentais (cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, ir às compras, utilização do telefone, utilização de transporte, gestão do dinheiro e gestão da medicação) (Lawton e Brody, 1969). Cada item apresenta 3, 4 ou 5 níveis diferentes de dependência, pelo que cada atividade é pontuada de “1 a 3”, de “1 a 4” ou de “1 a 5”, em que

a maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência (Sequeira, 2010). Neste estudo é utilizada a versão do Índice de Lawton e Brody validada para a população portuguesa por Araújo et. al (2010), cuja cotação global não apresenta pontos de corte, variando de forma inversamente proporcional ao grau de dependência.

A EAVD de Lawton e Brody apresenta diversos pontos fortes subjacentes à sua aplicação como fácil emprego e interpretação, não exigir utilizadores especializados para a sua aplicação, baixo custo associado, consumo de pouco tempo no preenchimento e ainda, a sua utilidade ao nível do rastreio precoce da incapacidade. Não obstante, existem também pontos fracos associados a este instrumento como o facto de algumas das atividades descritas poderem ser influenciadas pela cultura e género, uma vez que, em algumas culturas estas tarefas são tradicionalmente executadas por mulheres e ainda, o facto de não se encontrar adaptada a pessoas institucionalizadas.

A escala de Lawton de Brody (1969) tem sido amplamente aceite como um instrumento de avaliação válido e de confiança (Cromwell et. al, 2003). Este instrumento encontra-se validado para a população portuguesa, nomeadamente em idosos não institucionalizados (Araújo et. al, 2010). De acordo com a investigação produzida em Portugal, a Escala de Lawton e Brody apresenta “(...) *um elevado nível de fidelidade (...), boas qualidades psicométricas para ser utilizada em contexto comunitário possibilitando discriminar melhor os sujeitos, relativamente à capacidade de realização das AIVD.*” (Araújo et. al, 2010, p. 4-5).

1.5.4. Inventário de Sintomas Psicopatológicos

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999) constitui a adaptação portuguesa do *Brief Symptom Inventory* (BSI) de Derogatis (1982).

O BSI foi desenvolvido a partir do Symptom Check-List - SCL-90-R (Derogatis, 1982) na tentativa de dar resposta à desvantagem que o último apresentava, uma vez que, por considerar noventa itens implicava maior tempo de preenchimento. Deste modo, foram considerados os itens com maior peso em cada dimensão para formar o BSI.

Do ponto de vista conceptual, os níveis de consistência interna e a estrutura fatorial são indicadores de unidade e solidez, pelo que oferecem segurança para a sua utilização. Assim, o BSI consiste um bom indicador de

sintomas do foro psicopatológico, bom discriminador de saúde mental, permitindo distinguir indivíduos que apresentam perturbações emocionais daqueles que não apresentam. Contudo, este instrumento não permite a formulação de diagnóstico clínico.

A aplicação do BSI pode ser realizada de forma individual ou coletiva. Embora constitua um inventário de autorresposta aquando da sua implementação deve ser reservado um período de tempo inicial para esclarecimento de que a escolha feita para cada item deve corresponder ao que melhor descreve a forma como aquele problema afetou a pessoa nos últimos sete dias. O BSI pode ser aplicado a doentes do foro psiquiátrico, pessoas emocionalmente perturbadas e à população em geral, com idade mínima recomendada de treze anos. Em circunstâncias normais são necessários oito a dez minutos para preenchimento do BSI.

O inventário tem por objetivo avaliar sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia e três índices globais. Os itens que constituem as nove dimensões avaliadas pelo instrumento constituem, no seu conjunto, importantes elementos da psicopatologia. Derogatis (1982, citado por Canavarro, 1999) descreveu as nove dimensões da seguinte forma:

- Somatização: inclui o mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático, ou seja, queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou outro qualquer sistema com clara mediação autonómica, e ainda, dores localizadas na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade;
- Obsessões-Compulsões: sintomas incluídos na síndrome clínica com o mesmo nome - cognições, impulsos e comportamentos que são percecionados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir. Estão ainda abrangidos os sintomas que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral;
- Sensibilidade Interpessoal: esta dimensão centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade. A autodepreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez são manifestações características desta dimensão;
- Depressão: os itens que constituem esta dimensão retratam a maioria dos indicadores da depressão clínica. Estão identificados os sintomas relativos ao afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida;

- Ansiedade: nesta dimensão são contemplados indicadores como como nervosismo, tensão, sintomas de ansiedade generalizada e ataques de pânico. Também componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos de ansiedade foram considerados;
- Hostilidade: inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo negativo da cólera;
- Ansiedade Fóbica: os itens incluídos nesta dimensão centram-se nas manifestações do comportamento fóbico mais patognomónicas e disruptivas;
- Ideação Paranóide: esta dimensão reflete o comportamento paranóide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo;
- Psicoticismo: são contemplados como itens o isolamento e estilo de vida esquizóide, sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento.

Quatro dos itens do BSI embora contribuam de forma significativa para as dimensões descritas, não pertencem univocamente a nenhuma em concreto. Desta forma, dada a sua relevância clínica, estes são integrados nas pontuações dos três índices globais: Índice Geral de Sintomas, Índice de Sintomas Positivos e Total de Sintomas Positivos.

1.6. Recolha e Tratamento de Dados: Aspetos Éticos

Realizar investigação na área da saúde envolve, muitas vezes, estudar populações constituídas por indivíduos frágeis e vulneráveis física e psicologicamente, de modo temporário ou permanente, o que deve contribuir para que a enfermagem valorize o seu dever de proteção para com estas pessoas (Art. 81º da Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Segundo Fortin (1999) o exercício de qualquer atividade que englobe seres humanos é imprescindível ter em consideração as questões éticas e morais. Embora a ciência se desenvolva através da investigação, é importante que o processo científico ofereça garantias morais e éticas. Existe um limite que não deve ser ultrapassado, o respeito pela pessoa e a proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano (Fortin, 1999).

Deste modo, os participantes de um estudo de investigação têm direito a:

- Autodeterminação - cada elemento pode decidir sobre a sua participação ou não na investigação, escolhendo de forma voluntária;
- Intimidade - cada pessoa é livre de responder ao que quiser, devendo o estudo ser o menos invasivo possível;
- Anonimato e Confidencialidade - de tal forma que nenhum dos participantes do estudo pode ser reconhecido;
- Proteção - contra desconforto ou prejuízo, que corresponde às regras de proteção da pessoa contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem;
- Tratamento justo - equitativo e leal, que se refere ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, assim como os métodos utilizados no estudo.

Na execução deste estudo foram tidas em conta todas as formalidades necessárias à garantia de proteção dos direitos e liberdade das pessoas, anteriormente referidos. Os objetivos e métodos do presente trabalho foram projetados e delineados de forma a respeitar os direitos fundamentais dos participantes durante o decorrer de toda a investigação.

De acordo com estes requisitos, inicialmente foi apresentado um pedido de autorização formal ao Presidente do Conselho de Administração do hospital psiquiátrico em causa, onde constou informação sobre o estudo de investigação, mencionando os objetivos, procedimento e expectativas, ao qual foi dado autorização de aplicação do estudo (ANEXO I).

A escolha por este hospital psiquiátrico deve-se ao facto de este ser considerado uma instituição de referência na área da saúde mental e psiquiatria na região Norte do país, sendo que ao mesmo tempo este é um hospital que investe na sua credibilização e promove a formação dos seus profissionais.

Para a concretização deste estudo, formalizou-se o consentimento informado onde são apresentados os objetivos do estudo, explicadas questões referentes à participação da pessoa, procedimento de investigação, riscos e benefícios da participação e anonimato/confidencialidade (ANEXO IV).

Após construção do instrumento de colheita de dados e seleção dos instrumentos de avaliação, foi solicitada autorização às autoras para utilização dos mesmos (ANEXO II e ANEXO III). Optou-se pela utilização de versões portuguesas dos instrumentos escolhidos, de forma a melhorar as características psicométricas dos instrumentos.

Antes da implementação do instrumento de colheita foi sempre estabelecido contacto pessoal com os cuidadores informais de forma a verificar a sua disponibilidade para participar no estudo e a agendar a visita domiciliária.

1.7. Tratamento da Informação

Após a aplicação dos questionários, o investigador necessita proceder à análise dos dados obtidos, pois estes não se representam significativos se não forem tratados e refletidos (Bell, 2002).

A análise de dados implica a operacionalização dos mesmos através da sua organização e síntese, identificando todos os dados relevantes para a investigação em curso (Quivy & Campenhoudt, 2005).

Como referido anteriormente o questionário utilizado neste estudo possui um cariz quantitativo, pelo que se optou pela análise estatística descritiva dos dados. Para tal procedemos ao tratamento e análise das respostas através da utilização do programa informático estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 para Windows®.

O tratamento estatístico incluiu o uso de testes mais adequados para a análise da relação entre as variáveis em estudo. No presente estudo identificamos uma variável independente, variáveis dependentes e as restantes variáveis relativas à caracterização sociodemográfica e clínica dos pares foram consideradas como variáveis de contexto.

A variável sintomatologia psiquiátrica foi considerada como variável dependente e foi monitorizada através do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (escala tipo Likert). As variáveis ABVD's e AIVD's foram consideradas variáveis independentes e foram monitorizadas através do Índice de Barthel e Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody, respetivamente. Há ainda, um conjunto de variáveis, consideradas de contexto, que foram relevantes para a análise da informação.

Com o propósito de responder aos objetivos específicos do estudo, realizou-se a correlação entre o nível de dependência nas ABVD's e AIVD's com a presença de sintomatologia psiquiátrica. Para o efeito foi utilizado teste de correlação de *Pearson*. A correlação de *Pearson* consiste num teste não paramétrico que permite analisar a associação entre duas variáveis, indicando que

os fenómenos em estudo não estão indissoluvelmente ligados mas que a intensidade de um é acompanhada tendencialmente pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou sentido inverso (Morteira cit. por Pestana & Gageiro, 2003). A opção por este teste prendeu-se com o facto de este se mostrar indicado às variáveis que se pretendem analisar, e trabalhar com dois valores em simultâneo, o valor de r e o valor de p .

O valor de r representa a força e a direção de associação entre as variáveis, variando entre -1 (correlação negativa perfeita) a +1 (correlação positiva perfeita), sendo que quanto mais afastado for o valor de r do valor central (zero), maior é a força de associação entre as variáveis. O valor p representa o nível de probabilidade de erro envolvida em aceitar o resultado observado como válido, sempre que p for menor ou igual a 0,05 pode-se assumir a existência de relação estatisticamente significativa entre as variáveis.

É ainda importante mencionar que a esta correlação está subjacente a hipótese nula, a qual afirma a não existência de relação entre as variáveis, e a hipótese alternativa, que afirma a existência de relação entre as variáveis. Podemos aceitar a hipótese alternativa sempre que o valor p for inferior a 0,05.

Com o objetivo de analisar as diferenças entre as situações de presença de antecedentes psiquiátricos no PC e a presença de sintomatologia psiquiátrica, e estadio da demência da pessoa dependente e a presença de sintomatologia psiquiátrica no PC, utilizou-se a prova paramétrica ANOVA (F).

Os testes ANOVA constituem um método ideal para comparar o valor médio de mais de dois grupos de variáveis, pelo que permitem testar diferenças entre as diversas situações tendo em análise duas ou mais variáveis. O valor de F corresponde ao quociente entre grupos e a variância residual. A análise da variância compara a variância dentro dos grupos com a variância entre grupos, se a variância residual for claramente inferior à variância entre grupos pode-se afirmar que os valores médios são diferentes.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Neste capítulo são apresentados os resultados referentes à caracterização dos participantes no estudo, pares cuidadores informais - pessoas alvo de cuidados, obtidos através da aplicação da primeira e segunda parte do questionário. Esta parte encontra-se dividida em dois pontos distintos, sendo o primeiro relativo ao cuidador: dados sociodemográficos, processo de cuidar e informação clínica, e o segundo à caracterização do idoso dependente: dados sociodemográficos e informação clínica.

Ao longo da análise dos resultados tentar-se-á realçar os aspetos mais relevantes e significativos de forma a posteriormente estabelecer uma relação entre as diversas variáveis envolvidas e compreender o seu significado.

2.1. Caracterização do Prestador de Cuidados

Procedemos seguidamente à caracterização do prestador de cuidados em relação às características sociodemográficas, processo de cuidar e informação clínica obtidos através da primeira parte do questionário.

A presente amostra é constituída por 37 cuidadores informais principais inseridos no programa de visitação domiciliária do Serviço de Psicogeriatría de um hospital psiquiátrico da zona norte de Portugal.

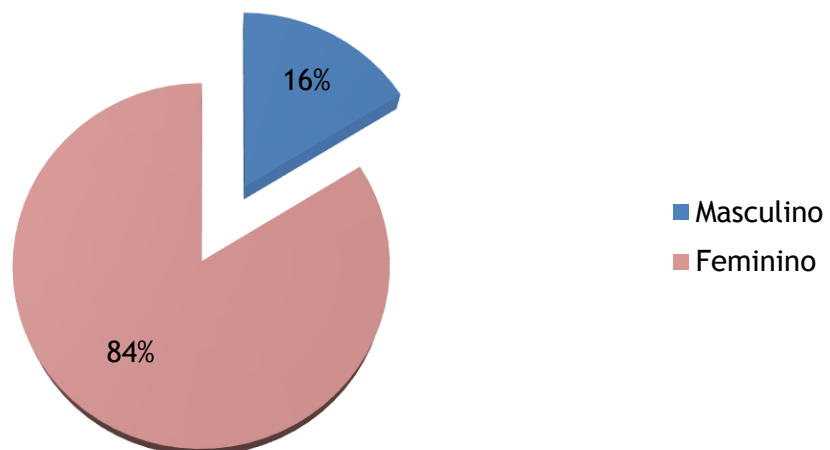
2.1.1. Dados Sociodemográficos

Relativamente ao género dos cuidadores, verifica-se que a grande maioria pertence ao sexo feminino, 83,8% (n=31) e apenas 16,2% (n=6) são elementos do sexo masculino.

TABELA 1 - Sexo do PC

Sexo	N	%
Masculino	6	16,2
Feminino	31	83,9
Total	37	100,0

GRÁFICO 1 - Sexo do PC



Os inquiridos apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 86 anos, sendo que a média está situada nos 61 anos ($\bar{X}=61,4$; $dp=16,1$). A mediana indica que, pelo menos 50% dos participantes apresentam idade inferior ou igual a 63 anos, sendo que, de acordo com a moda, a idade mais frequentemente observada é 55 anos.

TABELA 2 - Idade do PC

	Idade
Média	61,49
Mediana	63,00
Moda	55
Desvio padrão	16,127
Mínimo	18
Máximo	86

TABELA 3 - Distribuição da Idade do PC

Intervalo	N	%	% Válida	% Acumulada
18 - 25	2	5,4	5,4	5,4
26 - 35	1	2,7	2,7	8,1
36 - 45	1	2,7	2,7	10,8
46 - 55	11	29,7	29,7	40,5
56 - 65	5	13,5	13,5	54,0
66 - 75	9	24,3	24,3	78,3
76 - 85	6	8,1	16,2	94,5
86 - 90	2	5,4	5,4	100,0
Total	37	100,0	100,0	

Constata-se que a percentagem mais expressiva dos inquiridos é casada 81,1% (n=30), existindo 13,5% (n=5) cuidadores solteiros, um elemento viúvo (2,7%, n=1) e igualmente um participante a viver em união de facto (2,7%, n=1).

TABELA 4 - Estado Civil do PC

Estado Civil	N	%
Solteiro	5	13,5
Casado	30	81,1
União de facto	1	2,7
Viúvo	1	2,7
Total	37	100,0

Relativamente à escolaridade dos inquiridos, constata-se que a maioria dos elementos completou quatro anos de escolaridade com sucesso ($M=4,0$; $dp=3,7$). Através da análise da tabela 6, concluímos que existem 5,4% ($n=2$) participantes que são analfabetos, 67,6% ($n=27$) estudaram até à 4.^a classe, 13,5% ($n=5$) dos inquiridos estudaram entre 5 e 9 anos, três elementos (8,1%, $n=3$) completaram o 12.º ano de escolaridade e apenas 5,4% ($n=2$) são licenciados.

TABELA 5 - Escolaridade do PC

	Escolaridade (anos)
Média	5,38
Mediana	4,00
Moda	4
Desvio Padrão	3,766
Mínimo	0
Máximo	16

TABELA 6 - Distribuição da Escolaridade dos PC

Escolaridade (anos)	N	%
0	2	5,4
3	5	13,5
4	20	54,1
5	1	2,7
6	1	2,7
7	1	2,7
9	2	5,4
12	3	8,1
16	2	5,4
Total	37	100,0

No que concerne à situação profissional, verificamos que a maioria dos cuidadores se encontra reformado por invalidez (29,7%, n=11). Quanto aos restantes inquiridos, constatamos que existe igual número tanto de elementos reformados por idade como empregados (24,7%, n=9), 10,8% (n=4) das pessoas são domésticas, três pessoas (8,1%) estão em situação de desemprego e um elemento (2,7%) é estudante.

TABELA 7 - Situação Profissional dos PC

Situação Profissional	N	%
Reformado(a) por idade	9	24,3
Reformado(a) por invalidez	11	29,7
Empregado(a)	9	24,3
Doméstico(a)	4	10,8
Desempregado(a)	3	8,1
Estudante	1	2,7
Total	37	100,0

TABELA 8 - Relação de Parentesco com RC

Parentesco	N	%
Cônjuge	17	45,9
Filho(a)	12	32,4
Genro/nora	2	5,4
Irmão(ã)	1	2,7
Neto(a)	2	5,4
Outro	3	8,1
Total	37	100,0

Relativamente à relação de parentesco entre o prestador de cuidados e a pessoa dependente, verifica-se que a larga maioria dos cuidadores é cônjuge do recetor de cuidados (45,9%, n=17). Constata-se que a segunda percentagem mais

expressiva refere-se a cuidadores filhos (32,4%, n=12). Entre os restantes inquiridos, 5,4% (n=2) são genros/noras, um inquirido (2,7%) é irmão da pessoa a quem presta cuidados, dois elementos (5,4%) são netos e 8,1% (n=3) têm outra relação de parentesco.

2.1.2. Processo de Cuidar

Neste capítulo procuramos caracterizar o processo de cuidar. Desta forma, analisamos a tipologia de cuidados providenciados pelo cuidador, há quanto tempo é cuidador, número de horas despendido para a prestação de cuidados, apoio recebido e vigilância de saúde.

Quanto à tipologia de prestação de cuidados apuramos que muitas vezes as diferentes tipologias de cuidados são necessárias em simultâneo. Assim, constatamos que a percentagem mais expressiva dos participantes 62,2% (n=23) presta cuidados como preocupação e substituição, 35,1% (n=13) mencionou que o idoso necessita de ajuda-parcial, orientação e preocupação e, apenas um elemento referiu que a pessoa dependente requeria cuidados de preocupação e supervisão. Através da análise de dados podemos ainda verificar que a todos os elementos é comum a tipologia de cuidados ‘preocupação’.

TABELA 9 - Tipologia de Cuidados

Tipologia de Cuidados	N	%
Preocupação + Supervisão	1	2,7
Preocupação + Substituição	23	62,2
Preocupação + Orientação + Ajuda-Parcial	13	35,1
Total	37	100,0

No que concerne ao tempo de prestação de cuidados, constatamos que a média de tempo de prestação de cuidados é de 6,5 anos ($\bar{X}=6,5$; $dp=3,5$). De acordo com a análise de dados verifica-se que, a maioria dos cuidadores presta cuidados há 3 anos (18,9%; n=7). O menor tempo de prestação de cuidados corresponde a 2 anos e o máximo de tempo é de 18 anos.

TABELA 10 - Tempo de Prestação de Cuidados (anos)

	Tempo (anos)
Média	6,54
Mediana	6,00
Moda	3,00
Desvio Padrão	3,53
Mínimo	2,00
Máximo	18,00

TABELA 11 - Distribuição do Tempo de Prestação de Cuidados (anos)

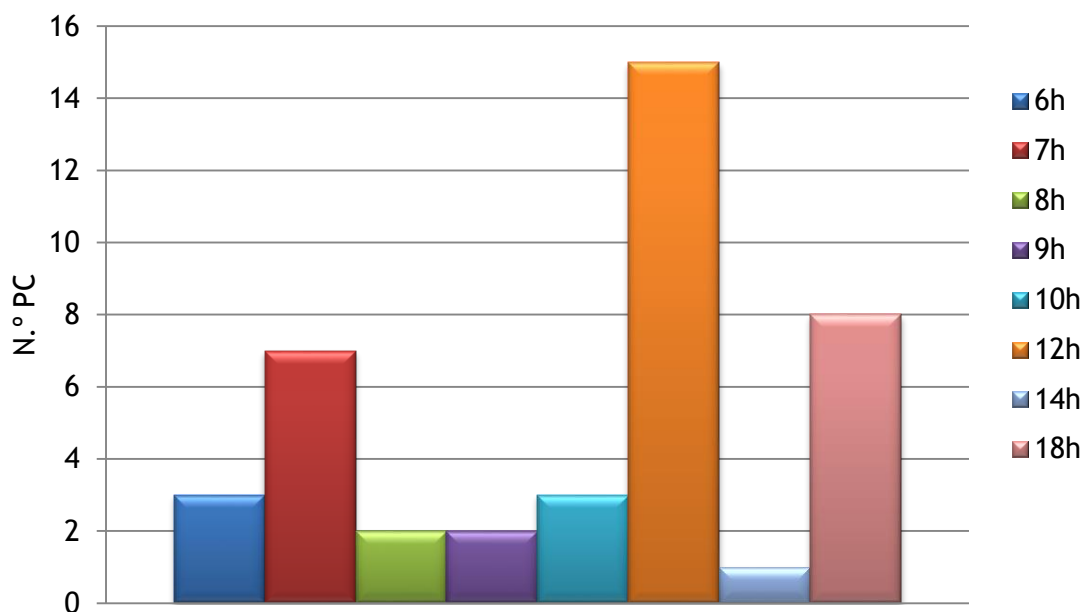
Tempo (anos)	N	%
2 ≥ 6	21	56,7
6 ≥ 10	12	32,4
10 ≥ 14	3	8,1
14 ≥ 18	1	2,7
Total	37	100,0

Relativamente ao número de horas despendido por dia para a prestação de cuidados, constatamos que em média os inquiridos passam cerca de doze horas a prestar cuidados ($\bar{x}=12$; $dp= 3,7$) sendo que este valor corresponde também ao tempo despendido pela maioria (40,5%, $n=15$).

TABELA 12 - Tempo de Prestação de cuidados (horas)

	Tempo (horas)
Média	11,97
Mediana	12,00
Moda	12,00
Desvio Padrão	3,79
Mínimo	6,00
Máximo	18,00

GRÁFICO 2 - N.º horas prestação de cuidados/dia



Constata-se que a percentagem mais expressiva dos inquiridos presta cuidados ao longo do dia (73%, n= 27), os restantes elementos prestam cuidados mais do que uma vez por dia (24,3%, n=9) e apenas um cuidador duas a três vezes por semana (2,7%).

TABELA 13 - Frequência da Prestação de Cuidados

	N	%
Mais do que uma vez por dia	9	24,3
Ao longo do dia	27	73,0
Duas a três vezes por semana	1	2,7
Total	37	100,0

Relativamente ao tipo de apoio recebido, a maioria dos cuidadores referiu não receber nenhum tipo de apoio (29,7%, n=11), seguida por dois grupos com uma percentagem de 21,6% (n=8) que referiram usufruir de apoio a nível “instrumental” ou outros tipos de apoio nomeadamente ajuda financeira. Três inquiridos (8,1%) referiram receber apoios “informal + outro”, igual número mencionou usufruir de apoio a nível “instrumental + outro”. Em igual

percentagem, 2,7% (n=1) contaram receber respetivamente apoio “emocional”, “emocional + instrumental”, “informal + emocional + outro” e “informal + instrumental + outro”.

TABELA 14 - Tipo de Apoio Recebido

Apoio	N	%
Emocional	1	2,7
Instrumental	8	21,6
Nenhum	11	29,7
Outro	8	21,6
Informal + Outro	3	8,1
Emocional + Instrumental	1	2,7
Instrumental + Outro	3	8,1
Informal + Emocional + Outro	1	2,7
Informal + Instrumental + Outro	1	2,7
Total	37	100,0

2.1.3. Informação Clínica

Quanto à informação clínica, nesta parte do estudo pretendemos obter dados relativos à vigilância de saúde do cuidador, antecedentes médicos, particularmente psiquiátricos, e regime terapêutico medicamentoso.

No que concerne à vigilância de saúde, constatamos que 73% (n=27) dos inquiridos recorrem ao médico de família para vigilância de saúde, sendo que 13,5% (n=5) dos elementos além do médico de família são acompanhados também por médico a nível privado e, 5,4% (n=2) consultam apenas o médico privado. Quanto ao acompanhamento por enfermeiro de família, apenas 8,1% (n=3) referiram recorrer a esta entidade sendo que todos estes também recebem apoio do médico de família.

TABELA 15 - Vigilância de Saúde

Vigilância	N	%
Médico de família	27	73,0
Médico privado	2	5,4
Médico de família + Enf. família	3	8,1
Méd. de família + Méd. privado	5	13,5
Total	37	100,0

Relativamente aos antecedentes de saúde, existe uma expressiva maioria de cuidadores (75,7%; n=28) que mencionou apresentar problemas de saúde nomeadamente hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia e patologia osteoarticular.

TABELA 16 - Antecedentes Médicos

Antecedentes médicos	N	%
Sim	28	75,7
Não	9	24,3
Total	37	100,0

Quanto a antecedentes a nível psiquiátrico, 70,3% (n=26) dos inquiridos mencionou não apresentar patologia do foro mental, enquanto 29,7% (n=11) referiu ter antecedentes de depressão e ansiedade e um elemento história de consumo abusivo de álcool. Relativamente aos antecedentes psiquiátricos familiares a maioria (70,3%, n=26) disse não apresentar antecedentes, enquanto 29,7% (n=11) referiu apresentar.

TABELA 17 - Antecedentes Psiquiátricos

Antecedentes Psiquiátricos	N	%
Sim	11	29,7
Não	26	70,3
Total	37	100,0

TABELA 18 - Antecedentes Psiquiátricos Familiares

Antecedentes Psiquiátricos Familiares	N	%
Sim	11	29,7
Não	26	70,3
Total	37	100,0

Quanto ao regime terapêutico medicamentoso, 81,1% (n=30) dos elementos referiu fazer medicação, sendo que a medicação mais instituída são anti-hipertensores, anti-dislipidêmicos, e anti-depressivos.

TABELA 19 - Medicação do PC

Medicação	N	%
Sim	30	81,1
Não	7	18,9
Total	37	100,0

2.2. Caracterização do Recetor de Cuidados

Nesta parte do trabalho pretende-se caracterizar a pessoa dependente em relação às características sociodemográficas e informação clínica obtidas através da segunda parte do questionário.

A presente amostra é constituída por 37 idosos com patologia de quadro demencial inseridos no programa de visitação domiciliária do Serviço de Psicogeriatria.

2.2.1. Dados Sociodemográficos

Relativamente ao género dos recetores de cuidados, verifica-se que a grande maioria pertence ao sexo feminino, 62,2% (n=23) e apenas 37,8% (n=14) são elementos do sexo masculino.

GRÁFICO 3 - Sexo do RC

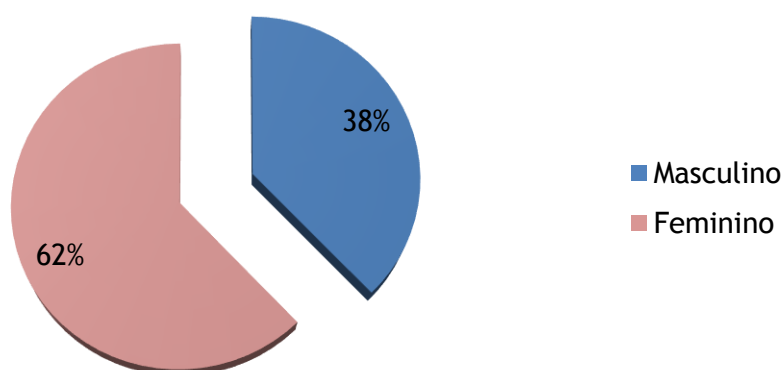


TABELA 20 - Sexo do RC

Sexo	N	%
Masculino	14	37,8
Feminino	23	62,2
Total	37	100,0

Os dependentes apresentam idades compreendidas entre os 50 e os 94 anos, sendo que a média está situada nos 80 anos ($\bar{X}=80,1$; $dp=8,4$). A mediana indica que, pelo menos 50% dos participantes apresentam idade inferior ou igual a 81 anos, sendo que, de acordo com a moda, a idade mais frequentemente encontrada é 85 anos.

TABELA 21 - Idade do RC

	Idade (anos)
Média	80,19
Mediana	81,00
Moda	85
Desvio Padrão	8,48
Mínimo	50
Máximo	94

Constata-se que a percentagem mais expressiva da amostra é casada 51,4% (n=19), existindo 40,5% (n=15) viúvos e 8,1% (n=3) solteiros.

TABELA 22 - Estado Civil do RC

Estado Civil	N	%
Solteiro(a)	3	8,1
Casado(a)	19	51,4
Viúvo(a)	15	40,5
Total	37	100,0

Relativamente à escolaridade dos idosos dependentes, constata-se que a maioria dos elementos é analfabeta (43,2% n=16). Através da análise da tabela 23, concluímos ainda que existem 32,4% (n=12) participantes que completaram quatro anos com sucesso, 13,5% (n=5) estudaram até à 3.^a classe, e 2,7% (n=1) dos inquiridos estudaram dois, seis, sete anos respetivamente. Apenas um idoso (2,7%) completou 12.º ano de escolaridade.

TABELA 23 - Escolaridade do RC

	Escolaridade (anos)
Média	2,43
Mediana	3,00
Moda	0
Desvio Padrão	2,64
Mínimo	0
Máximo	12

TABELA 24 - Distribuição da Escolaridade do RC

Escolaridade (anos)	N	%
0	16	43,2
1-4	18	48,6
5-9	2	5,4
10-12	1	2,7
Total	37	100,0

2.2.2. Informação Clínica

Nesta parte do estudo pretendemos analisar os dados relativos à situação de doença da pessoa dependente, nomeadamente caracterizar e analisar o quadro demencial e ainda outros antecedentes médicos de relevo.

Relativamente ao tipo de demência, constatamos que a maioria apresenta diagnóstico médico de demência de Alzheimer, correspondente a 54,1% (n=20) da amostra. Seguidamente a demência vascular apresenta uma percentagem de 21,6% (n=8), a demência do tipo mista 10,8% (n=4), 5,4% (n=2) apresentam um

quadro demencial fronto-temporal igual número aos diagnosticados com demência de Corpos de Lewis e apenas 1 elemento (2,7%) não especifica o tipo de demência.

TABELA 25 - Tipo de Demência

Demência	N	%
Vascular	8	21,6
Alzheimer	20	54,1
Fronto-temporal	2	5,4
Mista	4	10,8
Corpos de Lewis	2	5,4
Outra	1	2,7
Total	37	100,0

No que concerne ao estadio do quadro demencial, a larga maioria encontra-se num estadio grave (62,2%, n=23), 35,1% (n=13) estão num estadio moderado e apenas um elemento (2,7%) se encontra no estadio inicial/ligeiro.

TABELA 26 - Estadio da Demência

Estadio	N	%
Ligeira	1	2,7
Moderada	13	35,1
Grave	23	62,2
Total	37	100,0

Em relação aos antecedentes de saúde pessoais, além do quadro demencial, podemos verificar que as pessoas com dependência apresentam maioritariamente problemas cardiovasculares, como antecedentes de acidente vascular cerebral e hipertensão arterial, e metabólicos (ex.: diabetes mellitus).

3. ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

Neste capítulo serão apresentados os dados descritivos relativos à avaliação das atividades básicas e instrumentais de vida diária, com base nos resultados obtidos pela aplicação do Índice de Barthel e da Escala de atividade de vida diária de Lawton e Brody.

3.1. Atividades Básicas de Vida Diária

Os resultados em seguida apresentados foram obtidos através da aplicação do Índice de Barthel para avaliação das atividades básicas de vida diária.

A pontuação global varia entre 0 a 100 pontos, a pontuação mínima de zero corresponde à máxima dependência para todas as atividades de vida diária avaliadas e a máxima de cem equivale a independência total.

A leitura dos resultados obtidos é realizada a partir dos seguintes scores:

90 - 100 Pontos	Independente
60 - 90 Pontos	Ligeiramente dependente
40 - 55 Pontos	Moderadamente dependente
20 - 35 Pontos	Severamente dependente
< 20 pontos	Totalmente dependente

Os resultados descritivos obtidos a nível da pontuação total revelam que a maioria da amostra é “totalmente dependente” correspondendo a 40,5% (n= 15) dos elementos da amostra.

Através da análise da Tabela 27 verificamos que a média de dependência corresponde ao score $\bar{X}=30$ (dp=34,2), ou seja, a média dos elementos é “severamente dependente”, é possível ainda apurar que os valores variaram entre zero e cem pontos ou seja, existem pessoas desde totalmente dependentes até independentes.

TABELA 27 - Índice de Barthel

	Pontuação
Média	33,51
Mediana	30,00
Moda	0
Desvio Padrão	34,25
Mínimo	0
Máximo	100

TABELA 28 - Distribuição do Índice de Barthel

Pontuação	N	%
< 20	16	43,2
20 - 35	4	10,8
40 - 55	8	21,6
60 - 90	5	13,5
90 - 100	4	10,8
Total	37	100,0

Em seguida, procede-se à análise descritiva dos itens que compõem o Índice de Barthel.

3.1.1 Alimentação e Vestir

Relativamente as atividades alimentação e vestir, concluímos através da análise da tabela 29 que a maioria dos elementos é “dependente” em ambas as atividades. No vestir encontramos uma percentagem de 54,1% (n=20) de dependência para execução deste auto-cuidado, enquanto na alimentação verificamos que a taxa de dependência é de 40,5% (n=15).

O número de pessoas que “necessita de ajuda” para a execução das tarefas inerentes ao auto-cuidado vestir são onze, correspondente a 29,7%, sendo que o número de pessoas independentes é significativamente menor (16,2%, n=6).

Quanto à alimentação, existe uma percentagem de 37,8% (n=14) de pessoas que “necessita de ajuda” e 21,6% (n=8) são independentes no alimentar-se.

TABELA 29 - Avaliação dos Itens Alimentação e Vestir

		N	%
Vestir	Dependente	20	54,1
	Necessita de ajuda	11	29,7
	Independente	6	16,2
Alimentação	Dependente	15	40,5
	Necessita de ajuda	14	37,8
	Independente	8	21,6

3.1.2 Controle Vesical e Intestinal

Relativamente aos itens controle vesical e intestinal a leitura da tabela 30 permite concluir que a maioria dos recetores de cuidados apresenta incontinência urinária (51,4%, n=19) e incontinência fecal (51,4%, n=19). Podemos ainda constatar que 32,4% (n=12) dos idosos apresentam episódios de incontinência ocasional assim como 29,7% (n=11) apresentam incontinência fecal ocasional. A percentagem de pessoas com independência nesta atividade é significativamente

menor sendo os valores de 16,2% (n=6) em termos de controle vesical e 18,9% (n=7) no controle intestinal.

TABELA 30 - Avaliação dos Itens Controle Vesical e Controle Intestinal

		N	%
Controle Vesical	Incontinente ou algaliado	19	51,4
	Incontinência urinária ocasional	12	32,4
	Independente	6	16,2
Controle Intestinal	Incontinente fecal	19	51,4
	Incontinência involuntária ocasional	11	29,7
	Independente	7	18,9

3.1.3 Banho, Higiene Corporal e Uso da Casa de Banho

Relativamente aos itens banho, higiene corporal e uso da casa de banho, podemos constatar que a percentagem mais elevada dos recetores de cuidados é “dependente” na execução dos referidos autocuidados.

No que respeita ao banho, verificamos que 91,9% (n=34) dos idosos são “dependentes” e somente 8,1% (n=3) tomam banho de forma “independente”.

Quanto à higiene corporal, mais uma vez a taxa de dependência é expressamente superior à de independência. Encontramos 97,3% (n=36) elementos que são “dependentes” na prestação dos cuidados de higiene corporal enquanto apenas um (2,7%) elemento é “independente”.

No uso da casa de banho, mais uma vez, a maioria das pessoas é “dependente” (51,4%, n=19). Quanto aos restantes elementos, 32,4% (n=12) “necessita de ajuda” e 16,2% (n=6) são “independentes”.

TABELA 31 - Avaliação dos Itens Banho, Higiene Corporal e Uso da Casa de Banho

		N	%
Banho	Dependente	34	91,9
	Independente	3	8,1
Higiene Corporal	Dependente	36	97,3
	Independente	1	2,7
Uso da Casa de Banho	Dependente	19	51,4
	Necessita de ajuda	12	32,4
	Independente	6	16,2

3.1.4 Transferência Cadeira-Cama, Subir Escadas e Deambulação

Após a avaliação dos itens transferência cadeira-cama, subir escadas e deambulação constatamos que também nos parâmetros referentes à mobilidade a maioria das pessoas é dependente.

No que respeita ao item transferência cadeira-cama, verificamos que 40,5% (n=15) é “dependente”, 10,8% (n=4) “necessita de grande ajuda”, 27,0% (n=10) “necessita de ajuda mínima” e 21,6% (n=8) é independente”.

Quanto ao item subir escadas, 59,5% (n=22) é “dependente”, 24,3% (n=9) “necessita de ajuda” e 16,2% (n=6) é “independente”.

Relativamente à deambulação, constatamos que 43,2% (n=16) da amostra é “dependente”, 37,8% (n=14) “necessita de ajuda” e 18,9% (n=7) é “independente”.

TABELA 32 - Avaliação dos Itens Transferência Cadeira-Cama, Subir Escadas e Deambulação

		N	%
Transferência cadeira-cama	Dependente	15	40,5
	Necessita de grande ajuda	4	10,8
	Necessita de ajuda mínima	10	27,0
	Independente	8	21,6
Subir escadas	Dependente	22	59,5
	Necessita de ajuda	9	24,3
	Independente	6	16,2
Deambulação	Dependente	16	43,2
	Necessita de ajuda	14	37,8
	Independente	7	18,9

3.2 Atividades Instrumentais de Vida Diária

A avaliação do grau de dependência nas atividades instrumentais de vida diária foi realizada através da aplicação do Índice de Lawton e Brody (1969).

Cada atividade apresenta entre três a cinco níveis de dependência, em que o score zero corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com dois, três ou quatro pontos de acordo com níveis de diferenciação.

A sua cotação global oscila entre zero a vinte e três pontos, variando de forma inversamente proporcional ao grau de dependência, ou seja, quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência e vice-versa.

A análise da tabela 33 permite constatar que a maioria dos elementos da amostra apresenta um elevado grau de dependência, score 0, nas atividades instrumentais (56,8%, n=21), sendo que a pontuação varia entre de zero e quinze pontos.

TABELA 33 - Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody

Pontuação	N	%
0	21	56,8
1	3	8,1
2	1	2,7
4	7	18,9
7	2	5,4
9	1	2,7
11	1	2,7
15	1	2,7
Total	37	100,0

Em seguida procedemos à análise pormenorizada de cada atividade. Para facilitar este processo agrupamos as atividades em três categorias: 1) cuidados domésticos, 2) locomoção e 3) compras e gestão financeira.

3.2.1 Cuidados Domésticos

Nesta categoria foram agrupadas as seguintes atividades: “preparação da comida”, “cuidado com a casa”, “lavar a roupa”, “capacidade para usar o telefone” e “responsabilidade com a medicação”.

A análise da tabela 34 possibilita verificar que todos os elementos são severamente dependentes em todas as atividades enquadradas nesta categoria. Sendo que, o número de elementos cujo nível de dependência é igual a “0” varia entre trinta e um e trinta e sete, demonstrando uma clara situação de dependência nas atividades inerentes aos cuidados domésticos.

3.2.2 Locomoção

Na categoria locomoção incluímos apenas a atividade “usar meios de transporte”. A observação dos dados permite apurar que esta é a atividade em que existe uma menor percentagem de resultados “0”, embora esta continue a ser a situação em que se encontra a maioria dos elementos (67,5%, n=25). É possível constatar que onze elementos são capazes de usar meios de transporte públicos com ajuda de outrem e uma pessoa é capaz de utilizar o táxi de forma autónoma mas não outro veículo.

3.2.3 Compras e Gestão Financeira

As atividades incluídas nesta categoria são: “fazer compras” e “capacidade para tratar dos seus assuntos económicos”.

Neste grupo, mais uma vez, os resultados indicam que a esmagadora maioria dos elementos é incapaz de fazer compras de forma independente (89,1%, n=33) ou é capaz de gerir o seu dinheiro (86,4%, n=32). Quanto a “fazer compras” apenas quatro pessoas realizam todas as compras necessárias ou as compras pequenas de forma autónoma. No que concerne à “capacidade para tratar dos assuntos económicos” apenas cinco elementos são capazes de gerir as compras do dia-a-dia mas necessitam de ajuda nas grandes compras.

TABELA 34 - Distribuição da Amostra por Atividades Instrumentais

AIVD	Pontuação				
	0 (N)	1 (N)	2 (N)	3 (N)	4 (N)
Capacidade para usar o telefone	31 (83,7)	0	1 (2,7)	5 (13,5)	--
Fazer compras	33 (89,1)	0	2 (5,4)	2 (5,4)	--
Preparação da comida	37 (100,0)	0	0	0	--
Cuidado com a casa	34 (91,8)	1 (2,7)	1 (2,7)	0	1 (2,7)
Lavar a roupa	37 (100,0)	0	0	--	--

Usar os meios de transporte	25 (67,5)	5 (13,5)	1 (2,7)	6 (16,2)	0
Responsabilidade com a sua medicação	35 (94,5)	2 (5,4)	0	--	--
Capacidade para tratar dos seus assuntos económicos	32 (86,4)	5 (13,5)	0	0	--

4. SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA

De acordo com os resultados descritivos obtidos no presente estudo, podemos verificar que as dimensões de psicossintomatologia “obsessões-compulsões”, “depressão” e “ansiedade” se destacam com valores mais elevados. Pelo contrário, as dimensões “hostilidade”, “psicoticismo” e “sensibilidade interpessoal” são as que apresentam valores mais baixos.

TABELA 35: Resultados descritivos obtidos nas dimensões e índices globais do BSI

Dimensão/Índice	\bar{X}	Dp	Min	Máx
Somatização	1,40	0,77	0,00	3,29
Obsessões-Compulsões	1,69	1,06	0,00	3,50
Sensibilidade Interpessoal	1,00	0,78	0,00	3,25
Depressão	1,63	0,93	0,17	3,33
Ansiedade	1,63	0,73	0,33	3,17
Hostilidade	1,10	0,89	0,00	0,80
Ansiedade Fóbica	0,54	0,45	0,00	1,80
Ideação Paranóide	1,25	0,99	0,00	3,40
Psicoticismo	0,55	0,58	0,00	2,00
IGS	1,24	0,58	0,11	2,21
TSP	26,24	9,96	6,00	41,00
ISP	2,41	0,49	1,00	3,25

Tendo como referência o ponto de corte entre a população geral e os indivíduos que se podem encontrar em situação de perturbação emocional, isto é ISP maior ou igual a 1,7, podemos concluir que em termos médios, os cuidadores participantes no presente estudo demonstram valores indicadores de sintomatologia psiquiátrica ($\bar{X}=2,41$, $dp=0,49$) (Canavarro, 2008).

A tabela 36 expõe os valores descritivos obtidos para cada um dos itens que compõem cada uma das dimensões psicopatológicas do BSI.

4.1 Somatização

Relativamente à dimensão somatização, os resultados apresentados na tabela 36 permitem verificar que a maioria dos cuidadores referiu “nunca” ter experienciado grande parte dos sintomas incluídos à exceção dos sintomas “sensação de anestesia” e “falta de forças em partes do corpo”. A maioria dos elementos verbalizou “nunca” ter experienciado sensação de “desmaio ou tonturas”, “dores sobre o coração ou no peito”, “vontade de vomitar ou mal-estar do estômago”, “sensação de falta de ar” ou “calafrios ou afrontamentos”. Embora, experienciem “muitíssimas vezes sensação de anestesia no corpo” (35,1%, $n=13$) e “muitas vezes falta de forças em partes do corpo” (29,7%, $n=11$).

TABELA 36: Distribuição dos participantes por itens associados à somatização

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
SOMATIZAÇÃO	2) Desmaios ou tonturas	18 (48,6)	8 (21,6)	6 (16,2)	5 (13,5)	0
	7) Dores sobre o coração ou no peito	16 (43,2)	3 (8,1)	7 (18,9)	7 (18,9)	4 (10,8)
	23) Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	24 (64,9)	4 (10,8)	6 (16,2)	2 (5,4)	1 (2,7)
	29) Sensação de falta de ar	19 (51,4)	5 (13,5)	5 (13,5)	5 (13,5)	3 (8,1)

30) Calafrios ou afrontamentos	23 (62,2)	4 (10,8)	8 (21,6)	2 (5,4)	0
33) Sensação de anestesia no corpo	7 (18,9)	3 (8,1)	4 (10,8)	10 (27,0)	13 (35,1)
37) Falta de forças em partes do corpo	6 (16,2)	4 (10,8)	7 (18,9)	11 (29,7)	9 (24,3)

4.2 Obsessões-Compulsões e Sensibilidade Interpessoal

A análise dos resultados apresentados na categoria obsessões-compulsões possibilita constatar que a percentagem mais expressiva da amostra se coloca na posição de “nunca” ter experienciado a maioria dos sintomas. Uma percentagem superior a 32% mencionou “nunca” ter sentido “dificuldade em fazer qualquer trabalho”, “necessidade em verificar várias vezes o que faz”, “dificuldade em tomar decisões” ou “sensação de vazio na cabeça”. Em oposição, com uma percentagem de 32,4% (n=12) referiram sentir “muitas vezes” dificuldade em lembrar-se de coisas passadas ou recentes” e “dificuldade em concentrar-se”.

No que concerne à dimensão sensibilidade interpessoal, podemos verificar que a maior percentagem de cuidadores referiu “nunca” ter experienciado nenhum dos quatro itens envolvidos.

TABELA 37: Distribuição dos participantes por itens associados às Obsessões-Compulsões e Sensibilidade Interpessoal

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
OBSESSÕES-COMPULSÕES	5) Dificuldade em lembrar-se de coisas passadas ou recentes	9 (24,3)	3 (8,1)	8 (21,6)	12 (32,4)	5 (13,5)
	15) Dificuldade em fazer qualquer trabalho	15 (40,5)	4 (10,8)	10 (27,0)	6 (16,2)	2 (5,4)
	26) Sentir necessidade em verificar várias vezes o que faz	12 (32,4)	4 (10,8)	6 (16,2)	8 (21,6)	7 (18,9)
	27) Dificuldade em tomar decisões	14 (37,8)	9 (24,3)	4 (10,8)	7 (18,9)	3 (8,1)
	32) Sensação de vazio	15 (40,5)	5 (13,5)	7 (18,9)	7 (18,9)	3 (8,1)

	na cabeça					
	36) Ter dificuldade em concentrar-se	9(24,3)	3 (8,1)	5 (13,5)	12 (32,4)	8 (21,6)
SENSIBILIDADE INTERPESSOAL	20) Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	13 (35,1)	6 (16,2)	4 (10,8)	10 (27,0)	4 (10,8)
	21) Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	17 (45,9)	7 (18,9)	5 (13,5)	7 (18,9)	1 (2,7)
	22) Sentir-se inferior aos outros	27 (73,0)	4 (10,8)	3 (8,1)	3 (8,1)	0
	42) Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	20 (54,1)	9 (24,3)	6 (16,2)	2 (5,4)	0

4.3 Depressão e Ansiedade

Relativamente à sintomatologia depressiva e ansiosa verifica-se que existe uma maior diversidade entre os resultados encontrados.

Podemos constatar que 75,7% (n=28) das pessoas “nunca” pensaram “acabar com a vida”, “sentir-se sozinho” (29,7%, n=11), “não ter interesse por nada” (32,4%, n=12) ou “sentir que não tem valor” (70,3%, n=26). Contudo a mesma amostra referiu que “muitas vezes” experiencia “sentir-se sem esperança no futuro” (29,7%, n=11), “sentir-se triste” (35,1%, n= 13) e “sentir-se sozinho” (29,7%, n= 11).

No que se refere à dimensão ansiedade, observamos que a maioria dos cuidadores “nunca” experienciou sintomatologia ansiosa, não apresentando sentimentos de medo, temor ou pânico. Não obstante, 54,1% (n=20) destes elementos mencionou que “muitíssimas vezes” sente “nervosismo ou tensão interior” e 51,4% (n=19) referiu que “muitas vezes” se encontra em “estado de tensão e aflição”.

TABELA 38: Distribuição dos participantes por itens associados à Depressão e Ansiedade

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
DEPRESSÃO	9) Pensamentos de acabar com a vida	28 (75,7)	1 (2,7)	2 (5,4)	4 (10,8)	2 (5,4)
	16) Sentir-se sozinho	11 (29,7)	1 (2,7)	4 (10,8)	11 (29,7)	10 (27,0)
	17) Sentir-se triste	3 (8,1)	3 (8,1)	6 (16,2)	13 (35,1)	12 (32,4)
	18) Não ter interesse por nada	12 (32,4)	5 (13,5)	6 (16,2)	9 (24,3)	5 (13,5)
	35) Sentir-se sem esperança perante o futuro	10 (27,0)	3 (8,1)	7 (18,9)	11 (29,7)	6 (16,2)
	50) Sentir que não tem valor	26 (70,3)	6 (16,2)	4 (10,8)	1 (2,7)	0
ANSIEDADE	1) Nervosismo ou tensão interior	2 (5,4)	2 (5,4)	7 (18,9)	6 (16,2)	20 (54,1)
	12) Ter um medo súbito sem razão para isso	22 (59,5)	7 (18,9)	5 (13,5)	2 (5,4)	1 (2,7)
	19) Sentir-se atemorizado	16 (43,2)	9 (24,3)	7 (18,9)	5 (13,5)	0
	38) Sentir-se em estado de tensão e aflição	3 (8,1)	4 (10,8)	5 (13,5)	19 (51,4)	6 (16,2)
	45) Ter ataques de terror ou pânico	30 (81,1)	3 (8,1)	3 (8,1)	1 (2,7)	0
	49) Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado/quieto	10 (27,0)	5 (13,5)	3 (8,1)	10 (27,0)	9 (24,3)

4.4 Hostilidade e Ansiedade Fóbica

Dos resultados apresentados na tabela 39 podemos apurar que existe uma expressiva maioria de elementos que “nunca” apresentou emoções e comportamentos típicos do estado de cólera sendo esta a tendência de resposta mais evidente. Apenas no que concerne ao item “aborrecer-se ou irritar-se facilmente” 32,4% (n=12) dos cuidadores disseram sentir-se assim “muitas vezes”.

Relativamente à dimensão ansiedade fóbica, constatamos que para todos os itens que compõem esta dimensão, a maioria dos cuidadores referiu “nunca” ter experienciado sentimentos de medo persistente e desproporcionado.

TABELA 39: Distribuição dos participantes por itens associados à Hostilidade e Ansiedade Fóbica

	Nunca N (%)	Poucas vezes N (%)	Algumas vezes N (%)	Muitas vezes N (%)	Muitíssimas vezes N (%)	
HOSTILIDADE	6) Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	5 (13,5)	3 (8,1)	6 (16,2)	12 (32,4)	11 (29,7)
	13) Ter impulsos que não se podem controlar	17 (45,9)	4 (10,8)	8 (21,6)	6 (16,2)	2 (5,4)
	40) Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	27 (73,0)	6 (16,2)	0	3 (8,1)	1 (2,7)
	41) Ter vontade de destruir ou partir coisas	30 (81,1)	2 (5,4)	1 (2,7)	3 (8,1)	1 (2,7)
	46) Entrar facilmente em discussão	24 (64,9)	5 (13,5)	3 (8,1)	3 (8,1)	2 (5,4)
	8) Medo na rua ou praças públicas	35 (94,6)	1 (2,7)	0	1 (2,7)	0
ANSIEDADE FÓBICA	28) Medo de viajar de autocarro, de comboio ou metro	36 (97,3)	1 (2,7)	0	0	0
	31) Ter de evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causarem medo	29 (78,4)	2 (5,4)	3 (8,1)	2 (5,4)	1 (2,7)
	43) Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	35 (94,6)	0	1 (2,7)	1 (2,7)	0
	47) Sentir-se nervoso quanto tem que ficar sozinho	12 (32,4)	4 (10,8)	3 (27,0)	10 (27,0)	8 (21,6)

4.5 Ideação Paranóide e Psicoticismo

A análise dos resultados obtidos para a dimensão ideação paranóide possibilita observar que, mais uma vez, a maioria dos prestadores de cuidados referiu “nunca” ter experienciado nenhum dos pensamentos ou comportamentos referidos nos itens que compõem esta categoria.

Quanto à dimensão psicoticismo, verificamos que se mantém a mesma tendência de resposta. Existe uma percentagem superior a 45,9% (n=17) que mencionou a resposta “nunca” para todas as questões que constituem esta dimensão.

TABELA 40: Distribuição dos participantes por itens associados à Ideação Paranóide e Psicoticismo

		Nunca N (%)	Poucas vezes N (%)	Algumas vezes N (%)	Muitas vezes N (%)	Muitíssimas vezes N (%)
IDEAÇÃO PARANÓIDE	4) Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	23 (62,2)	4 (10,8)	6 (16,2)	4 (10,8)	0
	10) Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	14 (37,8)	3 (8,1)	10 (27,0)	8 (21,6)	2 (5,4)
	24) Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	25 (67,6)	2 (5,4)	4 (10,8)	4 (10,8)	2 (5,4)
	48) Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	16 (43,2)	3 (8,1)	5 (13,5)	7 (18,9)	6 (16,2)
	51) A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	18 (48,6)	0	1 (2,7)	13 (35,1)	5 (13,5)
PSICOTICISMO	3) Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	29 (78,4)	3 (8,1)	2 (5,4)	3 (8,1)	0

14) Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	17 (45,9)	5 (13,5)	5 (13,5)	5 (13,5)	5 (13,5)
34) Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados	37 (100,0)	0	0	0	0
44) grande dificuldade em sentir-se “próximo” de outra pessoa	27 (73,0)	4 (10,8)	4 (10,8)	2 (5,4)	0
53) Ter a impressão que alguma coisa não regula na sua cabeça	26 (70,3)	5 (13,5)	5 (13,5)	0	1 (2,7)

5. TRIANGULAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com Fortin (1999), a fase de análise e discussão dos resultados é uma etapa crítica num trabalho de investigação, uma vez que exige uma reflexão intensa e análise profunda de todo o processo de investigação.

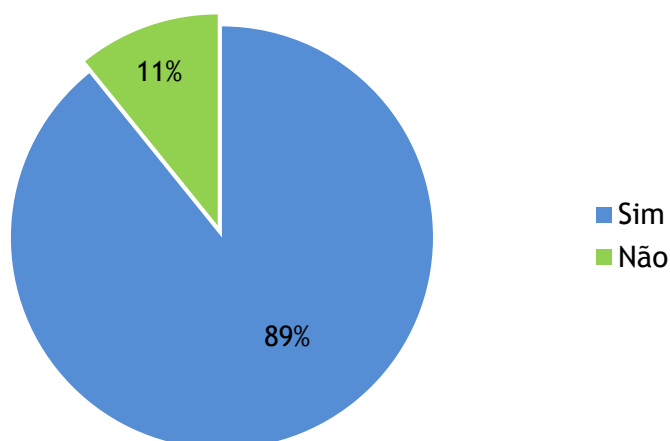
Nesta etapa do trabalho, procuramos responder às hipóteses de investigação identificadas inicialmente de forma a atingir os objetivos propostos.

H₁ - Existe evidência da presença de sintomatologia psiquiátrica nos cuidadores de pessoas com demência.

A análise da pontuação global do Índice de Sintomas Positivos permite concluir que 89,2% (n=33) dos cuidadores que participaram no estudo apresenta um valor de ISP $\geq 1,7$, ou seja, apresentam perturbação emocional.

Desta forma, e com base nos dados descritivos disponíveis, aceitamos H₁, ou seja, que existe evidência nesta população da presença de sintomatologia psiquiátrica nos prestadores de cuidados de pessoas com demência.

GRÁFICO 4 - Distribuição da amostra por sintomatologia psiquiátrica



H₂ - Existe uma associação estatisticamente significativa entre a avaliação das várias ABVD e as dimensões psiquiátricas.

A análise da Tabela 41 (ANEXO VI) permite verificar a existência de correlação significativa entre determinadas atividades básicas e algumas dimensões psiquiátricas abrangidas pelo BSI.

Podemos concluir que não existem correlações significativas entre as atividades básicas “banho” e “higiene corporal” e quaisquer dimensões psiquiátricas avaliadas dado que $p > 0,05$.

Relativamente às restantes ABVB concluímos que,

- Alimentação
 - ✓ Há uma correlação negativa moderada significativa entre a ABVD “alimentação” e a dimensão “ansiedade fóbica” ($r=-0,41$; $N=37$; $p=0,01$);
- Controlo intestinal
 - ✓ Há uma correlação negativa fraca significativa entre a ABVD “controlo intestinal” e a dimensão “obsessões compulsões” ($r=-0,35$; $N=37$; $p=0,03$);
 - ✓ Há uma correlação negativa moderada bastante significativa entre a ABVD “controlo intestinal” e a dimensão “ansiedade fóbica” ($r=-0,48$; $N=37$; $p=0,003$).
- Uso da casa de banho
 - ✓ Há uma correlação negativa fraca significativa entre a ABVD “controlo intestinal” e a dimensão “sensibilidade interpessoal” ($r=-0,32$; $N=37$; $p=0,05$);
 - ✓ Há uma correlação negativa moderada bastante significativa entre a ABVD “controlo intestinal” e a dimensão “ansiedade fóbica” ($r=-0,45$; $N=37$; $p=0,005$);
- Transferência cadeira-cama
 - ✓ Há uma correlação negativa moderada bastante significativa entre a ABVD “transferência cadeira-cama” e a dimensão “ansiedade fóbica” ($r=-0,51$; $N=37$; $p=0,001$);
- Vestir
 - ✓ Há uma correlação negativa fraca significativa entre a ABVD “vestir” e a dimensão “sensibilidade interpessoal” ($r=-0,33$; $N=37$; $p=0,04$);

- ✓ Há uma correlação negativa moderada bastante significativa entre a ABVD “vestir” e a dimensão “ansiedade fóbica” ($r=-0,42$; $N=37$; $p=0,009$);
- Controlo vesical
 - ✓ Há uma correlação negativa moderada bastante significativa entre a ABVD “controlo intestinal” e a dimensão “ansiedade fóbica” ($r=-0,45$; $N=37$; $p=0,005$);
 - ✓ Há uma correlação negativa moderada bastante significativa entre a ABVD “controlo vesical” e a dimensão “ansiedade fóbica” ($r=-0,45$; $N=37$; $p=0,005$);
- Subir escadas
 - ✓ Há uma correlação negativa moderada bastante significativa entre a ABVD “subir escadas” e a dimensão “ansiedade fóbica” ($r=-0,51$; $N=37$; $p=0,001$);
- Deambulação
 - ✓ Há uma correlação negativa moderada bastante significativa entre a ABVD “deambulação” e a dimensão “ansiedade fóbica” ($r=-0,42$; $N=37$; $p=0,009$).

H₃ - Existe uma associação estatisticamente significativa entre a avaliação das AIVD e as dimensões psiquiátricas somatização, depressão e ansiedade.

Após a análise da Tabela 42 (ANEXO VII), concluímos que não existe correlação significativa entre as AIVD e as dimensões psiquiátricas “capacidade para usar telefone”, “cuidado com a casa”, “responsabilidade com a medicação” e “capacidade para tratar dos assuntos económicos” uma vez que, $p > 0,05$.

Quanto às restantes dimensões verificamos a existência de correlação significativa com determinadas AIVD’s:

- Fazer compras
 - ✓ Há uma correlação negativa fraca significativa entre a AIVD “fazer compras” e a dimensão “sensibilidade interpessoal” ($r=-0,33$; $N=37$; $p=0,04$);
- Usar meios de transporte
 - ✓ Há uma correlação negativa fraca significativa entre a AIVD “usar meios de transporte” e a dimensão “sensibilidade interpessoal” ($r=-0,33$; $N=37$; $p=0,04$);

- ✓ Há uma correlação negativa fraca significativa entre a AIVD “fazer compras” e a dimensão “depressão” ($r=-0,38$; $N=37$; $p=0,02$).

H₄ - Existe uma associação estatisticamente significativa entre a presença de antecedentes psiquiátricos familiares e a sintomatologia psiquiátrica.

A análise da Tabela 39 permite constatar que não se verificam relações estatisticamente significativas entre a presença de antecedentes psiquiátricos familiares e a sintomatologia psiquiátrica, dado que para todas as avaliações $p \geq 0,05$, o que permite afirmar que a presença de antecedentes psiquiátricos familiares não comprovam nesta amostra, uma relação significativa com a presença de sintomatologia psiquiátrica.

TABELA 43: Avaliação da associação entre presença de antecedentes psiquiátricos familiares e sintomatologia psiquiátrica

Dimensão	F	Sig.
Somatização	0,63	0,43
Obsessões-Compulsões	0,27	0,14
Sensibilidade Interpessoal	1,32	0,26
Depressão	0,13	0,72
Ansiedade	0,16	0,69
Hostilidade	1,30	0,26
Ansiedade Fóbica	2,23	0,14
Ideação Paranóide	0,83	0,78
Psicoticismo	3,89	0,57

H₅ - Existe uma associação estatisticamente significativa entre o estadio da demência da pessoa cuidada e a presença de sintomatologia psiquiátrica.

A análise da Tabela 40 permite constatar que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o estadio da demência da pessoa alvo de cuidados e a sintomatologia psiquiátrica do cuidador, dado que para todas as avaliações $p \geq 0,05$. A dificuldade de comprovação da relação estatística entre estas variáveis poderá estar relacionada com o facto de existir uma fraca variabilidade no “estadio da demência” (Tabela 26); de facto como se pode

observar nesta tabela uma maioria significativa das pessoas dependentes encontra-se em estadio grave.

TABELA 44: Avaliação da associação entre presença de antecedentes psiquiátricos familiares e sintomatologia psiquiátrica

Dimensão	F	Sig.
Somatização	0,14	0,87
Obsessões-Compulsões	0,97	0,39
Sensibilidade Interpessoal	0,47	0,63
Depressão	1,29	0,29
Ansiedade	0,00	0,99
Hostilidade	0,79	0,46
Ansiedade Fóbica	1,62	0,21
Ideação Paranóide	0,55	0,58
Psicoticismo	0,46	0,64

CONCLUSÃO

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 2000), a demência é caracterizada como um déficit cognitivo múltiplo, com alteração da memória e com o comprometimento de um de quatro sintomas de perturbação intelectual (afasia, agnosia, apraxia ou disfunção executiva), com perturbação das atividades da vida diária não atribuíveis a um estado confusional ou a uma doença depressiva. A clínica revela que é imprescindível realizar uma abordagem integrada da demência e, simultaneamente, envolver nessa abordagem os cuidadores familiares. Esta decisão de incluir os cuidadores familiares deriva das evidências de investigação, que apontam para um risco severo desses cuidadores sofrerem igualmente de patologia psiquiátrica. É precisamente nesta área que se situa o presente estudo.

Os resultados do presente estudo, que naturalmente é um estudo limitado no que se refere à sua amplitude, pretendem constituir-se como um contributo para a formação dos enfermeiros e para a prática de enfermagem sustentada em evidências.

A realidade epidemiológica sobre a demência deixa perceber as repercussões avassaladoras desta doença não só na pessoa afetada mas também na sua rede familiar e social, nomeadamente no cuidador familiar. A OMS e a União Europeia têm realçado a importância de pensar nesta doença como uma das principais causas de incapacidade, desgaste e de carga patológica, projetando a demência como uma problemática de saúde pública à escala global.

Em convergência com o desenvolvimento e evolução das políticas de saúde de mental, nomeadamente no Plano Nacional de Saúde do Idoso, consideramos que os enfermeiros devem assumir uma posição cada vez mais autónoma a nível da promoção da saúde mental e da prevenção de sintomatologia psiquiátrica do PC através de programas comunitários.

O estudo que agora finalizamos teve como propósito compreender até que ponto a prestação de cuidados a pessoas com demência pode gerar sintomatologia psiquiátrica nos cuidadores informais e contribuir para o desenvolvimento de intervenções específicas de enfermagem orientadas para a promoção da saúde mental dos cuidadores informais de pessoas com demência

Desenvolvemos um estudo de natureza quantitativa dirigido a uma população de 37 pares (prestador de cuidados/pessoa dependente), cujos dados foram colhidos em contexto comunitário. Durante o percurso de investigação definimos um protocolo de colheita de dados que resultou da revisão da literatura tendo em conta os objetivos do estudo, o campo em que este se iria desenvolver e os participantes do mesmo. Este protocolo foi constituído essencialmente por escalas validadas para a população idosa portuguesa com validade e consistências já demonstradas.

De acordo com a natureza quantitativa do estudo, a colheita de dados concretizou-se através da aplicação de questionário e três outros instrumentos (Índice de Barthel, EAVDLB e BSI). A informação recolhida foi tratada pelo método de análise estatística descritiva dos dados com recurso ao SPSS. Esta metodologia revelou-se adequada face aos objetivos traçados.

Após a realização de todo o processo de investigação importa deixar aqui uma síntese das principais conclusões que se foram configurando no decurso desta investigação.

Relativamente à caracterização do prestador de cuidados, concluímos que o perfil do cuidador construído vai de encontro ao exposto pela literatura e outros estudos de investigação sobre a temática. Desta forma concluímos que o perfil comum do cuidador informal da pessoa com demência é mulher, casada e cônjuge da pessoa dependente, apresenta uma idade média de 61 anos, possui escolaridade equivalente ao 1.º ciclo de estudos e encontra-se reformada por invalidez. No que se refere ao estado de saúde, a maioria sofre de problemas de saúde, nomeadamente patologia cardiovascular, endocrinológica e osteoarticular, tendo instituída medicação para o efeito. De acordo com os dados encontrados relativos à informação clínica dos PC, concluímos que o médico de família é o principal recurso para a vigilância de saúde sendo que apenas uma pequena minoria recorre aos cuidados do enfermeiro de família. A maioria dos

cuidadores referiu nunca ter apresentado algum episódio de doença mental, assim como não possui antecedentes familiares de doença mental.

Quanto ao processo de cuidar podemos verificar que a maioria dos cuidadores presta cuidados em média há 6,5 anos, despendendo cerca de doze horas ao longo do dia para cuidar da pessoa dependente. A preocupação e a substituição são a tipologia de cuidados mais frequentemente encontradas, sendo que a maioria dos cuidadores não recebe nenhum apoio para o desempenho do papel.

No que se refere à caracterização da pessoa dependente, verificamos que a maioria pertence ao sexo feminino, tem uma média de 80 anos, é casada, analfabeta e nunca estudou. A demência mais prevalente na população do estudo é a demência de Alzheimer, encontrando-se a maioria dos utentes em estadio grave. Quanto a outros antecedentes de saúde, verificou-se que a maioria dos doentes apresenta outras patologias, de realçar problemas cardiovasculares e metabólicos.

Relativamente à avaliação do nível de dependência das pessoas alvo de cuidados, realizada com recurso ao Índice de Barthel e à EAVDLB, constatamos que a maioria dos participantes é severamente dependente nas atividades básicas de vida diária e também apresenta um elevado grau de dependência nas atividades instrumentais de vida diária.

No que concerne à sintomatologia psiquiátrica do cuidador, concluímos que em termos médios, os cuidadores participantes no presente estudo demonstram valores significativos de sintomatologia psiquiátrica, nomeadamente nas dimensões “depressão”, “ansiedade” e “obsessões-compulsões”.

Após verificar a prevalência de presença de sintomatologia psiquiátrica nos cuidadores, e de forma a atingir os objetivos do estudo, procuramos identificar quais as variáveis associadas ao cuidar do doente com demência que poderiam estar associadas a este fenómeno. Ou seja, sem ponderar raciocínios de causalidade, que variáveis poderiam interferir com a ocorrência de sintomatologia psiquiátrica.

Assim, depois da triangulação e discussão dos dados concluímos que o elevado grau de dependência em determinadas ABVD's e AIVD's apresentam relação estatisticamente significativa com a presença de sintomatologia psiquiátrica.

Constatamos que as atividades básicas relacionadas com o alimentar, vestir, uso da casa de banho, controlo de esfíncteres e

mobilidade apresentam relação estatisticamente significativa com as dimensões ansiedade fóbica, sensibilidade interpessoal e obsessões compulsões, pelo que concluímos que os cuidadores que prestam cuidados a doentes com níveis de dependência mais elevados nestas áreas encontram-se mais predispostos a desenvolver sintomatologia psiquiátrica.

Relativamente às AIVD, as atividades com relação estatisticamente significativa com a presença de sintomatologia psiquiátrica são “fazer compras” e “uso de meios de transporte”, sendo que estas são as atividades em que a pessoa alvo de cuidados revela maior nível de dependência. Assim, concluímos que os cuidadores que prestam cuidados a doentes com dependência elevada no uso de “meios de transportes” e no “fazer compras” encontram-se mais predispostos a desenvolver sintomatologia psiquiátrica.

Dado tratar-se de um estudo descritivo, com uma amostra limitada, não pretendemos proceder a qualquer generalização de resultados. Como referido inicialmente, temos consciência que o reduzido número de pares não permite generalizações e, por outro lado, não facilita a análise de associações estatísticas. Contudo, pensamos que com uma mostra de maiores dimensões e com recurso à mesma estratégia de tratamento de informação naturalmente se obteriam dados mais consistentes. Não obstante, a presente investigação constitui um contributo para a caracterização da população de pares cuidadores informais/pessoas com demência e permite confirmar a presença de sintomatologia psiquiátrica na população de cuidadores bem como avaliar a associação da sua presença com a dependência da pessoa com demência. Estas conclusões são particularmente relevantes num momento em que se discute a criação de uma rede nacional de cuidados integrados em saúde mental e psiquiatria. Os enfermeiros têm uma enorme margem para ajudar os utentes com demência e os respetivos cuidadores, uma vez que uma grande parte dos problemas dos cuidadores pode ser minimizada através de intervenções autónomas.

No decorrer da realização deste estudo deparamo-nos com algumas dificuldades pelo que o estudo apresenta algumas limitações. As dificuldades experienciadas prenderam-se essencialmente com as autorizações necessárias para aplicação do estudo, pelo que houve necessidade de adiar a colheita de dados o que mais tarde veio limitar a dimensão da amostra a que se teve acesso. Outra limitação está

relacionada com a aplicação do instrumento de colheita de dados, devido à faixa etária elevada dos cuidadores, tornando a aplicação mais demorada e morosa. Contudo, os respondentes não verbalizaram dificuldades na compreensão do questionário. Uma outra limitação está relacionada com o facto do nosso estudo se confinar a uma população inserida num serviço específico, com fraca variabilidade no que se refere à severidade da demência. Assim, seria desejável que o estudo fosse replicado a uma amostra aleatória com maior representatividade e incluindo também idosos sem demência.

Face ao exposto, somos da opinião que o estudo deixa pistas para a melhoria da prática clínica mas também para novas iniciativas de investigação. Finalizada esta etapa, é nosso objetivo dar continuidade ao estudo de forma a obter uma amostra de maiores dimensões e consolidar a investigação realizada.

No âmbito da investigação, sugerimos a realização de estudos comparativos com populações de idosos sem demência ou com diagnóstico clínico de demência em estadio ligeiro ou moderado, que permitam identificar com maior rigor e precisão a associação entre o cuidar de pessoas com demência e o desenvolvimento de sintomatologia psiquiátrica. Julgamos que seria de todo pertinente apurar com maior objetividade a presença de sintomatologia psiquiátrica nos cuidadores, através do recurso a instrumentos padronizados ou pelo desenvolvimento de novos instrumentos. No campo académico, pensamos ser pertinente construir linhas orientadoras para o desenvolvimento de um currículo de enfermagem de base que responda às necessidades citadas e suscite a atenção numa área cada vez mais emergente como a das demências e dos respetivos prestadores de cuidados. No campo da prática clínica em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, sugerimos a validação de protocolos de intervenção para os cuidadores de pessoas com demência, baseados na evidência, que forneçam orientações sobre os focos essenciais nomeadamente no domínio da sobrecarga, stress e sintomatologia psiquiátrica.

Esperamos com o presente estudo contribuir para a melhoria da assistência prestada aos cuidadores informais, salientando a importância dos profissionais de enfermagem abordarem a família neste contexto como um recurso para a excelência de cuidados mas também enquanto entidade alvo de cuidados que requer a sua atenção e intervenção, de forma a

promover a saúde mental do cuidador e evitar o aparecimento de sintomatologia psiquiátrica. Um cuidador com melhor nível de saúde estará em melhores condições para acompanhar e cuidar da pessoa cuidada.

A execução deste estudo de investigação constituiu uma oportunidade de aprendizagem e consolidação de conhecimentos e competências enquanto enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria e permitiu o aprofundamento de competências na área da investigação. Conscientes do limitado alcance do estudo, resta-nos desejar que este estudo possa inspirar a melhoria dos cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiatria e motive outras iniciativas de investigação nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, W. - *Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau, 2008. ISBN: 978-972-8485-96-2

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4.^a edição TR. Lisboa: Climepsi Editores, 2006. ISBN: 972-796-020-2

ANDRADE, C. - Transição para o prestador de cuidados: Sensibilidade aos cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem* [Em linha]. Vol. 13, nº 1 (1º semestre 2009), p.61-71. [Consult. em 11 Nov. 2011]. Disponível na Internet: <URL: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_61-71.pdf>.

ARAÚJO, I. M. - *Cuidar da família com um idoso dependente: Formação em enfermagem*. Porto: Universidade do Porto, 2010. Tese de Doutoramento.

ARAÚJO, F. et. al - Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In: Leal, I. et al, ed. Lit. - *Actas do 7.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA Edições, 2008.

BARRETO, J. - Os sinais da doença e sua evolução. In: CASTRO-CALDAS, A. & MENDONÇA, A. - *A doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lousã: Lidel, 2005. ISBN: 978-972-757-359-2

BELL, J. - *Como realizar um projecto de investigação*. S.l.: Gradiva, 2002.

BRAITHWAITE, V. - Contextual or general stress outcomes: making choices through caregiving appraisals. *The Gerontologist* Vol. 40, (2000). Pp: 706-717.

BRITO, M. - *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Universidade do Porto, 2000. Dissertação de Mestrado.

CANAVARRO, M. - Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In: SIMÕES, M. et al - *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Vol. III. Coimbra: Quarteto, 2008. ISBN: 978-989-558-101-6

CASTRO-CALDAS, A. & MENDONÇA, A. - *A doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lousã: Lidel, 2005. ISBN: 978-972-757-359-2

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP): Versão 2.0*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2

COSTA, J. - Sintomatologia psiquiátrica dos familiares cuidadores de doentes com internamento em cuidados intensivos. Porto: 2012. Dissertação de Mestrado.

COVINSKY, K. et al. - Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. In: *Journal of General Internal Medicine*. Vol. 18, n.º 12 (Dezembro, 2003). Pp. 1006-1014.

DEROGATIS, L. - *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration and Procedures - Manual*. Baltimore: Clinical Psychometric Research, 1982.

FERRARA, M. et al. - Prevalence of stress, anxiety and depression in with Alzheimer caregivers. In: *Health and Quality of Life Outcomes*. Vol. 6, n.º 93 (Novembro, 2008). Pp 1-5.

FIGUEIREDO, D. M. - *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência: Abordagem multidimensional das (dis)semelhanças*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2007. Tese de Doutoramento.

FIRMINO, H., ed. Lit. - *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica, 2006. 989-20-0314-4

FOIZIE, J. - *Comparison of caregiver burden among types and stages of dementia*. University of St. Thomas: 2012. Clinical research paper.

FORTIN, M. F. - *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999.

GAUGLER, J. et al. - Clinically significant changes in burden and depression among dementia caregivers following nursing home admission. *BMC Medicine*. Vol. 8, n.º 85. (2010). Pp. 1-14.

GARCIA-ALBERCA, J. et al. - Anxiety and depression are associated with coping strategies in caregivers of Alzheimer's disease patients: results from the MÁLAGA-AD study. *International Psychogeriatric Association*. 2012. Pp. 1-10.

GARRET, C. et. al - Ansiedade e depressão cuidadores informais de pessoas com incapacidade funcional. In: *A psicologia da saúde num mundo em mudanças: resumo do 5.º congresso nacional de psicologia da saúde*. 2004.

GARRET. C. - Impacto socio-económico da doença de alzheimer. In: In: CASTRO-CALDAS, A. & MENDONÇA, A. - *A doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lousã: Lidel, 2005. ISBN: 978-972-757-359-2

GRELHA, P. - *Qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário: estudo sobre a influência da educação para a saúde na qualidade de vida*. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2009. Dissertação de Mestrado.

HASHIMOTO, E. et al. - Depression among family caregivers of patients with dementia attending to Psychiatric Dispensary in Northern Japan. In: *International Medical Journal*. Vol. 20, n.º 1 (Fevereiro, 2013). Pp. 9-12.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Revista de Estudos Demográficos n.º 32. Lisboa: INE, 2002. ISSN: 1645-5657.

- Revista de Estudos Demográficos n.º 33. Lisboa: INE, 2003.

JANI-LE-BRI, H. - *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Lisboa: Conselho Económico e Social, 1994. ISBN: 972-95818-9-4

LAWTON, M. & BRODY, E. - Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. Vol. 9 (1969)

KAPLAN, H. & SADOCK, B. - *Compêndio de Psiquiatria*. 2.^a Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

- *Manual Conciso de Psiquiatria Clínica*. 2.^a Edição. Porto Alegre: Artemed, 2008.

KIM, H. et al. - Predictors of caregiver burden in caregiving of individuals with dementia. In: *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 68 n.º 4. (Janeiro, 2013). Pp. 846-855.

KUMAR, R. - *Research methodology: a step-by-step guide for beginners*. London: Sage Publications, 2005.

LAGE, M. I. - *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte cuidado no cuidador informal*. Porto: Universidade do Porto, 2007. Dissertação de Doutoramento.

LAWLOR, B. - Sintomas comportamentais e psicológicos na demência. In: FIRMINO, H., ed. Lit. - *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica, 2006. 989-20-0314-4

LEVINE, C. - Depression in caregivers of patients with dementia: a greater role for physicians. In: *Journal of General Internal Medicine*. Vol. 18. (Dezembro, 2003). Pp. 1058-1059.

LEUCHNER, A. - Os auxílios disponíveis: os serviços de saúde mental. In: CASTRO-CALDAS, A. & MENDONÇA, A. - *A doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lousã: Lidel, 2005. ISBN: 978-972-757-359-2

LISHMAN, W. - *Organic Psychiatric*. Oxford: Blackwell Scientific, 1998.

LOSADA, A. et al - *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia: El papel de los pensamientos disfuncionales*. Madrid: IMSERSO, 2006.

LUDERS, S. & STORANI, M. - Demência: impacto para a família e a sociedade. In: NETO, M. - *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2002.

MAHONEY, R. et al. - Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer's disease: the LASER-AD study. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 13, n.º 9 (Setembro, 2005). Pp. 795-801.

MARQUES, T. et. Al - Diagnóstico diferencial dos síndromes demenciais. In: FIRMINO, H., ed. Lit. - *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica, 2006. 989-20-0314-4

MELEIS, A. I. [et al.] - Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science* [Em linha]. Vol. 23, n.º 1 (2000), p. 12-28. [Consult. em 11 Nov. 2011]. Disponível na Internet: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=127&sid=28d923e-f871-4027-b9db-16319fa219d8%40sessionmgr104>. ISSN: 0161-9268

MELO, G. - Apoio ao Doente no Domicílio. In: CASTRO-CALDAS, A. & MENDONÇA, A. - *A doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lousã: Lidel, 2005. ISBN: 978-972-757-359-2

MENDES, S. M. - *Avaliação do risco de dependência funcional em pessoas idosas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008. Dissertação de Mestrado.

MOREIRA & OLIVEIRA - Fisiopatologia da doença de Alzheimer e de outras demenciais. In: CASTRO-CALDAS, A. & MENDONÇA, A. - *A doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lousã: Lidel, 2005. ISBN: 978-972-757-359-2

NELIS, S.; QUINN, C; CLARE, L. - *Information and support interventions for informal caregivers of people with dementia*. (2007) [Consult. em 15 Mar. 2012]. Disponível na Internet: <http://www.thecochranelibrary.com>

NERI, A. L. & CARVALHO, V. A. - O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: FREITAS e col. (Eds) - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa, Direção Geral de Saúde, 2003.

OPPENHEIM, A. - *Questionnaire design, interviewing and measurement*. Continuum, 2000.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. D.R., II Série. N.º 35 (2011-02-18), Parte E, p. 8648-8653.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento n.º 129/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. D.R., II Série. N.º 35 (2011-02-18), Parte E, p. 8669-8673.

PAÚL, M. - *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina, 1997.

PEARLIN L. et. al - Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*. Vol. 30, n.º 5 (1990). Pp: 583-594

PEREIRA, M. - *Cuidadores informais de doentes de Alzheimer: sobrecarga física, emocional e social e psicopatologia*. Porto: Universidade do Porto, 2006. Dissertação de Mestrado.

PESTANA, M. & GAGEIRO, J. - *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 2.ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.

QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L. - *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 4.ª Ed. Lisboa: Gradiva, 2005. ISBN: 972-662-275-1

ROSNESS, T.; ENGEDAL, K. & MJORUD, M. - Quality of life depression in carers of patients with early onset dementia. In: *Aging and Mental Health*. Vol. 15, n.º 3 (Abril, 2011). Pp. 299-306

SANTOS, P. & PAÚL, C. - Desafios na saúde dos mais velhos: o outro lado da terapia. In: FIRMINO, H., ed. Lit. - *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica, 2006. 989-20-0314-4

SANTANA, I. - A Doença de Alzheimer e outras demências: Diagnóstico diferencial. In: CASTRO-CALDAS, A. & MENDONÇA, A. - *A doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lousã: Lidel, 2005. ISBN: 978-972-757-359-2

SPAR, J. & LA RUE, A. - *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi, 2005.

SEQUEIRA, C. - *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lousã: Lidel, 2010. ISBN: 978-972-757-717-0

- *Cuidar de Idosos Dependentes: diagnóstico e intervenção*. 1.ª Ed. Coimbra: Quarteto, 2007. ISBN: 978-989-558-092-7

SCHULZ, R. & MARTIRE, L. - Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects and support strategies. In: *American Journal Geriatric Psychiatry*. Vol. 12; n.º 3. (Maio-Junho de 2004). Pp. - 240-249.

SILVA, A. - *Efectividade de um programa de intervenção na percepção de sobrecarga dos familiares cuidadores de pessoas idosas com demência*. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2009. Tese de Mestrado.

SILVA, J. M. - *Sintomatologia psiquiátrica do cuidador informal*. Porto: 2011. Dissertação de Mestrado.

SOBRAL, M. - A contribuição da Psicologia na avaliação do idoso. In: FIRMINO, H., ed. Lit. - *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica, 2006. 989-20-0314-4

TREMONT, G. - Family caregiving in Dementia. In: *Medicine and Health*. Vol. 94, n.º 2 (Fevereiro, 2011). Pp. 36-38.

TRUZZI, A. et. al - Burnout in familial caregivers of patients with dementia. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 34 (Fevereiro, 2012). Pp. 405-412.

VALENTE, J. - Introdução e evolução histórica do conceito de demência. In: FIRMINO, H., ed. Lit. - *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica, 2006. 989-20-0314-4

VARIZO, M. C. - Qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2011. Dissertação de Mestrado

VIGIA, M. - *Qualidade de vida de cuidadores informais de idosos com demência*. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2012. Tese de Mestrado.

YANGUAS, J.& PÉREZ, M. - Apoyo informal y demencias: Es posible descubrir nuevos caminos? In: *Matia Fundazioa*. (2001). Pp. 1-20. [Consult. em 15 Mar. 2012]. Disponível na Internet: [<URL:http://www.matiaf.net/descarga/articulos/apoyo_informal.pdf](http://www.matiaf.net/descarga/articulos/apoyo_informal.pdf)

WATSON, L. et al. - Perceptions of depression among dementia caregivers: findings from CATIE-AD trial. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Vol. 26, n.º 4. (Abril, 2011). Pp. 397-402.

WHITLATCH et. al - Caregiver-recipient closeness and symptom progression in Alzheimer disease. *Journal of Gerontology*. Vol. 5, (Junho, 1996). Pp. 560-568

ZAGONEL, I. P. - O Cuidado Humano Transicional na Trajetória de Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. ISSN: 0104-1169 Ribeirão Preto. Vol. 7, n.º3 (Julho de 1999), p. 25-32.

ANEXOS

Anexo I

Consentimento de Autorização da Instituição



Autoriza a realização

hospital de
magalhães lemos
EPE

HOSPITAL DE MAGALHÃES LEMOS, EPE
Reunião do C.A.
5/4/13
Acta n.º 9/2013

 António Leuschner Presidente	 Alberto Peixoto Vogal Executivo
 Joaquim Ramos Director Clínico	 João Teles Enfermeiro Director

RELATÓRIO

A Comissão de Ética do HML, EPE aprova este relatório, sublinhando ainda que o consentimento informado está previsto.
3.04.2013

No que respeita à solicitação de parecer que o Conselho de Administração do Hospital de Magalhães Lemos (HML), EPE, na pessoa do seu Presidente, Dr. António Leuschner, dirigiu à Comissão de Ética do HML, referente ao pedido de autorização do estudo "Sintomatologia Psiquiátrica do Familiar Cuidador da Pessoa com Demência", formulado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, por Ana Filipa Neves Sanhudo, Enfermeira com o grau académico de Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, sob a orientação do Professor Doutor Wilson Jorge Correia de Abreu, considero que a investigação científica em apreço está conforme as normas da confidencialidade e protecção de dados, por garantir o anonimato dos sujeitos investigados e prescindir da consulta do processo clínico.

Porto e Hospital de Magalhães Lemos, EPE, 19 de Março de 2013

O Vogal da Comissão de Ética do HML, EPE,

(Victor Mota)

Anexo II

Consentimento de Autorização do Instrumento Inventário Breve de Sintomas

Re: Pedido de autorização utilização BSI

From: Ana Sanhudo <ana_sanhudo@live.com.pt>
Date: Quarta-feira, 17 de Abril de 2013 16:56
To: Cristina Canavarro <mccanavarro@fpce.uc.pt>
Subject: Pedido de autorização utilização BSI

Exma. Sr.^a Professora Doutora Maria Cristina Canavarro,

venho por este meio solicitar a V. Ex.^a a autorização para a aplicação do inventário "BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos", no âmbito de um estudo de investigação científico, subordinado ao tema "Sintomatologia Psiquiátrica do Familiar Cuidador da Pessoa com Demência" em contexto do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Envio em anexo Formulário de requisição do instrumento, Projecto de Dissertação e Declaração do Orientador.

Certa da melhor compreensão por parte de V. Ex.^a ao assunto em questão e aguardando uma resposta favorável ao pedido, apresento os melhores cumprimentos,

Ana Filipa Sanhudo

Date: Wed, 17 Apr 2013 19:24:00 +0100
Subject: Re: Pedido de autorização utilização BSI
From: mccanavarro@fpce.uc.pt
To: ana_sanhudo@live.com.pt

Caro Enf.^a Ana Sanhudo,

Acuso recepção do seu email.

De acordo com o código deontológico dos Psicólogos, instrumentos específicos de avaliação psicológica, apenas podem ser cedidos a profissionais com a devida formação especializada na área. Agradecia que me esclarecesse sobre este aspeto. Tem formação específica na área de saúde mental?

Com os melhores cumprimentos,

MCristina Canavarro

.....

Maria Cristina Canavarro

Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra-EPE, Unidade de Intervenção Psicológica
(UnIP) da Maternidade Daniel de Matos
mccanavarro@fpce.uc.pt
<http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm>

From: Ana Sanhudo <ana_sanhudo@live.com.pt>
Date: Sexta-feira, 19 de Abril de 2013 22:40

To: Cristina Canavarro <mccanavarro@fpce.uc.pt>

Subject: RE: Pedido de autorização utilização BSI

Boa noite Prof.^a Maria Cristina Canavarro,

em resposta à solicitação, confirmo ter formação especializada na área, tenho o curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Envio em anexo o certificado comprovativo.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Filipa Sanhudo

De: **Cristina Canavarro** (mccanavarro@fpce.uc.pt)

Enviada: domingo, 21 de Abril de 2013 16:42:14

Para: Ana Sanhudo (ana_sanhudo@live.com.pt)

[Vista Ativa](#) do Outlook

Cara Enf^a Ana Sanhudo,

Está autorizada a utilizar a versão portuguesa do BSI, da qual sou autora e que envio em anexo.

Para conhecer dados relativos a procedimentos de passagem e cotação, bem como informações sobre as características psicométricas do instrumento, deve consultar bibliografia indicada na nossa página web <http://www.fpce.uc.pt/saude/bsi.htm>.. Em anexo, envio também capítulo de livro, que se encontra esgotado.

Com os melhores cumprimentos,

MCristina Canavarro

.....

Maria Cristina Canavarro

Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra-EPE, Unidade de Intervenção Psicológica

(UnIP) da Maternidade Daniel de Matos

mccanavarro@fpce.uc.pt

<http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm>

Anexo III

**Consentimento de Autorização para Utilização da Escala de
Lawton e Brody e Índice de Barthel**

Re: FW: Pedido de autorização da E. Lawton Brody

De:araujo@esenf.ptEnviada:domingo, 20 de Outubro de 2013 11:27:56
Para:Ana Sanhudo (ana_sanhudo@live.com.pt)

Boa tarde Ana Filipa Sanhudo

Em resposta ao solicitado, envio-lhe cópia da versão validada do instrumento a que se refere. Envio também copia digitalizada da publicação no livro de atas do 7 congresso Nacional de Psicologia da Saúde.

Desejo-lhe muito sucesso para o seu trabalho académico, nesta área tão

premente de conhecimento para melhor sustentar o trabalho desenvolvidos com as famílias que integram e cuidam de familiares com processos de demência.

Ao dispor

Prof Fátima Araujo

Exma. Sr.^a Professora Fátima Araújo,

venho por este meio solicitar a V. Ex.^a a autorização para a aplicação do inventário "Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody", no âmbito de um estudo de investigação científico, subordinado ao tema "Sintomatologia Psiquiátrica do Familiar Cuidador da Pessoa com Demência" em contexto do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto, a ser orientado pelo Prof. Wilson Abreu. Certa da melhor compreensão por parte de V. Ex.^a ao assunto em questão e aguardando uma resposta favorável ao pedido, apresento os melhores cumprimentos,

Ana Filipa Sanhudo

Re: FW: Pedido de autorização da E. Lawton Brody

De: **araujo@esenf.pt** Este remetente está na [lista de contactos](#).

Enviada: sexta-feira, 25 de Outubro de 2013 20:46:46

Para: Ana Sanhudo (ana_sanhudo@live.com.pt)

Boa noite Ana Filipa

Em resposta ao pedido envio-lhe copia do instrumento e cópia do artigo.

Votos de bom trabalho

Prof Fatima Araujo

Boa tarde Prof.^a Fátima Araújo,

> agradeço a disponibilidade e atenção

demonstradas. Gostaria ainda de solicitar a autorização para utilização do Índice de Barthel, validado numa amostra de idosos não institucionalizados, para aplicação no âmbito do mesmo estudo de investigação científico anteriormente referido.

Os melhores cumprimentos,

Ana Filipa Sanhudo

Anexo IV

Consentimento Informado

EXPLICAÇÃO DO ESTUDO E CONSENTIMENTO INFORMADO

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios da sua participação. Solicitamos que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que julgar necessárias antes de aceitar fazer parte do estudo.

Ana Filipa Neves Sanhudo, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende desenvolver um estudo de investigação subordinado ao tema “Sintomatologia Psiquiátrica do Familiar Cuidador da Pessoa com Demência”. Este estudo tem como objetivos:

- Identificar sintomatologia psiquiátrica nos prestadores de cuidados de pessoas com demência;
- Compreender a relação entre a sintomatologia psiquiátrica dos familiares cuidadores de pessoas com diagnóstico médico de demência e o exercício do papel de cuidar;
- Analisar a relação entre a sintomatologia psiquiátrica dos prestadores de cuidados e os níveis de dependência apresentados pelos doentes;
- Avaliar a associação entre as variáveis sociodemográficas e de interação com a sintomatologia psiquiátrica dos prestadores de cuidados.

PARTICIPAÇÃO: A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir não tomar parte do estudo, receberá todos os cuidados de enfermagem correspondentes com a sua situação e com os padrões de qualidade do hospital. Se decidir participar, poderá sempre desistir de fazer a qualquer momento. A sua decisão de participar ou não neste estudo, não afetará a sua relação terapêutica atual ou futura com a autora do estudo ou seus pares.

PROCEDIMENTO: Se aceitar participar neste estudo, vai-lhe ser solicitado responder a um questionário, onde lhe serão colocadas questões sobre o tema em causa. O questionário será realizado após contacto telefónico prévio de acordo com a sua disponibilidade.

RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO: Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Não se prevêem benefícios imediatos. Contudo, a

realização do estudo poderá permitir uma maior e melhor participação dos enfermeiros no processo de cuidar.

ANONIMATO / CONFIDENCIALIDADE: Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum documento ou publicação, que eventualmente se venha a produzir, será incluída qualquer informação que possa conduzir à identificação dos participantes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação serão destruídos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

“Sintomatologia Psiquiátrica do Familiar Cuidador da Pessoa com Demência”

Eu, abaixo-assinado _____
, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

A informação e explicação que me foi prestada versaram os objetivos, os procedimentos, os riscos e benefícios do estudo, sendo-me garantido o anonimato e a confidencialidade da informação.

Foi-me comunicado que tenho o direito a recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal na assistência que nos é prestada.

Por isso, aceito participar de livre e espontânea vontade neste estudo, respondendo às questões que me forem colocadas.

Porto, _____ de _____ de 2013

Assinatura do participante:

Assinatura do investigador:

Contacto do investigador:

E-mail: ana_sanhudo@live.com.pt

Telemóvel: 937666993

Anexo V

Questionário

Dissertação “Sintomatologia Psiquiátrica do Cuidador da Pessoa com Demência”

Sanhudo, A. (2013)

QUESTIONÁRIO

Questionário n.º

Data de preenchimento: __ / __ / ____

I Parte - Caracterização do Prestador de Cuidados

1. Sexo:

- Masculino
 Feminino

2. Idade: ____ anos

3. Estado civil:

- Solteiro(a) Viúvo(a)
 Casado(a) Divorciado(a)
 União de facto

4. Escolaridade: (n.º de anos que completou com sucesso)

5. Situação profissional:

- Reformado(a) por idade Doméstico(a)
 Reformado(a) por invalidez Desempregado(a)
 Empregado(a) Estudante

5.1. Profissão que exerce ou exerceu: _____

6. Relação de parentesco com o recetor de cuidados:

- Cônjuge Pai/Mãe
 Filho(a) Neto(a)
 Genro/Nora Outro: _____
 Irmão(a)

7. É o cuidador principal? Sim Não

8. Número de pessoas a quem presta cuidados: (pessoas)

9. Há quanto tempo presta cuidados à pessoa dependente: □□ (anos) e □□ (meses)

10. Tipo de cuidados prestados:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Preocupação | <input type="checkbox"/> Ajuda-parcial |
| <input type="checkbox"/> Supervisão | <input type="checkbox"/> Substituição |
| <input type="checkbox"/> Orientação | |

11. Quanto tempo (em média) despende para a prestação de cuidados:

N.º de □□ (horas) e □□ (minutos)

12. Presta cuidados à pessoa:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Uma vez por dia | <input type="checkbox"/> < Uma vez por semana |
| <input type="checkbox"/> > Uma vez por dia | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente |
| <input type="checkbox"/> Ao longo do dia | <input type="checkbox"/> Mensal |
| <input type="checkbox"/> Uma vez por semana | <input type="checkbox"/> Sazonalmente |
| <input type="checkbox"/> Duas a três vezes por semana | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |

13. Tipo de apoio que recebe:

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Informal | <input type="checkbox"/> Nenhum |
| <input type="checkbox"/> Emocional | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Instrumental | |

14. Tipo de vigilância de saúde:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médico de família | <input type="checkbox"/> Psiquiatra |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro de família | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Médico privado | |

15. Antecedentes médicos:

- Não
 Sim. Especificar:

16. Antecedentes psiquiátricos:

- Não
 Sim. Especificar:

17. Antecedentes psiquiátricos familiares:

- Não
 Sim. Especificar:

18. Faz algum tipo de medicação?

- Não
 Sim. Especificar:

II Parte - Caracterização do Recetor de Cuidados

1. Sexo:

- Masculino
 Feminino

2. Idade: ____ anos

3. Estado civil:

- Solteiro(a) Viúvo(a)
 Casado(a) Divorciado(a)
 União de facto

4. Escolaridade: □□ (n.º de anos que completou com sucesso)

5. Relação de parentesco com o recetor de cuidados:

- Cônjuge Avô/Avó
 Filho(a) Neto(a)
 Genro/Nora Outro: _____
 Irmão(a)

6. Tipo de demência:

- Vascular Mista
 Alzheimer Corpos de Lewis
 Fronto-temporal Outra: _____

7. Estadio da demência:

- Ligeira
 Moderada
 Grave

8. Antecedentes pessoais:

- Acidente vascular cerebral (AVC) Traumatismo crânio-encefálico
 Hipertensão arterial (HTA) Consumo substâncias
 Diabetes Mellitus (DM) Doença psiquiátrica
 Obesidade Outro. Especificar: _____

III Parte - Avaliação Funcional do Recetor de Cuidados

Nesta terceira parte do questionário pretende-se caracterizar o nível de dependência da pessoa recetora dos cuidados através da aplicação Do Índice de Barthel e Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody.

ÍNDICE DE BARTHEL

Item	ABVD	Cotação
Alimentação	Independente	10
	Necessita de ajuda	5
	Dependente	0
Banho	Independente	5
	Dependente	0
Controle intestinal	Independente	10
	Incontinência involuntária ocasional	5
	Incontinente fecal	0
Uso da casa de banho	Independente	10
	Necessita de ajuda	5
	Dependente	0
Transferência da cadeira - cama	Independente	15
	Necessita de ajuda mínima	10
	Necessita de grande ajuda	5
	Dependente	0
Vestir	Independente	10
	Necessita de ajuda	5
	Dependente	0
Higiene corporal	Independente	5
	Dependente	0
Controle vesical	Independente	10
	Incontinência urinária ocasional	5
	Incontinente ou algaliado	0
Subir escadas	Independente	10
	Necessita de ajuda	5
	Dependente	0
Deambulação	Independente	15
	Necessita de ajuda	10
	Independente c/ cadeira de rodas	5
	Dependente	0

ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA DE LAWTON E BRODY

1) Capacidade para Usar Telefone <input type="checkbox"/> (3) Utiliza o telefone por própria iniciativa; procura números e marca números <input type="checkbox"/> (2) É capaz de marcar alguns números familiares <input type="checkbox"/> (1) Atende o telefone mas não marca números <input type="checkbox"/> (0) Não é capaz de usar o telefone
2) Fazer Compras <input type="checkbox"/> (3) Realiza sozinho(a) todas as compras necessárias <input type="checkbox"/> (2) Realiza sozinho(a) as compras pequenas <input type="checkbox"/> (1) Necessita ser acompanhado(a) para fazer qualquer compra <input type="checkbox"/> (0) Totalmente incapaz de ir às compras
3) Preparação da comida <input type="checkbox"/> (3) Organiza, prepara e serve adequadamente as refeições sozinho(a) <input type="checkbox"/> (2) Prepara adequadamente as refeições se os ingredientes forem fornecidos <input type="checkbox"/> (1) Prepara, aquece e serve as refeições, mas não mantém uma dieta adequada <input type="checkbox"/> (0) Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições.
4) Cuidado com a casa <input type="checkbox"/> (4) Mantém a casa arrumada, sozinho(a) ou com ajuda ocasional <input type="checkbox"/> (3) Realiza tarefas diárias ligeiras como lavar a louça ou fazer a cama <input type="checkbox"/> (2) Realiza tarefas diárias ligeiras mas não mantém um nível adequado de limpeza <input type="checkbox"/> (1) Necessita de ajuda em todas as tarefas da lida da casa <input type="checkbox"/> (0) Não participa em nenhuma tarefa doméstica
5) Lavar a roupa <input type="checkbox"/> (2) Lava sozinho(a) toda a sua roupa <input type="checkbox"/> (1) Lava sozinho(a) apenas pequenas peças <input type="checkbox"/> (0) Toda a lavagem da roupa tem de ser realizada por outra pessoa
6) Usar meios de transporte <input type="checkbox"/> (3) Viaja sozinho em transportes públicos ou conduz o seu próprio carro <input type="checkbox"/> (2) É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro meio de transporte <input type="checkbox"/> (1) Viaja em transportes públicos quando acompanhado(a) por alguém <input type="checkbox"/> (0) Não viaja
7) Responsabilidade com a sua medicação <input type="checkbox"/> (2) É responsável por tomar a sua medicação nas doses corretas e à hora certa <input type="checkbox"/> (1) Toma a sua medicação se lhe for preparada (doses separadas) previamente <input type="checkbox"/> (0) Não é capaz de se responsabilizar pela toma da medicação
8) Capacidade de tratar dos seus assuntos económicos <input type="checkbox"/> (2) Gere os seus assuntos financeiros sozinho(a) <input type="checkbox"/> (1) Gere as compras do dia-a-dia, mas necessita de ajuda nas grandes compras, no banco, ... <input type="checkbox"/> (0) Incapaz de gerir dinheiro
PONTUAÇÃO FINAL _____

IV - Inventário de Sintomas Psicopatológicos

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o **GRAU EM CADA PROBLEMA O (A) INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA**. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado(a) pelos seguintes:	Nunca (0)	Poucas vezes (1)	Algumas vezes (2)	Muitas vezes (3)	Muitíssimas vezes (4)
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19. Sentir-se atemorizado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Sentir que as outras pessoas não são suas amigas ou não gostam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Sentir-se inferior aos outros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Dificuldade em adormecer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Dificuldade em tomar decisões | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Sensação de que lhe falta o ar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Calafrios ou afrontamentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causarem medo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Sensação de vazio na cabeça | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Sentir-se sem esperança perante o futuro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Ter dificuldade em se concentrar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Falta de forças em partes do corpo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Ter vontade de destruir ou partir coisas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Grande dificuldade em sentir-se “próximo” de outra pessoa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Ter ataques de terror ou pânico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 46. Entrar facilmente em discussão | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado/quieto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. Sentir que não tem valor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. Ter sentimento de culpa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. Ter a impressão que alguma coisa não regula na sua cabeça | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anexo VI

TABELA 41: Correlação entre ABVD e Dimensões Psiquiátricas do BSI

TABELA 41: Correlação entre ABVD e Dimensões Psiquiátricas do BSI

ABVD	Somatização		Obsessões-Compulsões		Sensibilidade Interpessoal		Depressão		Ansiedade		Hostilidade		Ansiedade Fóbica		Id. Paranóide		Psicoticismo	
	r	Sig.	R	Sig.	r	Sig.	r	Sig.	r	Sig.	r	Sig.	r	Sig.	r	Sig.	r	Sig.
Alimentação	+0,02	0,89	-0,25	0,14	-0,26	0,12	-0,28	0,09	-0,13	0,44	0,05	0,79	-0,41	0,01	0,043	0,80	-0,02	0,91
Banho	-0,05	0,79	-0,18	0,28	-0,13	0,45	-0,10	0,56	-0,10	0,55	0,05	0,75	-0,14	0,41	0,18	0,27	0,09	0,59
Controle intestinal	-0,03	0,87	-0,35	0,03	-0,31	0,06	-0,37	0,23	-0,18	0,29	-0,15	0,38	-0,48	0,003	-0,04	0,81	-0,17	0,29
Uso da casa de banho	+0,4	0,83	-0,21	0,21	-0,32	0,05	-0,26	0,13	-0,06	0,71	-0,16	0,35	-0,45	0,005	0,06	0,71	-0,06	0,72
Transferência cadeira-cama	+0,07	0,67	-0,22	0,19	-0,28	0,09	-0,25	0,13	-0,08	0,63	0,01	0,98	-0,51	0,001	0,01	0,98	-0,08	0,66
Vestir	-0,05	0,73	-0,21	0,21	-0,33	0,04	-0,25	0,14	-0,11	0,54	-0,14	0,40	-0,42	0,009	0,03	0,87	-0,03	0,88
Higiene corporal	-0,06	0,74	-0,22	0,20	-0,22	0,20	-0,24	0,16	-0,07	0,68	-0,09	0,57	-0,05	0,76	0,09	0,58	-0,16	0,34
Controle vesical	-0,02	0,92	+0,31	0,06	-0,29	0,07	-0,34	0,38	-0,12	0,48	-0,11	0,53	-0,45	0,005	0,004	0,98	-0,15	0,38
Subir escadas	+0,02	0,91	-0,18	0,27	-0,23	0,17	-0,22	-0,20	-0,09	0,59	-0,13	0,43	-0,51	0,001	0,11	0,51	-0,02	0,92
Deambulação	0,10	0,57	-0,15	0,37	-0,17	0,31	0,20	0,24	-0,06	0,70	0,17	0,31	-0,42	0,009	0,05	0,77	0,02	0,91

Anexo VII

TABELA 42: Correlação entre AIVD e Dimensões Psiquiátricas do BSI

TABELA 42: Correlação entre AIVD e Dimensões Psiquiátricas do BSI

AIVD	Somatização		Obsessões-Compulsões		Sensibilidade Interpessoal		Depressão		Ansiedade		Hostilidade		Ansiedade Fóbica		Ideação Paranóide		Psicoticismo	
	r	Sig.	R	Sig.	r	Sig.	r	Sig.	r	Sig.	R	Sig.	r	Sig.	r	Sig.	r	Sig.
Capacidade para usar telefone	0,11	0,51	-0,13	0,46	-0,24	0,15	-0,16	0,35	0,04	0,78	-0,15	0,39	-0,21	0,22	0,19	0,25	0,01	0,97
Fazer compras	0,04	0,83	-0,12	0,49	-0,33	0,04	-0,21	0,22	0,02	0,93	-0,12	0,48	-0,21	0,21	0,07	0,67	-0,18	0,29
Preparação comida	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Cuidado com a casa	-0,18	0,27	-0,09	0,60	-0,24	0,15	-0,1	0,55	-0,07	0,70	-0,03	0,85	-0,26	0,12	-0,08	0,66	-0,07	0,68
Lavar a roupa	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Usar meios de transporte	-0,08	0,63	-0,20	0,23	-0,33	0,04	-0,38	0,02	-0,20	0,24	-0,19	0,27	-0,31	0,06	-0,10	0,57	-0,21	0,22
Responsabilidade com medicação	-0,01	0,94	-0,03	0,88	-0,23	0,17	-0,08	0,64	0,09	0,59	-0,17	0,33	-0,18	0,28	0,18	0,28	-0,02	0,89
Capacidade para tratar de assuntos económicos	-0,00	0,99	-0,15	0,38	-0,20	0,22	-0,13	0,44	0,02	0,92	-0,12	0,48	-0,23	0,17	0,19	0,26	-0,06	0,74

