

FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



Mestrado Integrado em Medicina – Trabalho Final
Daniela Ávila Valadão

**COMPARAÇÃO DOS NÍVEIS DE PSICOPATOLOGIA
ENTRE OS CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES
IDOSOS COM DEMÊNCIA E DE DOENTES JOVENS
COM ESQUIZOFRENIA**

Orientador Doutor Joaquim Cerejeira

Coimbra

Abril de 2021

Índice

Resumo	3
Abstract	5
Introdução	6
Material e métodos	9
Resultados	11
Discussão	22
Conclusão	26
Agradecimentos	27
Referências	28

Resumo

Introdução: Os doentes com demência e esquizofrenia necessitam de apoio e supervisão nas atividades de vida diária sendo esses cuidados prestados maioritariamente por cuidadores informais. O objetivo deste estudo é avaliar e comparar as características e necessidades dos cuidadores informais de doentes com demência e de doentes com esquizofrenia.

Métodos: Estudo de desenho não experimental, transversal, de tipo descritivo e correlacional. A amostra incluiu 60 cuidadores informais, 30 cuidadores de idosos com demência e 30 cuidadores de doentes com esquizofrenia. As duas amostras foram comparadas relativamente ao contexto sócio-demográfico e familiar e padrão de cuidados. Os instrumentos utilizados foram: a) Questionário geral do cuidador principal; b) CADI; c) Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 Autoaplicável do DSM-5 – Adulto; d) Índice Barthel; e) IQCODE; f) NPI; g) Escala de sintomas positivos e negativos; h) Escala Funcional WHODAS 2.

Resultados: Verificou-se que: a) a tarefa de cuidar recai mais frequentemente no elemento feminino mais próximo, sendo a mãe no caso dos doentes com esquizofrenia e a filha/esposa no caso dos doentes com demência; b) o cuidado mais frequentemente prestado é, no caso dos CD o acompanhamento a consultas e no caso dos CE o apoio emocional; c) observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras no que toca às exigências de ordem física, sendo os doentes com demência os que exigem mais fisicamente; d) quanto mais dependente o doente, mais repercussões trará à vida do cuidador.

Discussão: A mulher assume um papel mais disponível, de companheirismo e apoio emocional que acarreta um grande impacto na saúde, daí esta tendência do cuidador ser um elemento do sexo feminino. As diferenças de exigência de ordem física prendem-se com o facto de os doentes que sofrem de demência serem doentes mais dependentes a nível físico, quer em cuidados de higiene quer em mobilidade e transporte, o que leva conseqüentemente a uma exigência física maior aos cuidadores destes doentes quando comparados com os cuidadores de doentes com esquizofrenia. À medida que o doente se torna mais dependente, à medida que a sua condição de saúde piora, aumenta o nível de exigência de cuidados, quer a nível físico quer psicológico, razões estas que se repercutem na qualidade de vida dos cuidadores.

Conclusão: Através do estudo do contexto da prestação de cuidados, das características socioculturais e das principais necessidades do cuidador e do doente, os profissionais podem proporcionar à família o apoio necessário, para se sentirem valorizadas, de

forma a que os cuidadores informais percebiam que não são meros cuidadores, mas que constituem um papel fulcral na nossa comunidade.

Palavras-chave: Cuidador informal; Demência; Esquizofrenia; Sobrecarga; Qualidade de vida.

Abstract

Introduction: Patients with dementia and schizophrenia need support and supervision in activities of daily living, being such care provided, mostly, by caregivers. The aim of this study is to assess and compare the characteristics and needs of caregivers of patients with dementia and patients with schizophrenia.

Methods: Study of non-experimental, cross-sectional, descriptive and correlational type. The sample included 60 caregivers, 30 caregivers of elderly people with dementia and 30 caregivers of patients with schizophrenia. The two samples were compared in relation to the socio-demographic and family context and standard of care. The instruments used were: a) General questionnaire of the caregiver; b) CADI; c) Cross-sectional Scale of Symptoms of Level 1 Self-applicable DSM-5 - Adult; d) Barthel Index; e) IQCODE; f) NPI; g) Scale of positive and negative symptoms; h) WHODAS 2 Functional Scale.

Results: It was found that: a) the task of caring more often falls on the closest female element, being the mother in the case of patients with schizophrenia and the daughter / wife in the case of patients with dementia; b) the most frequently provided care is, in the case of the DC, follow-up to consultations and, in the case of the SC, emotional support; c) there were statistically significant differences between the two samples in terms of physical requirements, with patients with dementia being the ones who demand the most physically; d) the more dependent the patient, the more repercussions it will bring to the caregiver's life.

Discussion: The woman assumes a more available role, of companionship and emotional support that has a great impact on health, which tends for the caregiver to be a female member. The differences in physical demands are related to the fact that patients suffering from dementia are more physically dependent, either in hygiene care or in mobility and transport, which consequently leads to a greater physical demand on caregivers of these patients when compared to caregivers of patients with schizophrenia. As the patient becomes more dependent, as their health condition worsens, the level of care demand increases, both physically and psychologically, reasons that have an impact on the quality of life of caregivers.

Conclusion: By studying the context of care provision, socio-cultural characteristics and the main needs of the caregiver and the patient, professionals can provide the family with the necessary support to feel valued, so that caregivers realize that they're not mere caregivers, but that they play a central role in our community.

Keywords: Caregiver; Dementia; Schizophrenia; Burden; QoL.

Introdução

Segundo o Retrato da Saúde de 2018, elaborado pelo Sistema Nacional de Saúde, 21% dos portugueses têm 65 ou mais anos, sendo um milhão as pessoas do nosso país com 75 ou mais anos. A esperança de vida tem vindo a aumentar, sendo atualmente superior a 80 anos, fazendo com que as pessoas mais velhas cheguem a uma fase avançada da vida com algum declínio das capacidades funcionais, desde a diminuição da mobilidade à perda de capacidades cognitivas, levando assim a uma diminuição da autonomia, sendo necessário assegurar-lhes apoio e cuidados (Oliveira, Nossa e Mota-Pinto, 2019). Associado ao envelhecimento, há uma suscetibilidade ao aparecimento de doenças degenerativas, nomeadamente a demência. Segundo o DSM-5, o termo *demência* foi substituído por *perturbação neurocognitiva major*, no entanto o termo ainda é mantido. As *perturbações neurocognitivas major* abrangem um o grupo de transtornos em que o défice primário afeta a função cognitiva, são transtornos em que a cognição prejudicada não estava presente no início da vida, representando, assim, um declínio a funcionamento. Apesar de *demência* ser o termo habitual para transtornos como as demências degenerativas, que normalmente afetam pessoas com mais idade, o termo *perturbação neurocognitiva* é, em geral, o termo preferido para condições que afetam pessoas mais jovens (American Psychiatric Association, 2013).

A esquizofrenia é uma perturbação psiquiátrica que atinge pessoas de idade jovem, caracteriza-se por um pico bimodal de início durante as idades de 15 a 24 anos, ligeiramente voltado para os homens e para as mulheres entre os 55 e 64 anos (Chan, 2017). Manifesta-se pela ocorrência de episódios com delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos. Tem a duração de pelo menos seis meses, incluindo no mínimo um mês de sintomas da fase ativa (American Psychiatric Association, 2013). Os sintomas negativos muitas vezes não são reconhecidos pelos médicos e estão mais intimamente relacionados com o mau funcionamento do paciente, pior qualidade de vida e produtividade reduzida do que os sintomas positivos, que podem ser mais bem tratados por opções de tratamento disponíveis (Correll e Schooler, 2020). Estudos demonstraram que a memória verbal, velocidade de processamento e atenção, e a gravidade de sintomas negativos relacionam-se com pior outcome. A memória verbal é o principal fator que interfere nas atividades recreativas. Os relacionamentos e vida social foi são maioritariamente afetados pelos sintomas negativos e de memória, enquanto a atenção e os sintomas negativos foram preditivos do desempenho laboral (Ho *et al.*, [s.d.]).

Os apoios prestados pelos cuidadores informais podem variar na intensidade, dependendo do grau de dependência de quem é cuidado, na frequência, se é diariamente ou aos fins-de-semana, na periodicidade, nomeadamente tempo parcial ou tempo integral e na duração, podendo ser meses ou anos. Por esta razão, os cuidadores informais, de forma geral, enfrentam diariamente enormes desafios, quer do ponto de vista físico, quer psicológico. Nalgumas situações, as repercussões negativas podem evoluir para *burn-out*, que resulta da combinação do esforço físico, da pressão emocional, das limitações sociais e das exigências económicas que surgem ao cuidar de uma pessoa com dependência. A sobrecarga inerente ao processo de cuidar leva muitas vezes a uma negligência no auto-cuidado, visto a prioridade na vida do cuidador ser sempre a de cuidar do próximo. Surge, então, a necessidade de averiguar a perspetiva do cuidador, para que se possam unir esforços por parte dos profissionais e assistentes da área da saúde. (Cardoso *et al.*, 2012).

Já vários estudos abordaram a temática dos cuidadores de doentes com as patologias supramencionadas. No caso dos cuidadores de doentes com demência, os principais fatores relacionados com a sobrecarga do cuidador informal prendem-se com as características sócio-demográficas do cuidador (género, idade, habilitações literárias, recursos económicos); grau de dependência do idoso; exigência dos cuidados prestados; falta de conhecimentos e habilidades; falta de apoio formal, informal e familiar; estratégias de coping utilizadas; e utilização de serviços de saúde (Cruz *et al.*, 2010). Estudos mostraram que há uma relação significativa entre a sobrecarga do cuidador, o esforço físico e emocional, e o estágio da demência (Gratao *et al.*, 2010). Sabe-se que a sobrecarga do ato de cuidar coloca o cuidador em condições de vulnerabilidade biológica e psicológica (Leite *et al.*, 2017). Outro estudo evidenciou-se diferenças quanto ao sexo do cuidador na presença de sintomas depressivos, sendo o sexo feminino quem sente mais sobrecarga (Paskulin *et al.*, 2017). Estudos revelaram ainda que, os cuidadores que sentem mais stress emocional com as exigências do ato de cuidar reportaram mais interferências laborais ou mudanças no status laboral (Longacre *et al.*, 2017). No caso dos cuidadores de doentes com esquizofrenia, estudos mostraram que há uma relação entre a carga de ser cuidador e o nível de stress emocional percecionado, stress este também influenciado pelo comportamento do doente (Nuralita, Camellia e Loebis, 2020). As mudanças resultantes da responsabilidade de cuidar do doente podem causar impacto negativo e permanente nas vidas dos cuidadores (Almeida, De *et al.*, 2010). Outros estudos revelaram que os cuidadores abdicam de ter vida própria dedicando todo o tempo possível para cuidar do doente, tarefa essa muito desgastante (Teixeira, 2005). Outro estudo mostrou ainda que

os cuidadores de doentes com esquizofrenia referiram pior qualidade de vida quando comparados com pessoas não cuidadoras ou cuidadores de outras patologias, referiram ainda que uma forma de melhorar o seu estado de saúde seria fornecer serviços de apoio para ajudar na gestão do paciente (Gupta *et al.*, 2015).

Sendo esta uma realidade cada vez mais presente nos dias de hoje, justifica-se a realização de estudos científicos centrados nesta problemática, com a finalidade de aumentar o conhecimento acerca do papel dos cuidadores no sistema informal de prestação de cuidados e ajudar a orientar a intervenção concebida para aliviar a sobrecarga dando o melhor apoio possível e o mais adequado às famílias e pessoas envolventes. Este estudo tem como objetivo avaliar o impacto da prestação de cuidados a doentes com patologia psiquiátrica associada a níveis elevados de incapacidade e determinar se esse impacto é influenciado pelo perfil dos doentes psiquiátricos.

Material e Métodos

Tipo de estudo:

Dado o objetivo da questão em estudo, realizou-se um estudo de desenho não experimental, transversal, descritivo – correlacional com recurso à técnica de análise quantitativa, estabelecendo ligações entre diferentes variáveis e comparando dois grupos de cuidadores informais (de doentes jovens com esquizofrenia e de doentes idosos com demência).

Constituição da amostra:

A concretização dos objetivos desta pesquisa exigiu a constituição de uma amostra composta por dois subgrupos de cuidadores informais: um de cuidadores de doentes jovens com esquizofrenia e um de cuidadores de doentes idosos com demência. Definiu-se cuidador informal como sendo a pessoa não remunerada, familiar, amiga ou vizinha que se assuma como principal responsável pela assistência à prestação de cuidados à pessoa dependente (Braithwaite, 2000).

Os critérios subjacentes à constituição das duas amostras foram: a1) Ser cuidador informal de um idoso com demência; a2) Ser cuidador informal de um jovem com esquizofrenia; b) Ser cuidador informal há mais de 6 meses; c) O cuidador informal ter mais de 18 anos; d) Concordar participar no estudo após ter recebido informação adequada a respeito da investigação.

O método utilizado para o recrutamento dos participantes foi através de contactos com o serviço de consulta do CHUC, tanto do polo HUC como Sobral Cid.

Trata-se de uma amostra não probabilística, independente, relacional, constituída por 30 cuidadores informais de doentes jovens com esquizofrenia e 30 cuidadores informais de doentes idosos com demência.

Procedimentos de recolha de dados:

Após serem cumpridos os aspetos formais de pedidos de autorização e apresentação dos objetivos do estudo à Comissão de Ética do CHUC, foi estabelecido o contacto entre os investigadores e os participantes no estudo. As entrevistas foram efetuadas via telefónica devido à impossibilidade de contacto presencial, dada a pandemia de SARS-Cov2 que ocorreu durante a realização do estudo.

A inclusão dos participantes no estudo e a entrevista para recolha de dados foi precedida pela obtenção do respetivo consentimento informado.

Durante a entrevista só houve comunicação entre o investigador e o cuidador principal. Cada chamada telefónica demorou cerca de uma hora.

Inquérito para recolha de dados:

Para a recolha de dados construiu-se um inquérito que incluiu um conjunto de questionários aplicados aos cuidadores informais.

O inquérito dividiu-se em três partes fundamentais, a primeira incluiu um questionário geral tendo como objetivo fazer uma caracterização dos cuidadores, a segunda parte incluiu, no caso dos cuidadores de doentes com demência, o índice de Barthel, o IQCODE (Informant Questionnaire on Cognitive Decline) e o Inventário Neuropsiquiátrico e, no caso dos cuidadores de doentes com esquizofrenia, a escala das síndromes positiva e negativa PANSS e o questionário WHODAS 2, tendo esta parte como objetivo a obtenção de um índice de dependência dos doentes, quer a nível funcional quer cognitivo, finalmente a terceira parte incluiu o questionário CADI e a escala transversal de sintomas nível 1 autoaplicável do DSM, tendo como objetivo avaliar a sobrecarga e o nível psicopatológico dos cuidadores.

O quadro seguinte sintetiza as diferentes variáveis em estudo e respetivos questionários de avaliação.

Variáveis	Questionários
Variáveis sócio-demográficas	Questionário Geral
Variáveis de contexto da prestação de cuidados	Questionário Geral
Perceção de saúde global	Questionário Geral
Grau de capacidade, do idoso, na realização das atividades básicas de vida diária	Índice de Barthel
Grau de declínio cognitivo do idoso	IQCODE
Avaliação de sintomas neuropsíquicos no idoso	Inventário Neuropsiquiátrico
Avaliação das dimensões psicopatológicas do jovem esquizofrénico	Escala das síndromes positiva e negativa PANSS
Grau de funcionalidade do jovem esquizofrénico	WHODAS 2
Sobrecarga subjetiva	CADI (Carer's Assessment of Difficulties Index)
Avaliação das dimensões psicopatológicas do cuidador informal	Escala transversal de sintomas nível 1 autoaplicável do DSM

Tabela 1: Síntese das variáveis a analisar e respetivos questionários.

Resultados

Iniciaremos a análise de dados com a exposição dos resultados respeitantes ao questionário geral do cuidador, onde iremos descrever as duas amostras, de um e de outro tipo de cuidadores, enumerar o tipo de cuidados prestados e apresentar as comorbilidades associadas.

Seguidamente, foram avaliadas de forma descritiva as potenciais dificuldades referidas pelos cuidadores (CADI), onde se comparam as principais diferenças entre as duas amostras.

Posteriormente apresentam-se os resultados de forma descritiva da escala DSM-5, onde se comparam também as duas amostras procurando diferenças significativas.

Foram ainda correlacionadas e analisadas as dificuldades referidas pelos cuidadores consoante a dependência dos doentes, quer a nível funcional quer a nível cognitivo.

Questionário Geral

Caracterização das amostras

Na Tabela 2 constam os dados obtidos na caracterização de ambas as amostras. Passaremos a utilizar a abreviatura CD para cuidadores de doentes com demência e CE para cuidadores de doentes com esquizofrenia.

Verificou-se que a maioria dos cuidadores eram do sexo feminino, concluiu o 9º ano de escolaridade e eram casados ou viviam em união de facto. A média de idades obtida foi de 57 nos CD e de 61 nos CE. No que toca à situação laboral observou-se uma distribuição semelhante, com cuidadores ainda a trabalhar a tempo integral e outros já reformados.

As principais diferenças encontradas entre as duas amostras colocam-se nas seguintes questões “a quem prestam cuidados”, “vivem no mesmo domicílio” e “partilha responsabilidade”. No caso dos CD, a maioria referiu prestar cuidados ao pai/mãe, 50% dos cuidadores vive no mesmo domicílio que o doente e 80% partilha responsabilidade. No caso dos CE, a maioria referiu prestar cuidados ao filho/a, 80% refere viver no mesmo domicílio que o doente e 53,3% partilha responsabilidade.

		Cuidadores demência (N=30)	Cuidadores esquizofrenia (N=30)	Significância do teste qui- quadrado (valor p)
	Sexo (feminino)	23 (76,7)	22 (73,3)	p = 0,766
	Média da idade	57	61	p = 0,584
Estado Civil	Casado ou junto	24 (80)	19 (63,3)	p = 0,152
	Sem esc.	0 (0)	1 (3,3)	
Escolaridade	3º - 5º ano	8 (26,7)	7 (23,3)	p = 0,577
	6º - 12º ano	13 (43,3)	16 (53,3)	
	Ensino Superior	9 (30)	6 (20)	
Situação laboral	Baixa	2 (6,7)	0 (0)	p = 0,628
	Desempregado	5 (16,7)	4 (13,3)	
	Reformado	12 (40)	12 (40)	
	Tempo inteiro	11 (36,7)	12 (40)	
	Tempo parcial	0 (0)	2 (6,7)	
A quem presta cuidados		19 ao pai/mãe (63,3)	21 ao filho/a (70)	p < 0,001**
Vivem no mesmo domicílio		15 (50)	24 (80)	p = 0,015*
Partilha responsabilidade		24 (80)	16 (53,3)	p = 0,028*

Tabela 2: Síntese das variáveis sócio-demográficas. Os valores são apresentados em número absoluto e percentagem.

*A correlação é significativa no nível 0,05.

**A correlação é significativa no nível 0,01.

Tipo de cuidados prestados

Observando os dados apresentados na Tabela 3 pode-se constatar que a maioria dos CD refere prestar os apoios/cuidados listados. As exceções ocorrem ao nível da mobilidade e do apoio financeiro. Verifica-se ainda que o acompanhamento a consultas médicas (100%), a ajuda na toma de medicamentos (96,7%), a ajuda a tratar de assuntos burocráticos (93,3%), o transporte do familiar (93,3%) e o apoio emocional (93,3%) e o acompanhamento a passeios/atividades de lazer (90%) são os apoios/cuidados mais referidos pelos cuidadores. No grupo dos CE, os apoios/cuidados mais referidos são o apoio emocional (76,7%), apoio financeiro (63,3%), gestão do dinheiro (50%) e o acompanhamento a consultas médicas (50%).

Variável	Cuidador demência	Cuidador esquizofrenia	Significância do teste qui-quadrado (valor p)
Cuidados Pessoais	17 (56,7)	3 (10)	p < 0,001**
Mobilidade	13 (43,3)	1 (3,3)	p < 0,001**
Efetuar os trabalhos domésticos	23 (76,7)	8 (26,7)	p < 0,001**
Tomar os medicamentos	29 (96,7)	12 (40)	p < 0,001**
Gerir o dinheiro	25 (83,3)	15 (50)	p = 0,006*
Utilizar o telefone	19 (63,3)	6 (20)	p = 0,001*
Ir às compras	25 (83,3)	8 (26,7)	p < 0,001**
Tratar de assuntos burocráticos	28 (93,3)	12 (40)	p < 0,001**
Acompanhamento a consultas médicas	30 (100)	15 (50)	p < 0,001**
Transporte do familiar	28 (93,3)	12 (40)	p < 0,001**
Passear / atividades de lazer	27 (90)	4 (13,3)	p < 0,001**
Apoio emocional	28 (93,3)	23 (76,7)	p = 0,071
Apoio financeiro	12 (40)	19 (63,3)	p = 0,071
Supervisão regular	25 (83,3)	4 (13,3)	p < 0,001**

Tabela 3: Cuidados prestados pelos dois grupos de cuidadores. Os valores são apresentados em número absoluto e percentagem.

*A correlação é significativa no nível 0,05.

**A correlação é significativa no nível 0,01.

Comorbilidades associadas

Os dados obtidos através do questionário geral referentes às comorbilidades dos cuidadores mostram-nos que 30% dos cuidadores de doentes com demência têm depressão ou ansiedade diagnosticadas (N=10). No caso dos cuidadores de doentes com esquizofrenia, 13,3% tem depressão ou ansiedade diagnosticadas (N=4).

Concluiu-se também que 83,3% dos cuidadores de doentes com demência toma algum tipo de medicação (N=25), enquanto nos cuidadores de doentes com esquizofrenia essa percentagem é de 76,67% (N=23).

CADI

Os dados obtidos através da aplicação do questionário CADI são apresentados de acordo com as subescalas propostas pelos autor Mike Nolan e colaboradores (Guimarães *et al.*, 2020).

Problemas Relacionais Com a Pessoa Dependente

Segundo a Tabela 4, as situações apresentadas nas questões 5, 11, 14 e 25 são consideradas como difíceis por mais de 50% dos cuidadores, quer duma amostra quer de outra, uma vez que a soma das frequências relativas das opções “Acontece no meu caso e preocupa-me muito” e “Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação” é superior a 50% em ambos os grupos.

É de destacar, que as questões 12 e 26 obtiveram a maioria das respostas na opção “Não acontece no meu caso”, realçando o vínculo entre a relação do doente e respetivo cuidador.

	Não acontece no meu caso		Acontece no meu caso mas não me perturba		Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação		Acontece no meu caso e preocupa-me muito		Significância do teste t-student (valor p)
	CD	CE	CD	CE	CD	CE	CD	CE	
Q5 – A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim.	6 (20)	7 (23,3)	2 (6,7)	1 (3,3)	10 (33,3)	8 (26,7)	12 (40)	14 (46,7)	p = 0,913
Q11 – Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim.	11 (36,7)	9 (30)	0 (0)	3 (10)	7 (23,3)	8 (26,7)	12 (40)	10 (33,3)	p = 0,921
Q12 – Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido.	20 (66,7)	21 (70)	2 (6,7)	6 (20)	4 (13,3)	1 (3,3)	4 (13,3)	2 (6,7)	p = 0,311
Q14 – A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia.	6 (20)	4 (13,3)	8 (26,7)	1 (3,3)	8 (26,7)	9 (30)	8 (26,7)	16 (53,3)	p = 0,026*
Q22 – A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que faço.	8 (26,7)	11 (36,7)	3 (10)	2 (6,7)	4 (13,3)	6 (20)	15 (50)	11 (36,7)	p = 0,382
Q25 – O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas.	10 (33,3)	7 (23,3)	1 (3,3)	2 (6,7)	9 (30)	10 (33,3)	10 (33,3)	11 (36,7)	p = 0,53
Q26 – Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação.	24 (80)	18 (60)	3 (10)	7 (23,3)	2 (6,7)	4 (13,3)	1 (3,3)	1 (3,3)	p = 0,206

Tabela 4: Respostas dadas ao sub-grupo “Problemas relacionais com a pessoa dependente”. Os valores são apresentados em número absoluto e percentagem.

*A correlação é significativa no nível 0,05.

Reações à Prestação de Cuidados

A análise da Tabela 5 permite observar que as reações relacionadas com a prestação de cuidados são descritas como difíceis por mais de 50% dos cuidadores quer de uma quer de outra amostra, nas questões 1, 2, 17,19 e 29.

Apesar de presentes, os cuidadores parecem não considerar como uma perturbação efetiva as alterações nas relações familiares (pergunta 9). Apenas uma

minoria de cuidadores de ambas as amostras referiam sentimentos de culpa em relação a esta situação (pergunta 30).

	Não acontece no meu caso		Acontece no meu caso mas não me perturba		Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação		Acontece no meu caso e preocupa-me muito		Significância do teste t-student (valor p)
	CD	CE	CD	CE	CD	CE	CD	CE	
Q1 – Não tenho tempo suficiente para mim próprio.	8 (26,7)	11 (36,7)	1 (3,3)	3 (10)	6 (20)	6 (20)	15 (50)	10 (33,3)	p = 0,2
Q2 – Por vezes sinto-me “de mãos atadas”, sem poder fazer nada para dominar a situação.	7 (23,3)	7 (23,3)	1 (3,3)	2 (6,7)	3 (10)	6 (20)	19 (63,3)	15 (50)	p = 0,611
Q9 – Chega a transtornar as minhas relações familiares.	13 (43,3)	10 (33,3)	4 (13,3)	5 (16,7)	5 (16,7)	9 (30)	8 (26,7)	6 (20)	p = 0,753
Q17 – Esta situação faz-me sentir irritado.	11 (36,7)	9 (30)	2 (6,7)	3 (10)	7 (23,3)	8 (26,7)	10 (33,3)	10 (33,3)	p = 0,763
Q19 – Esta situação está a transtornar-me os nervos.	10 (33,3)	8 (26,7)	4 (13,3)	3 (10)	4 (13,3)	9 (30)	12 (40)	10 (33,3)	p = 0,761
Q29 – Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar.	6 (20)	7 (23,3)	3 (10)	1 (3,3)	6 (20)	8 (26,7)	15 (50)	14 (46,7)	p = 0,915
Q30 – Esta situação faz-me sentir culpado.	27 (90)	21 (70)	0 (0)	3 (10)	2 (6,7)	2 (6,7)	1 (3,3)	4 (13,3)	p = 0,102

Tabela 5: Respostas dadas ao sub-grupo “Reações à prestação de cuidados”. Os valores são apresentados em número absoluto e percentagem.

Exigências de Ordem Física na Prestação de Cuidados

Face à Tabela 6, pode-se constatar que as questões 6, 13 e 24 relatam essencialmente ações de cuidados diários aos doentes com demência/esquizofrenia, permitindo-nos observar que grande parte dos cuidadores não presta este tipo de cuidados aos doentes.

No que respeita à forma como as exigências de ordem física são sentidas, grande parte dos cuidadores dizem sentir desgaste físico próprio do processo de cuidar. Apesar de não fazer parte da questão, muitos cuidadores referiram no momento desta pergunta que, maior que o desgaste físico, sentiam um enorme desgaste psicológico. O mesmo acontece, quando mencionam a alteração do seu estado de saúde e da salubridade do sono.

	Não acontece no meu caso		Acontece no meu caso mas não me perturba		Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação		Acontece no meu caso e preocupa-me muito		Significância do teste t-student (valor p)
	CD	CE	CD	CE	CD	CE	CD	CE	
Q6 – A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar.	15 (50)	23 (76,7)	9 (30)	5 (16,7)	4 (13,3)	2 (6,7)	2 (6,7)	0 (0)	p = 0,025*
Q10 – Deixa-me muito cansado fisicamente.	5 (16,7)	6 (20)	1 (3,3)	4 (13,3)	4 (13,3)	9 (30)	20 (66,7)	11 (36,7)	p = 0,121
Q13 – A pessoa de quem eu cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais.	11 (36,7)	22 (73,3)	8 (26,7)	5 (16,7)	8 (26,7)	2 (6,7)	3 (10)	1 (3,3)	p = 0,004*
Q15 – Ando a dormir pior por causa desta situação	11 (36,7)	9 (30)	4 (13,3)	4 (13,3)	4 (13,3)	8 (26,7)	11 (36,7)	9 (30)	p = 0,841
Q23 – A minha saúde ficou abalada.	9 (30)	9 (30)	2 (6,7)	3 (10)	5 (16,7)	4 (13,3)	14 (46,7)	14 (46,7)	p = 0,923
Q24 – A pessoa de quem eu cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades).	12 (40)	25 (83,3)	8 (26,7)	2 (6,7)	6 (20)	3 (10)	4 (13,3)	0 (0)	p = 0,001**

Tabela 6: Respostas dadas ao sub-grupo “Exigências de Ordem Física na Prestação de Cuidados”. Os valores são apresentados em número absoluto e percentagem.

*A correlação é significativa no nível 0,05.

**A correlação é significativa no nível 0,01.

Restrições na Vida Social

Pelas respostas apresentadas na Tabela 7, verifica-se que há alguma diferença entre as duas amostras, onde mais de metade dos CD considera existir algum afastamento das relações sociais ou dinâmicas individuais diárias (questão 8 e 18), no entanto nos CE isso não se verifica.

Porém, no que toca à questão 20, aproximadamente 50% de ambos os grupos diz não ter tempo de pausa e descanso, assim como dias de férias.

	Não acontece no meu caso		Acontece no meu caso mas não me perturba		Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação		Acontece no meu caso e preocupa-me muito		Significância do teste t-student (valor p)
	CD	CE	CD	CE	CD	CE	CD	CE	
Q8 – Afasto-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto.	8 (26,7)	11 (36,7)	3 (10)	6 (20)	4 (13,3)	5 (16,7)	15 (50)	8 (26,7)	p = 0,11
Q18 – Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria.	10 (33,3)	11 (36,7)	1 (3,3)	7 (23,3)	7 (23,3)	4 (13,3)	12 (40)	8 (26,7)	p = 0,23
Q20 – Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias.	8 (26,7)	12 (40)	2 (6,7)	3 (10)	3 (10)	7 (23,3)	17 (56,7)	8 (26,7)	p = 0,079

Tabela 7: Respostas dadas ao sub-grupo “Restrições na vida social”. Os valores são apresentados em número absoluto e percentagem.

Apoio Familiar

Analisando os dados obtidos na Tabela 8, constata-se que o deficiente apoio familiar não é sentido pela maioria dos CE, no entanto 46,67% dos CD respondeu “Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação” e “Acontece no meu caso e preocupa-me muito”.

Na mesma ordem de ideias, 53,33% dos CE considera que os seus familiares ajudam e/ou dão o apoio de que necessitam, sendo esta percentagem de apenas 33,33% no caso dos CD.

	Não acontece no meu caso		Acontece no meu caso, mas não me perturba		Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação		Acontece no meu caso e preocupa-me muito		Significância do teste t-student (valor p)
	CD	CE	CD	CE	CD	CE	CD	CE	
Q16 – As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria.	12 (40)	16 (53,3)	4 (13,3)	3 (10)	2 (6,7)	6 (20)	12 (40)	5 (16,7)	p = 0,169
Q28 – Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam.	10 (33,3)	16 (53,3)	3 (10)	2 (6,7)	3 (10)	2 (6,7)	14 (46,7)	10 (33,3)	p = 0,167

Tabela 8: Respostas dadas ao sub-grupo “Apoio familiar”. Os valores são apresentados em número absoluto e percentagem.

Apoio Profissional

Relativamente ao apoio profissional, a maioria dos cuidadores informais de ambas as amostras consideram que os profissionais e serviços de saúde e/ou sociais não têm consciência dos problemas que atravessam.

Do mesmo modo, na questão 27 verifica-se que, no caso dos CD, 76,67% responderam afirmativamente à insuficiência de serviços de saúde e de serviços sociais, no caso dos CE essa percentagem diminui para os 46,67%.

	Não acontece no meu caso		Acontece no meu caso, mas não me perturba		Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação		Acontece no meu caso e preocupa-me muito		Significância do teste t-student (valor p)
	CD	CE	CD	CE	CD	CE	CD	CE	
Q7 – Parece-me que os técnicos de saúde não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam.	4 (13,3)	8 (26,7)	1 (3,3)	2 (6,7)	8 (26,7)	5 (16,7)	17 (56,7)	15 (50)	p = 0,233
Q27 – Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais.	7 (23,3)	12 (40)	0 (0)	4 (13,3)	7 (23,3)	3 (10)	16 (53,3)	11 (36,7)	p = 0,063

Tabela 9: Respostas dadas ao sub-grupo “Apoio profissional”. Os valores são apresentados em número absoluto e percentagem.

Problemas Financeiros

Segundo a Tabela 10, referente à questão 4, em ambas as amostras de cuidadores, a maioria referiu que a prestação de cuidados não lhes traz problemas de dinheiro.

Verifica-se ainda que a doença e o processo de cuidar têm impacto direto na qualidade de vida dos cuidadores, em ambos os grupos a maioria referiu ter piorado a sua qualidade de vida (pergunta 21).

	Não acontece no meu caso		Acontece no meu caso mas não me perturba		Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação		Acontece no meu caso e preocupa-me muito		Significância do teste t-student (valor p)
	CD	CE	CD	CE	CD	CE	CD	CE	
Q4 – Traz-me problemas de dinheiro.	20 (66,7)	16 (53,3)	1 (3,3)	3 (10)	6 (20)	4 (13,3)	3 (10)	7 (23,3)	p = 0,287
Q21 – A qualidade de vida piorou.	10 (33,3)	7 (23,3)	0 (0)	1 (3,3)	6 (20)	6 (20)	14 (46,7)	16 (53,3)	p = 0,489

Tabela 10: Respostas dadas ao sub-grupo “Problemas financeiros”. Os valores são apresentados em número absoluto e percentagem.

Aplicação teste t-student

Para comparar as duas amostras de cuidadores utilizou-se o teste t-student onde assumiu-se que as duas variâncias não eram iguais.

O teste mostrou diferenças estatisticamente significativas para um intervalo de 95% de confiança para as perguntas 3, 6, 13, 14 e 24.

Para as restantes respostas o teste não mostrou diferenças estatisticamente significativas para um intervalo de 95% de confiança, ou seja, a significância associada ao teste t foi superior a 0,05.

DSM-5

De seguida apresentaremos de forma descritiva os resultados referentes à Escala transversal de sintomas nível 1 autoaplicável do DSM.

Na tabela 11 são apresentadas as respetivas percentagens de respostas, onde não houve diferença significativa, visto que mais uma vez, o teste t-student, usado para comparar as respostas das duas amostras, não mostrou diferenças estatisticamente significativas para um intervalo de 95% de confiança, ou seja, em todas as perguntas a significância associada ao teste t foi superior a 0,05.

Variável	Nada		Muito leve		Leve		Moderado		Grave		Significância do teste t-student (valor p)
	CD	CE	CD	CE	CD	CE	CD	CE	CD	CE	
Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	16 (53,3)	18 (60)	3 (10)	2 (6,7)	7 (23,3)	5 (16,7)	3 (10)	4 (13,3)	1 (3,3)	1 (3,3)	p = 0,838
Sentiu-se desanimado(a), deprimido ou sem esperança?	13 (43,3)	14 (46,7)	6 (20)	1 (3,3)	5 (16,7)	8 (26,7)	3 (10)	4 (13,3)	3 (10)	3 (10)	p = 0,717
Sentiu-se mais irritado, mal-humorado ou zangado do que o usual?	17 (56,7)	15 (50)	9 (30)	3 (10)	1 (3,3)	8 (26,7)	1 (3,3)	3 (10)	2 (6,7)	1 (3,3)	p = 0,281
Dormiu menos do que o usual, mas ainda tem muita energia?	19 (63,3)	22 (73,3)	1 (3,3)	1 (3,3)	5 (16,7)	4 (13,3)	4 (13,3)	3 (10)	1 (3,3)	0 (0)	p = 0,322
Iniciou muito mais projetos do que o usual ou fez coisas mais arriscadas do que o habitual?	28 (93,3)	27 (90)	1 (3,3)	0 (0)	1 (3,3)	2 (6,7)	0 (0)	1 (3,3)	0 (0)	0 (0)	p = 0,384
Sentiu-se nervoso, ansioso, assustado, preocupado ou tenso?	13 (43,3)	12 (40)	3 (10)	2 (6,7)	5 (16,7)	7 (23,3)	6 (20)	6 (20)	3 (10)	3 (10)	p = 0,793
Sentiu pânico ou sentiu-se amedrontado?	19 (63,3)	22 (73,3)	4 (13,3)	1 (3,3)	4 (13,3)	3 (10)	3 (10)	2 (6,7)	0 (0)	1 (3,3)	p = 0,693
Evitou situações que o deixam ansioso?	19 (63,3)	17 (56,7)	1 (3,3)	2 (6,7)	8 (26,7)	7 (23,3)	2 (6,7)	2 (6,7)	0 (0)	2 (6,7)	p = 0,454

Tabela 11 a: Respostas à Escala transversal de sintomas nível 1 autoaplicável do DSM, perguntas 1 a 8. Os valores são apresentados em número absoluto e percentagem.

Dores e sofrimentos sem explicação?	15 (50)	21 (70)	4 (13,3)	1 (3,3)	3 (10)	4 (13,3)	4 (13,3)	4 (13,3)	4 (13,3)	0 (0)	p = 0,11
Sentimento de que as suas doenças não estão a ser levadas suficientemente a sério?	22 (73,3)	23 (76,7)	2 (6,7)	3 (10)	5 (16,7)	3 (10)	1 (3,3)	1 (3,3)	0 (0)	0 (0)	p = 0,653
Pensamentos de se ferir a si próprio?	27 (90)	26 (86,7)	1 (3,3)	2 (6,7)	2 (6,7)	1 (3,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3,3)	p = 0,58
Ouviu coisas que outras pessoas não ouviam, como vozes, mesmo quando não havia ninguém por perto?	29 (96,7)	30 (100)	1 (3,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	p = 0,321
Sentiu que alguém podia ouvir os seus pensamentos ou que você podia ouvir o que outra pessoa estava a pensar?	29 (96,7)	30 (100)	1 (3,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	p = 0,321
Problemas com o sono que afetaram a qualidade do seu sono em geral?	14 (46,7)	15 (50)	6 (20)	1 (3,3)	7 (23,3)	9 (30)	2 (6,7)	4 (13,3)	1 (3,3)	1 (3,3)	p = 0,598
Problemas com a memória ou com localização?	11 (36,7)	18 (60)	7 (23,3)	4 (13,3)	7 (23,3)	5 (16,7)	1 (3,3)	3 (10)	0 (0)	0 (0)	p = 0,132

Tabela 11 b: Respostas à Escala transversal de sintomas nível 1 autoaplicável do DSM, perguntas 9 a 15. Os valores são apresentados em número absoluto e percentagem.

Pensamentos, impulsos ou imagens desagradáveis que entram repetidamente na sua cabeça?	23 (76,7)	27 (90)	1 (3,3)	1 (3,3)	3 (10)	0 (0)	2 (6,7)	1 (3,3)	1 (3,3)	1 (3,3)	p = 0,263
Sentiu-se compelido a realizar certos comportamentos ou atos mentais repetidamente?	26 (86,7)	29 (96,7)	2 (6,7)	0 (0)	1 (3,3)	1 (3,3)	1 (3,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	p = 0,241
Sentiu-se desligado ou distante de si mesmo, do seu corpo, do ambiente físico ao seu redor ou das suas lembranças?	21 (70)	20 (66,7)	0 (0)	4 (13,3)	4 (13,3)	3 (10)	3 (10)	3 (10)	2 (6,7)	0 (0)	p = 0,525
Sentiu-se sem saber quem você realmente é ou o que você quer da vida?	22 (73,3)	25 (83,3)	3 (10)	1 (3,3)	3 (10)	3 (10)	0 (0)	0 (0)	2 (6,7)	1 (3,3)	p = 0,458
Não se sentiu próximo de outras pessoas ou desfrutou das suas relações com elas?	19 (63,3)	22 (73,3)	4 (13,3)	2 (6,7)	3 (10)	4 (13,3)	3 (10)	2 (6,7)	1 (3,3)	0 (0)	p = 0,41
Bebeu no mínimo 4 bebidas de qualquer tipo de bebida alcoólica num único dia?	29 (96,7)	29 (96,7)	0 (0)	1 (3,3)	1 (3,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	p = 0,656
Fumou cigarros, charuto ou cachimbo ou usou tabaco de mascar?	27 (90)	21 (70)	0 (0)	1 (3,3)	0 (0)	1 (3,3)	0 (0)	0 (0)	3 (10)	7 (23,3)	p = 0,104
Usou algum dos seguintes medicamentos POR CONTA PRÓPRIA?	21 (70)	20 (66,7)	5 (16,7)	9 (30)	2 (6,7)	1 (3,3)	1 (3,3)	0 (0)	1 (3,3)	0 (0)	p = 0,431

Tabela 11 c: Respostas à Escala transversal de sintomas nível 1 autoaplicável do DSM, perguntas 16 a 23. Os valores são apresentados em número absoluto e percentagem.

Correlação das dificuldades referidas pelos cuidadores consoante o nível de dependência dos doentes

Para obter um índice de dependência dos doentes, quer a nível funcional quer cognitivo, foi necessário fazer uma conversão das respostas dadas aos inquéritos Índice de Barthel, IQCODE (Informant Questionnaire on Cognitive Decline) e Inventário Neuropsiquiátrico, no caso dos cuidadores de doentes com demência, e, no caso dos cuidadores de doentes com esquizofrenia, utilizou-se a escala das síndromes positiva e negativa PANSS e o questionário WHODAS 2.

Cuidadores de doentes com demência

No caso do questionário CADI, observou-se que em relação a todas as perguntas o coeficiente de correlação de Pearson foi maior que 0, ou seja, as variáveis relacionam-se no mesmo sentido.

No que diz respeito ao questionário DSM, na pergunta 5 o coeficiente de correlação de Pearson foi menor que 0, as variáveis relacionam-se em sentidos opostos.

Cuidadores de doentes com esquizofrenia

No questionário CADI, observou-se que, em relação à pergunta 26, o coeficiente de correlação de Pearson foi menor que 0, as variáveis relacionam-se sentidos opostos. Quanto às restantes perguntas o coeficiente de correlação de Pearson foi maior que 0, as variáveis relacionam-se no mesmo sentido.

No que diz respeito ao questionário DSM, não foi possível aplicar o teste de Pearson nas perguntas 12 e 13 porque todos os inquiridos responderam o mesmo, fazendo com que uma das variáveis a utilizar fosse constante, impossibilitando o teste. Na pergunta 16 o coeficiente de correlação de Pearson foi menor que 0, as variáveis relacionam-se em sentidos opostos. Nas restantes questões deste inquérito o coeficiente de correlação de Pearson foi maior que 0, as variáveis relacionam-se no mesmo sentido.

Discussão

Os resultados do estudo demonstraram que a maioria dos cuidadores informais de ambas as amostras são do sexo feminino, o que vai de encontro à literatura existente (José e Wall, 2002) (Gupta *et al.*, 2015), visto que, segundo estes artigos, a prestação de cuidados é normalmente garantida pela figura feminina mais próxima. Tradicionalmente, identifica-se na mulher, uma responsabilidade subentendida de cuidadora, que se vem a mostrar como um processo de divisão sexual dos papéis transmitido ao longo das gerações, o que conseqüentemente, lhe confere um aspeto atual e enraizado na nossa população. A mulher assume um papel mais disponível, de companheirismo e apoio emocional que acarreta um grande impacto na saúde, daí esta tendência de o cuidador ser um elemento do sexo feminino (Tavero *et al.*, 2018).

Relativamente à idade dos cuidadores, o estudo revela que a média de idades dos CD é de 57 anos e de 61 anos no caso dos CE, idade em que a maioria dos indivíduos ainda se encontraria no ativo em termos laborais, no entanto, e como mostram os resultados, 40% dos cuidadores de ambas as amostras já se encontram reformados. Estes resultados sustentam os estudos existentes que referem que a maioria dos cuidadores ou são domésticos ou não têm atividade laboral a tempo inteiro, em certa parte devido às exigências de se ser cuidador que levaram a que se retirassem ou reformassem mais cedo (Longacre *et al.*, 2017).

Quando questionado a quem prestam cuidados, a maioria dos cuidadores de doentes com demência referiu ser ao pai/mãe (Leite *et al.*, 2017), sendo que a larga maioria dos cuidadores de doentes com esquizofrenia referiu ser ao filho/filha (Shamsaei, Cheraghi e Bashirian, 2015). A justificação para esta conclusão será o facto de a demência ser uma patologia que, por norma, aparece numa fase final da vida, sendo os cuidadores familiares mais novos, neste caso filhos, no caso da esquizofrenia, como esta doença se desenvolve em fases mais precoces da vida, os doentes são tipicamente jovens adultos, sendo os seus cuidadores muitas das vezes os seus pais.

No que diz respeito ao tipo de cuidados prestados pode-se constatar que a maioria dos CD referiu prestar os apoios/cuidados listados, as exceções ocorrem ao nível da mobilidade e do apoio financeiro, mostrando assim que os doentes com demência, sendo eles de faixas mais velhas, são muito dependentes dos cuidados informais. No grupo dos CE, os apoios/cuidados mais referidos foram o apoio emocional e o apoio financeiro, isto pode justificar-se pelo facto de a maioria dos doentes com esquizofrenia serem jovens adultos sem atividade laboral, sendo dependentes

financeiramente dos seus progenitores, que, na maioria dos casos, são os seus cuidadores.

Passando à discussão dos resultados do questionário CADI, constatou-se que na subescala dos “Problemas Relacionais Com a Pessoa Dependente” várias situações foram consideradas como difíceis por mais de 50% dos cuidadores. No entanto é de destacar, que nas questões “Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido” e “Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação” a grande maioria das respostas foram negativas, realçando o vínculo entre a relação do doente e respetivo cuidador (Schulz e Eden, 2016). Na questão “A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia” houve diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras de cuidadores, concluindo-se assim que os CE percecionam menor ajuda por parte de quem cuidam quando comparados com os CD.

Na subescala das “Reações relacionadas com a prestação de cuidados” várias questões foram descritas como difíceis por mais de 50% dos cuidadores quer de uma quer de outra amostra, demonstrando assim, mais uma vez a sobrecarga que os cuidadores sentem, a tendência que têm de colocar o doente sempre em primeiro lugar e o quanto negligenciam a sua auto-preservação. Todavia, os cuidadores parecem não considerar como uma perturbação efetiva as alterações nas relações familiares e apenas uma minoria de cuidadores de ambas as amostras referiu sentimentos de culpa em relação a esta situação, reforçando a ideia de que os cuidadores têm noção que fazem o que podem tendo em conta os seus recursos.

No que diz respeito às dificuldades associadas à exigência no ato de cuidar, os resultados do estudo estão em conformidade com (Cruz *et al.*, 2010) e (Gupta *et al.*, 2015) que evidenciam que as maiores dificuldades dos cuidadores se prendem com a exigência inerente ao ato de cuidar, principalmente no que respeita à forma como as exigências de ordem física são percecionadas, grande parte dos cuidadores referiu sentir desgaste físico próprio do processo de cuidar, mas também grande desgaste psicológico, dando mais ênfase a este último. O que nos demonstra aqui que há uma grande componente psicológica que também se revela fragilizada potenciando assim o desgaste físico dos cuidadores. Nas questões “A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar” e “A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais” houve diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de cuidadores. Essas diferenças prendem-se com o facto de os doentes que sofrem de demência serem doentes mais dependentes a nível físico, quer em cuidados de higiene quer em mobilidade e transporte, o que leva conseqüentemente a uma exigência física

maior para os cuidadores destes doentes quando comparados com os cuidadores de doentes com esquizofrenia.

Relativamente às potenciais dificuldades dos cuidadores relacionadas com as “Restrições na vida social”, os resultados do estudo, em relação à amostra dos CD, estão em consonância com a literatura (Xie *et al.*, 2016). No âmbito do apoio familiar, na questão “Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família”, houve diferenças estatisticamente significativas entre ambas as amostras, mostrando assim que os CD sentem mais dificuldade em dedicar tempo à restante família em relação aos CE. (Guo e Liu, 2015) refere no seu estudo, que os cuidadores como consequência das atividades que desempenham para cuidar, tornam-se instáveis nas relações, tanto com o doente como com a restante família, podendo mesmo sofrer conflitos pela incapacidade de prestar atenção aos outros elementos familiares que não o utente, reforçando o que foi observado no nosso estudo. Constatou-se também que, entre as duas amostras, há menos apoio por parte dos familiares no caso dos CD. No entanto, na amostra de CE isso não se verifica, o que contraria os estudos já existentes nomeadamente (Ae-Ngibise *et al.*, 2015).

Os resultados do estudo revelam também que a maioria dos cuidadores inquiridos, perceciona como dificuldade o défice de apoio profissional e, em menor percentagem, mas mesmo assim importante, dificuldades de cariz financeiro, o que vai de encontro com estudos anteriores (Lai, 2012), que podem dever-se a dois fatores, ao desconhecimento e inexistência de dados sobre esta população ou à progressiva falta de recursos financeiros passíveis de utilização das instituições sociais e de saúde (Calafatinho e Sousa, 2012).

Nos resultados ao questionário DSM-5 não houve diferenças significativas nas respostas dadas pelos cuidadores, no entanto tendo em conta as respostas obtidas à pergunta “Tem alguma doença diagnosticada?” feita no questionário geral mostram-nos que a depressão e a ansiedade são patologias frequentemente diagnosticadas nos cuidadores de doentes com demência, o que vai de encontro com os estudos já existentes (Leite *et al.*, 2017) (Guo e Liu, 2015), contudo o mesmo não se verificou no caso dos cuidadores de doentes com esquizofrenia.

Passando agora à discussão dos resultados obtidos através da correlação entre o índice de dependência dos doentes e as repostas dadas aos questionários, em relação aos CD, no caso do questionário CADÍ, observou-se que à medida que o índice de dependência aumenta, aumenta também o grau de repercussões no quotidiano dos cuidadores. À medida que o doente se torna mais dependente, à medida que a condição

de saúde do doente piora, aumenta o nível de exigência de cuidados, quer a nível físico quer psicológico, razões estas que se repercutem na qualidade de vida dos cuidadores. No caso do questionário DSM, na pergunta “Iniciou muito mais projetos do que o usual ou fez coisas mais arriscadas do que o habitual?” à medida que o índice de dependência aumenta, diminui a adesão e participação em novos projetos, o que vai de encontro às restrições na vida social observadas anteriormente. Nas restantes questões deste inquérito as variáveis relacionam-se no mesmo sentido, querendo isto dizer que à medida que o grau de dependência do doente aumenta, aumenta também a frequência de respostas positivas às restantes questões, demonstrando assim o desgaste físico e psicológico característico da responsabilidade de se ser cuidador.

Em relação aos CE, no questionário CADI, observou-se que, em relação à pergunta “Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação”, as variáveis relacionam-se sentidos opostos, ou seja à medida que aumenta o índice de dependência mais satisfação têm os cuidadores em cuidar do doente, realçando mais uma vez o vínculo existente na relação cuidador-doente. Quanto às restantes perguntas, as variáveis relacionam-se no mesmo sentido, demonstrando mais uma vez que o doente ao ser mais dependente, exige mais fisicamente e psicologicamente do cuidador, podendo mesmo interferir nas relações familiares. No que diz respeito ao questionário DSM, na pergunta “Pensamentos, impulsos ou imagens desagradáveis que entram repetidamente na sua cabeça?” as variáveis relacionam-se em sentidos opostos, querendo isto dizer que à medida que o índice de dependência aumenta, diminui a frequência de respostas positivas a esta questão. Nas restantes questões deste inquérito as variáveis relacionam-se no mesmo sentido, querendo isto dizer, à semelhança do grupo de CD, que à medida que o grau de dependência do doente aumenta, aumenta também a frequência de respostas positivas às restantes questões, demonstrando assim o desgaste físico e psicológico característico da responsabilidade de se ser cuidador.

Conclusão

Com a realização deste estudo, pode-se confirmar que os cuidadores informais, tanto de doentes com demência como de doentes com esquizofrenia, sofrem repercussões importantes na sua qualidade de vida, principalmente ao nível da sua saúde e nas relações familiares e sociais.

Constatou-se que a família continua a ter um papel fundamental nos cuidados aos doentes dependentes do agregado. Percebe-se, por isso, que a tarefa de cuidar continuará a pertencer ao agregado familiar. Concluímos que a maioria dos cuidadores informais são mulheres, nomeadamente mães ou filhas/esposas, que pelas razões já anteriormente mencionadas, são o primeiro elemento do núcleo familiar a cuidar do familiar com necessidades. Sem apoio familiar e profissional adequado, sofrem de elevados níveis de sobrecarga física e emocional, que, a médio e longo prazo, levam a problemas graves de saúde.

Com a realização deste estudo apurou-se que, a população dos cuidadores informais é, ainda nos dias de hoje, algo negligenciada, são pessoas que adquiriram a nobre tarefa de cuidar do outro, no entanto, muitas das vezes esquecem-se de cuidar de si, levando a uma extrema sobrecarga, desgaste e sensação “de mãos e pés atados”. Conclusão esta observada em ambas as amostras, tanto numa como noutra os cuidadores mostraram-se muito cansados. Seria, por isso, importante, assumir uma abordagem holística, que integrasse o bem-estar quer do doente quer do cuidador, potenciar, nos cuidadores informais, os mecanismos de coping e desenvolver as competências para o cuidar, resultando em benefícios terapêuticos que visam a diminuição da sobrecarga.

Em conclusão, através do estudo do contexto da prestação de cuidados, das características socioculturais e das principais necessidades do cuidador e do doente, os profissionais podem proporcionar à família o apoio necessário, para se sentirem valorizadas, de forma a que os cuidadores informais percebam que não são meros cuidadores, mas que constituem um papel fulcral na nossa comunidade.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, ao meu orientador, Doutor Joaquim Cerejeira, por todo o acompanhamento e apoio que me prestou ao longo destes meses.

Ao meu primo Joel, pelo auxílio na parte da estatística, foi sem dúvida uma ajuda preciosa e fundamental na realização desta tese.

Às amigas que a faculdade me deu, Alice, Guida, Raquel, Rita, Catarina, Cristiana, Laura e Margarida. Obrigada por se mostrarem sempre tão disponíveis para ouvir os meus desabaços. Tornaram a minha estadia por Coimbra tão mais especial e sem dúvida que me fizeram sentir em casa. O meu grande obrigado.

Às minhas amigas da Terceira, Carolina, Clara, Inês, Lisandra, Mariana, Rute, Vanessa e Vitória, que, apesar da distância ao longo destes 6 anos, sempre foram um ombro amigo, sempre tiveram uma palavra de conforto nos momentos menos bons e nunca deixaram que o tempo mudasse nada, muito pelo contrário.

À minha família, pelos ensinamentos, pelo exemplo e pela força que me transmitem. Dizem que a família não se escolhe, então devo ser uma sortuda por ter nascido no seio destas pessoas.

Aos meus pais e irmã, que estiveram, e estão, sempre lá, com conversas, conselhos, chamadas de atenção e gargalhadas, foram um grande pilar nesta jornada. Obrigada por tudo o que me permitem ser e fazer.

Por último, à minha avó Teresa, que sofria de demência e nos últimos 4 anos já estava ao cuidado dos filhos, um deles a minha mãe, daí este tema dos cuidadores estar muito presente na minha vida. Faleceu no passado dia 1 de setembro e é a ela que dedico este trabalho.

Referências

1. AE-NGIBISE, Kenneth Ayuurebobi *et al.* - The experience of caregivers of people living with serious mental disorders: A study from rural Ghana. **Global Health Action**. . ISSN 16549880. 8:2015). doi: 10.3402/gha.v8.26957.
2. ALMEIDA, Marcelo Machado DE *et al.* - A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. . ISSN 01018108. 32:3 (2010) 73–79. doi: 10.1590/S0101-81082010005000003.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - **DSM-5: manual diagnóstico e estatística de transtornos mentais**. ISBN 9788582710883.
4. BRAITHWAITE, V. - Contextual or general stress outcomes: Making choices through caregiving appraisals. **Gerontologist**. . ISSN 00169013. 40:6 (2000) 706–717. doi: 10.1093/geront/40.6.706.
5. CALAFATINHO, Débora; SOUSA, Sónia - Cuidar de Quem Cuida. **Ordem dos Enfermeiros**. 2012).
6. CARDOSO, Lucilene *et al.* - do cuidador em saúde mental. 46:2 (2012) 513–517.
7. CHAN, Vivien - Schizophrenia and Psychosis: Diagnosis, Current Research Trends, and Model Treatment Approaches with Implications for Transitional Age Youth. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**. . ISSN 15580490. 26:2 (2017) 341–366. doi: 10.1016/j.chc.2016.12.014.
8. CORRELL, Christoph U.; SCHOOLER, Nina R. - Negative symptoms in schizophrenia: A review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**. . ISSN 11782021. 16:2020) 519–534. doi: 10.2147/NDT.S225643.
9. CRUZ, Dídia *et al.* - As vivências do cuidador informal do idoso dependente. **Revista de Enfermagem Referência**. . ISSN 08740283. III Série:nº 2 (2010) 127–136. doi: 10.12707/riii1018.
10. GRATAO, Aline Cristina Martins *et al.* - The demands of family caregivers of elderly individuals with dementia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. . ISSN 0080-6234. 44:4 (2010) 873–880. doi: 10.1590/s0080-62342010000400003.
11. GUIMARÃES, Ana Carla *et al.* - Cuidar de Quem Cuida: Ferramentas de Avaliação dos Cuidadores. **Gazeta Médica**. . ISSN 2183-8135. 7:2020) 13–16. doi: 10.29315/gm.v7i1.281.
12. GUO, Yuan Li; LIU, Yan Jin - Family functioning and depression in primary caregivers of stroke patients in China. **International Journal of Nursing Sciences**. . ISSN 23520132. 2:2 (2015) 184–189. doi: 10.1016/j.ijnss.2015.05.002.
13. GUPTA, Shaloo *et al.* - Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. **BMC Psychiatry**. . ISSN 1471244X. 15:1 (2015). doi: 10.1186/s12888-015-0547-1.
14. GUPTA, Shaloo *et al.* - Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. **BMC Psychiatry**. . ISSN 1471244X. 15:1 (2015) 1–11. doi: 10.1186/s12888-015-0547-1.
15. HO, Beng-Choon *et al.* - neurocognitionandnegativesymptomsonfunctionaloutcomeinSCH.pdf. 12 ([s.d.]) 495–506.
16. JOSÉ, José São; WALL, Karin - Trabalhar e Cuidar de um Idoso Dependente: Problemas e Soluções. **Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia**. WP 2-02 (2002) 41.
17. LAI, Daniel W. L. - Effect of financial costs on caregiving burden of family caregivers of older adults. **SAGE Open**. . ISSN 21582440. 2:4 (2012) 1–14. doi: 10.1177/2158244012470467.

18. LEITE, Bruna Silva *et al.* - Vulnerability of caregivers of the elderly with dementia: a cross-sectional descriptive study. **Revista brasileira de enfermagem**. . ISSN 00347167. 70:4 (2017). doi: 10.1590/0034-7167-2016-0579.
19. LEITE, Bruna Silva *et al.* - Vulnerability of caregivers of the elderly with dementia: a cross-sectional descriptive study. **Revista brasileira de enfermagem**. . ISSN 00347167. 70:4 (2017) 682–688. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0579.
20. LONGACRE, Margaret L. *et al.* - Work impact and emotional stress among informal caregivers for older adults. **Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences**. . ISSN 10795014. 72:3 (2017) 522–531. doi: 10.1093/geronb/gbw027.
21. NURALITA, Nanda Sari; CAMELLIA, Vita; LOEBIS, Bahagia - Relationship between caregiver burden and expressed emotion in families of schizophrenic patients. **Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences**. . ISSN 18579655. 8:B (2020) 586–591. doi: 10.3889/oamjms.2020.3692.
22. OLIVEIRA, Anamélia; NOSSA, Paulo; MOTA-PINTO, Anabela - Assessing functional capacity and factors determining functional decline in the elderly: A cross-sectional study. **Acta Medica Portuguesa**. . ISSN 16460758. 32:10 (2019). doi: 10.20344/amp.11974.
23. PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi *et al.* - Depressive symptoms of the elderly people and caregiver's burden in home care. **Investigacion y Educacion en Enfermeria**. . ISSN 22160280. 35:2 (2017) 210–220. doi: 10.17533/udea.iee.v35n2a10.
24. SCHULZ, Richard; EDEN, Jill - **Families caring for an aging America**. ISBN 9780309448093.
25. SHAMSAEI, Farshid; CHERAGHI, Fatemeh; BASHIRIAN, Saied - Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia. **Iranian Journal of Psychiatry**. . ISSN 20082215. 10:4 (2015) 239–245.
26. TAVERO, Inmaculada Lancharro *et al.* - The gender perspective in the opinions and discourse of women about caregiving. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**. . ISSN 00806234. 52:2018) e03370. doi: 10.1590/s1980-220x2017009403370.
27. TEIXEIRA, Marina Borges - Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 58:2 (2005) 171–175. doi: 10.1590/s0034-71672005000200008.
28. XIE, Hui *et al.* - Quality of life in Chinese family caregivers for elderly people with chronic diseases. 2016). doi: 10.1186/s12955-016-0504-9.

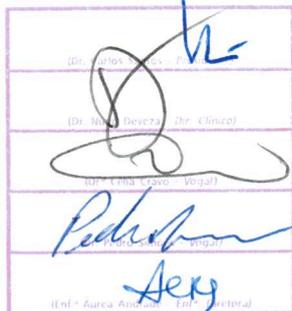
Anexo I

Apreciação da Comissão de Ética
da Faculdade de Medicina
da Universidade de Coimbra



Aprovado

12-11-2020



Exmº Senhor
Dr. Carlos Santos
Presidente do Conselho de Administração
Do
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

SUA REFERÊNCIA

SUA COMUNICAÇÃO DE

NOSSA REFERÊNCIA
Nº: CHUC-141-20

DATA: 28-10-2020

ASSUNTO: **Aprovação do Projeto de Investigação CHUC-141-20**

A pedido de Daniela Ávila Valadão, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projeto de Investigação com o título «**Comparação dos níveis de psicopatologia entre os Cuidadores informais de Doentes jovens com esquizofrenia e de Doentes idosos com demência**», que colheu parecer favorável da Comissão de Ética deste Centro Hospitalar, em 21-10-2020.

Informa-se V. Exª que este Projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o CHUC.

Solicita-se, assim, autorização do Conselho de Administração para este Projeto.

Com os melhores cumprimentos,

Pel'A Unidade de Investigação e Desenvolvimento

(Prof. Doutor Ricardo Vieira)



Comissão de Ética para a Saúde

Visto/ À U.I.D.C.H.U.C. - EPE
para difusão

Dr. Nuno Deveza
Diretor Clínico

Exmo. Senhor
Dr. Nuno Deveza
Digmº Diretor Clínico do CHUC

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		N.º 242/CES	22-10-2020
		Proc. N.º CHUC-141-20	

Estudo Observacional: "COMPARAÇÃO DOS NÍVEIS DE PSICOPATOLOGIA ENTRE OS CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES JOVENS COM ESQUIZOFRENIA E DE DOENTES IDOSOS COM DEMÊNCIA"

Entrada na CES: 09-10-2020

Investigador/a/es: Daniela Ávila Valadão, Aluna do Mestrado Integrado de Medicina da FMUC

Coordenador: Joaquim Manuel Soares Cerejeira, Médico Assistente de Psiquiatria, Prof. Auxiliar da Universidade de Coimbra, Investigador CNC.IBILI

Promotor: Os próprios investigadores

Serviço de Realização: CRI de Psiquiatria do CHUC.

Cumprе informar Vossa Ex.^a que a CES - Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 21 de outubro de 2020, após análise do projeto de investigação supra identificado, emitiu o seguinte parecer:

"A Comissão considera que se encontram respeitados os requisitos éticos adequados à realização do estudo pelo que emite parecer favorável ao seu desenvolvimento no CHUC".

Mais se informa que a CES do CHUC deverá ser semestralmente atualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, com envio de relatório final.

Com os melhores cumprimentos,

A Comissão de Ética para a Saúde do CHUC, E.P.E.

Prof. Doutor João Pedroso de Lima
Presidente

Anexo II

Questionário Geral do Cuidador Principal

QUESTIONÁRIO GERAL

Informações acerca do cuidador principal

1. **Género:** Masculino Feminino

2. **Idade:** _____

3. **Estado civil:**

Casado(a)/Em união de facto Divorciado(a)/Separado(a)
Viúvo(a) Solteiro(a)

4. **Habilitações literárias:**

Não frequentou o sistema de ensino formal
1º ciclo do ensino básico (4ª classe)
2º ciclo do ensino básico (Ensino preparatório)
3º ciclo do ensino básico (9.º ano)
Ensino secundário (12.º ano)
Curso médio
Ensino superior

5. **Situação na profissão** (escolher apenas aquela que melhor se ajusta ao caso):

Empregado(a) a tempo inteiro
Empregado(a) a tempo parcial
Reformado(a)/pensionista
Desempregado(a)
Estudante a tempo inteiro
Doméstica
Outra
Especificar: _____

6. Qual a sua **profissão** (actual ou a última)? _____

7. Qual é o seu **grau de parentesco** com a pessoa a quem presta cuidados?

Cônjuge/companheiro(a)
Filho(a)
Irmão(ã)
Pai/mãe
Nora/genro
Outro membro da família
Quem? _____

8. Qual a **distância física** entre si e a pessoa a quem presta cuidados?

- Vivem na mesma casa Vivem no mesmo bairro/rua
 Vivem na mesma terra (a menos de 10 km) Vivem em terras próximas (menos de 30 km)
 Vivem a mais de 30 km de distância Outra situação
 Especificar: _____

9. **Há quanto tempo** presta cuidados a esta pessoa?

- Entre 6 meses e 1 ano Entre 1 a 2 anos
 Entre 3 a 5 anos Mais de 5 anos
 Especificar o n.º de anos: _____

10. Que **tipo de apoio/cuidados** presta frequentemente ao seu familiar?
 (pode assinalar mais do que uma opção)

ABVD	Cuidados pessoais (higiene pessoal, vestir, alimentação, etc.)	<input type="checkbox"/>
	Mobilidade (transferências, subir/descer escadas)	<input type="checkbox"/>
AIVD	Efectuar os trabalhos domésticos (limpar, cozinhar)	<input type="checkbox"/>
	Tomar os medicamentos	<input type="checkbox"/>
	Gerir o dinheiro	<input type="checkbox"/>
	Utilizar o telefone	<input type="checkbox"/>
	Ir às compras	<input type="checkbox"/>
	Tratar de assuntos burocráticos	<input type="checkbox"/>
	Acompanhamento a consultas médicas	<input type="checkbox"/>
	Transporte do familiar	<input type="checkbox"/>
	Passear/actividades de lazer	<input type="checkbox"/>
	Apoio emocional (manutenção da auto-estima, clima de compreensão e encorajamento)	<input type="checkbox"/>
	Apoio financeiro	<input type="checkbox"/>
	Supervisão regular (“olhar pelo idoso” e pelos cuidados que lhe são prestados; disponibilidade imediata para recorrer a emergências)	<input type="checkbox"/>

11. Em média, **quantas horas por semana** ocupa a prestar cuidados a esta pessoa?

- 0 a 8 horas 9 a 20 horas
 21 a 40 horas Mais de 41 horas (ou cuidados permanentes)

12. Apresenta alguma co-morbilidade? Se sim, qual?

Toma alguma medicação? Se sim, qual?

13. **Mais alguém** (familiares, amigos, vizinhos, empregada doméstica, serviços formais etc.) colabora na tarefa de prestação de cuidados?

Não

Sim

14. Tem que pagar por essa colaboração?

Não

Sim Especificar em que situações _____

15. Há mais alguém a quem tenha de prestar este tipo de cuidados (p. ex.: parentes, amigos ou vizinhos doentes ou inválidos)?

Não

Sim Quantos? _____

16. O que seria necessário acontecer para deixar de ser cuidador principal? (Pode referir mais do que uma circunstância)

Anexo III

CADI (Carer's Assessment of Difficulties Index)

Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador

Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI – Carers' Assessment of Difficulties Index)

O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

PRESTAR CUIDADOS PODE SER DIFÍCIL PORQUE:		Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio				
2	Por vezes sinto-me "de mãos atadas" / sem poder fazer nada para dominar a situação				
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4	Traz-me problemas de dinheiro				
5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar				
7	Parece-me que os técnicos de saúde e acção social (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado fisicamente				
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17	Esta situação faz-me sentir irritado(a)				
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				

19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço				
23	A minha saúde ficou abalada				
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				
29	Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpado				

Anexo IV

Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 Autoaplicável do DSM

Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 Autoaplicável do DSM-5 – Adulto

Durante as últimas 2 semanas, o quanto (ou com que frequência) foi perturbado pelos seguintes problemas?

1 - Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?

- Nada** (De modo algum)
- Muito leve** (Raramente, menos de um ou dois dias)
- Leve** (Vários dias)
- Moderado** (Mais da metade dos dias)
- Grave** (Quase todos os dias)

2 - Sentiu-se desanimado(a), deprimido ou sem esperança?

- Nada** (De modo algum)
- Muito leve** (Raramente, menos de um ou dois dias)
- Leve** (Vários dias)
- Moderado** (Mais da metade dos dias)
- Grave** (Quase todos os dias)

3 - Sentiu-se mais irritado, mal-humorado ou zangado do que o usual?

- Nada** (De modo algum)
- Muito leve** (Raramente, menos de um ou dois dias)
- Leve** (Vários dias)
- Moderado** (Mais da metade dos dias)
- Grave** (Quase todos os dias)

4 - Dormiu menos do que o usual, mas ainda tem muita energia?

- Nada** (De modo algum)
- Muito leve** (Raramente, menos de um ou dois dias)
- Leve** (Vários dias)
- Moderado** (Mais da metade dos dias)
- Grave** (Quase todos os dias)

5 - Iniciou muito mais projetos do que o usual ou fez coisas mais arriscadas do que o habitual?

- Nada** (De modo algum)
- Muito leve** (Raramente, menos de um ou dois dias)
- Leve** (Vários dias)
- Moderado** (Mais da metade dos dias)
- Grave** (Quase todos os dias)

6 - Sentiu-se nervoso, ansioso, assustado, preocupado ou tenso?

- Nada** (De modo algum)
- Muito leve** (Raramente, menos de um ou dois dias)
- Leve** (Vários dias)
- Moderado** (Mais da metade dos dias)
- Grave** (Quase todos os dias)

7 - Sentiu pânico ou sentiu-se amedrontado?

- Nada** (De modo algum)
- Muito leve** (Raramente, menos de um ou dois dias)
- Leve** (Vários dias)
- Moderado** (Mais da metade dos dias)
- Grave** (Quase todos os dias)

8 - Evitou situações que o deixam ansioso?

- Nada** (De modo algum)
- Muito leve** (Raramente, menos de um ou dois dias)
- Leve** (Vários dias)
- Moderado** (Mais da metade dos dias)
- Grave** (Quase todos os dias)

9 - Dores e sofrimentos sem explicação (p. ex., cabeça, costas, articulações, abdome, pernas)?

- Nada** (De modo algum)
- Muito leve** (Raramente, menos de um ou dois dias)
- Leve** (Vários dias)
- Moderado** (Mais da metade dos dias)
- Grave** (Quase todos os dias)

10 - Sentimento de que as suas doenças não estão a ser levadas suficientemente a sério?

- Nada** (De modo algum)
- Muito leve** (Raramente, menos de um ou dois dias)
- Leve** (Vários dias)
- Moderado** (Mais da metade dos dias)
- Grave** (Quase todos os dias)

11 - Pensamentos de se ferir a si próprio?

- Nada** (De modo algum)
- Muito leve** (Raramente, menos de um ou dois dias)
- Leve** (Vários dias)
- Moderado** (Mais da metade dos dias)
- Grave** (Quase todos os dias)

12 - Ouviu coisas que outras pessoas não ouviam, como vozes, mesmo quando não havia ninguém por perto?

- Nada** (De modo algum)
- Muito leve** (Raramente, menos de um ou dois dias)
- Leve** (Vários dias)
- Moderado** (Mais da metade dos dias)
- Grave** (Quase todos os dias)

13 - Sentiu que alguém podia ouvir os seus pensamentos ou que você podia ouvir o que outra pessoa estava a pensar?

- Nada** (De modo algum)
- Muito leve** (Raramente, menos de um ou dois dias)
- Leve** (Vários dias)
- Moderado** (Mais da metade dos dias)
- Grave** (Quase todos os dias)

14 - Problemas com o sono que afetaram a qualidade do seu sono em geral?

- Nada** (De modo algum)
- Muito leve** (Raramente, menos de um ou dois dias)
- Leve** (Vários dias)
- Moderado** (Mais da metade dos dias)
- Grave** (Quase todos os dias)

15 - Problemas com a memória (p. ex., aprender informações novas) ou com localização (p. ex., encontrar o caminho para casa)?

- Nada** (De modo algum)
- Muito leve** (Raramente, menos de um ou dois dias)
- Leve** (Vários dias)
- Moderado** (Mais da metade dos dias)
- Grave** (Quase todos os dias)

16 - Pensamentos, impulsos ou imagens desagradáveis que entram repetidamente na sua cabeça?

- Nada** (De modo algum)
- Muito leve** (Raramente, menos de um ou dois dias)
- Leve** (Vários dias)
- Moderado** (Mais da metade dos dias)
- Grave** (Quase todos os dias)

17 - Sentiu-se compelido a realizar certos comportamentos ou atos mentais repetidamente?

- Nada** (De modo algum)
- Muito leve** (Raramente, menos de um ou dois dias)
- Leve** (Vários dias)
- Moderado** (Mais da metade dos dias)
- Grave** (Quase todos os dias)

18 - Sentiu-se desligado ou distante de si mesmo, do seu corpo, do ambiente físico ao seu redor ou das suas lembranças?

- Nada** (De modo algum)
- Muito leve** (Raramente, menos de um ou dois dias)
- Leve** (Vários dias)
- Moderado** (Mais da metade dos dias)
- Grave** (Quase todos os dias)

19 - Sentiu-se sem saber quem você realmente é ou o que você quer da vida?

- Nada** (De modo algum)
- Muito leve** (Raramente, menos de um ou dois dias)
- Leve** (Vários dias)
- Moderado** (Mais da metade dos dias)
- Grave** (Quase todos os dias)

20 - Não se sentiu próximo de outras pessoas ou desfrutou das suas relações com elas?

- Nada** (De modo algum)
- Muito leve** (Raramente, menos de um ou dois dias)
- Leve** (Vários dias)
- Moderado** (Mais da metade dos dias)
- Grave** (Quase todos os dias)

21 - Bebeu no mínimo 4 bebidas de qualquer tipo de bebida alcoólica num único dia?

- Nada** (De modo algum)
- Muito leve** (Raramente, menos de um ou dois dias)
- Leve** (Vários dias)
- Moderado** (Mais da metade dos dias)
- Grave** (Quase todos os dias)

22 - Fumou cigarros, charuto ou cachimbo ou usou tabaco de mascar?

- Nada** (De modo algum)
- Muito leve** (Raramente, menos de um ou dois dias)
- Leve** (Vários dias)
- Moderado** (Mais da metade dos dias)
- Grave** (Quase todos os dias)

23 - Usou algum dos seguintes medicamentos **POR CONTA PRÓPRIA**, isto é, sem prescrição médica, em quantidades maiores ou por mais tempo do que o prescrito (p. ex., analgésicos [como paracetamol, codeína], estimulantes [como metilfenidato ou anfetaminas], sedativos ou tranquilizantes [como comprimidos para dormir ou diazepam] ou drogas, como maconha, cocaína ou crack, drogas sintéticas [como ecstasy], alucinógenos [como LSD], heroína, inalantes ou solventes [como cola] ou metanfetamina [ou outros estimulantes])?

- Nada** (De modo algum)
- Muito leve** (Raramente, menos de um ou dois dias)
- Leve** (Vários dias)
- Moderado** (Mais da metade dos dias)
- Grave** (Quase todos os dias)

Anexo V

Índice de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL

Avaliação do estado funcional – Atividades de Vida Diária

Por favor, desenhe um círculo à volta da situação que melhor define o estado funcional do seu familiar idoso, para cada um dos 10 itens que se seguem.

1. Alimentação

- 0 – Incapaz/dependente. Necessita de ser alimentado por outra pessoa
- 5 – Necessita de ajuda para cortar, espalhar a manteiga, etc., mas é capaz de comer sozinho
- 10 – Independente. Consegue comer por si próprio num tempo razoável. A comida pode ser cozinhada e servida por outra pessoa.

2. Banho

- 0 – Dependente. Necessita de ajuda ou supervisão
- 5 – Independente. Capaz de se lavar inteiramente, de entrar e sair da banheira (ou chuveiro) sem ajuda e sem supervisão.

3. Vestir

- 0 – Dependente. Necessita de ajuda total
- 5 – Necessita de ajuda, mas realiza cerca de metade das tarefas num tempo razoável sem ajuda
- 10 – Independente. Capaz de se vestir sozinho (incluindo apertar botões, fechos, atacadores, etc.)

4. Higiene Pessoal

- 0 – Necessita de auxílio nos cuidados pessoais
- 5 – Independente: face/cabelo/dentes/barba (acessórios fornecidos)

5. Intestinos

- 0 – Incontinente. Mais de um episódio semanal. Inclui a administração de clisteres por outra pessoa.
- 5 – Acidente ocasional. Menos de um episódio por semana.
- 10 – Contigente. Não apresenta episódios de incontinência.

6. Bexiga

- 0 – Incontinente. Mais de um episódio em 24 horas. Inclui pacientes com algália incapazes de a manejarem.
- 5 – Acidente ocasional. Um episódio por dia ou requer ajuda para a manipulação da algália ou outro dispositivo semelhante
- 10 – Contigente. Não apresenta episódios de incontinência. Capaz de utilizar qualquer dispositivo por si próprio (algália, sonda, ...)

7. Uso da sanita

- 0 – Dependente. Incapaz de aceder ou utilizar a sanita sem ajuda
- 5 – Necessita de alguma ajuda. Capaz de se desenrascar com uma pequena ajuda; consegue usar o quarto de banho e limpar-se sozinho
- 10 – Independente. Consegue instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se, sem ajuda.

8. Transferências

0 – Dependente. Não tem equilíbrio quando está sentado.

5 – Ajuda maior. Precisa de ajuda de uma pessoa forte ou treinada (ou de duas pessoas). Mantém-se sentado sem ajuda

10 – Ajuda menor. Inclui uma supervisão ou uma pequena ajuda física.

15 – Independente. Não necessita de ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira, nem para se deitar ou levantar da cama.

9. Mobilidade

0 – Dependente. Se utiliza cadeira de rodas, necessita de ser empurrado por outra pessoa

5 – Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc. Não requer ajuda nem supervisão

10 – Necessita de ajuda. Necessita de supervisão ou uma pequena ajuda física por parte de outra pessoa ou utiliza andarilho.

15 – Independente. Pode andar sem ajuda nem supervisão. Pode utilizar qualquer ajuda técnica (p. ex. bengala, canadiana) excepto o andarilho.

10. Subir e descer escadas

0 – Dependente. É incapaz de utilizar as escadas.

5 – Necessita de ajuda. Necessita de ajuda ou supervisão

10 – Independente. Capaz de subir e descer escadas sem ajuda ou supervisão de outra pessoa.

TOTAL_____

Anexo VI

IQCODE (Informant Questionnaire on Cognitive Decline)

Questionário para informantes sobre declínio cognitivo em idosos

Questionário para informantes sobre declínio cognitivo em idosos

Helena Espírito Santo, Projeto Trajetórias do Envelhecimento, Instituto Superior Miguel Torga

Autores da versão portuguesa: Espírito-Santo, H. A., Matreno, J., Gomes, J., Reis, R., (2010)

Este teste dirige-se ao cuidador, familiar ou amigo do idoso, devendo ser ele a completá-lo. Este teste deve ser completado sem a interferência do avaliador, mas o avaliador pode dar esclarecimentos.

Instruções: pedimos que se lembre de como o seu familiar (amigo ou utente) estava há 10 anos, e compare com o estado em que ele(a) está agora. Há 10 anos estava em 20__.

A seguir, as questões assinaladas são situações em que o seu familiar (amigo ou utente) usa a memória ou a inteligência e queremos que indique se melhorou, piorou ou se ficou na mesma nos últimos dez anos.

Note que é importante comparar o estado em que está hoje com o estado de há 10 anos atrás.

Por exemplo, se há 10 anos esta pessoa se esquecia sempre onde guardava as suas coisas e ainda se esquece, isto seria considerado como "não muito alterado".

Se fizer favor, indica as mudanças que notou, colocando um círculo na resposta adequada.

	Muito melhor	Um pouco melhor	Pouca mudança	Um pouco pior	Muito pior
1. Recordar coisas sobre a família e amigos, p.e., profissões, aniversários, moradas	1	2	3	4	5
2. Lembrar coisas que aconteceram há pouco tempo	1	2	3	4	5
3. Lembrar conversas uns dias depois	1	2	3	4	5
4. Saber a sua morada e número de telefone	1	2	3	4	5
5. Lembrar qual o dia e o mês em que está	1	2	3	4	5
6. Lembrar onde as coisas são guardadas habitualmente (p.e., roupa, talheres)	1	2	3	4	5
7. Lembrar onde procurar as coisas que foram colocadas num lugar diferente do que é habitual (p.e., óculos, chaves, dinheiro)	1	2	3	4	5
8. Aprender a usar um aparelho doméstico que já conhece	1	2	3	4	5
9. Aprender a usar um aparelho doméstico novo ou uma maquina nova	1	2	3	4	5
10. Aprender coisas novas no geral	1	2	3	4	5
11. Acompanhar uma história num livro ou na televisão (p.e., novela, filme)	1	2	3	4	5
12. Tomar decisões em aspectos do dia-a-dia	1	2	3	4	5
13. Lidar com dinheiro para fazer compras	1	2	3	4	5
14. Lidar com as suas finanças, p.e., pensão, coisas do banco	1	2	3	4	5
15. Lidar com outros cálculos do dia-a-dia, p.e., saber que quantidade de comida comprar, há quanto tempo não recebe visitas de familiares ou amigos	1	2	3	4	5
16. Usar a sua inteligência para compreender e pensar sobre o que se passa	1	2	3	4	5

Total (soma dos resultados de todas as questões) _____ Total /16 _____

Fonte: Jorm A. F. (1994). A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): development and cross-validation. *Psychological Medicine*, 24, 145–153.

Jorm A. F., Broe, G.A., Creasy, H. (1996). Further data on validity of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 131–139.

Nota: na versão original, o melhor equilíbrio entre sensibilidade e especificidade ocorre no ponto de corte de 2,31 - 3,38

Tradução portuguesa: Espírito-Santo, H. A., Matreno, J., Gomes, J., Reis, R., (2010)

Anexo VII

NPI - Inventário Neuropsiquátrico

Inventário Neuropsiquiátrico (questionário) NPI - Q

Por favor, responda às questões seguintes, com base nas alterações ocorridas a partir do momento em que o idoso começou a manifestar problemas de memória.

Assinale “**sim**”, apenas se o sintoma esteve presente nos últimos 30 dias.

Caso contrário, assinale a resposta “**não**”. POR CADA ITEM POSITIVO:

Indique a gravidade do sintoma (como afeta o idoso)

1 = Ligeiro (identificável, mas não

é uma mudança significativa) 2 =

Moderado (significativo, mas não

é uma mudança dramática)

3 = Grave/severo (muito marcado ou proeminente; mudança dramática)

Indique o grau de perturbação que sente devido ao sintoma (como o afeta a si)

0 = Nada perturbador.

1 = Mínimo (Levemente perturbador, não é

um problema que me dê trabalho) 2 = Ligeiro

(Um pouco perturbador, geralmente é fácil

lidar com o problema) 3 = Moderado (Muito

perturbador, nem sempre é fácil lidar com o

problema) 4 = Grave (Bastante perturbador, é

difícil lidar com o problema)

5 = Extremo ou muito grave (extremamente perturbador, sou incapaz de lidar com o problema)

Por favor, responda cuidadosamente a cada pergunta.

		Gravidade do Sintoma			Grau de Perturbação					
Delírios Sim Não	O idoso tem crenças falsas, pensa que está a ser roubado ou lhe estão a fazer mal?	1	2	3	0	1	2	3	4	5
Alucinações Sim Não	O idoso tem alucinações, como visões ou vozes falsas? Ouve ou vê coisas que não estão presentes?	1	2	3	0	1	2	3	4	5
Agitação ou agressão Sim Não	O idoso resiste à ajuda dos outros, é de trato difícil?	1	2	3	0	1	2	3	4	5
Depressão ou disforia Sim Não	O idoso parece triste ou diz que está deprimido? Ele/ela chora?	1	2	3	0	1	2	3	4	5
Ansiedade Sim Não	O idoso fica perturbado quando se separa de si? Demonstra sinais de nervosismo, como falta de ar, suspiros e incapacidade de relaxar, ficando muito tenso?	1	2	3	0	1	2	3	4	5
Exaltação ou euforia Sim Não	O idoso aparenta sentir-se muito bem ou excessivamente feliz?	1	2	3	0	1	2	3	4	5
Apatia ou indiferença Sim Não	O idoso parece menos interessado nas suas atividades habituais e nas atividades ou planos dos outros)	1	2	3	0	1	2	3	4	5
Desinibição Sim Não	O idoso parece agir impulsivamente? Por exemplo, fala com estranhos como se os conhecesse ou diz coisas que podem ferir os sentimentos das outras pessoas?	1	2	3	0	1	2	3	4	5
Irritabilidade ou labilidade Sim Não	O idoso fica impaciente ou irritado? Ele/a tem dificuldade em lidar com demoras/atrasos ou em esperar por atividades planeadas?	1	2	3	0	1	2	3	4	5
Distúrbio motor Sim Não	O idoso ocupa-se com atividades repetitivas, tais como andar às voltas pela casa, carregar em botões, enrolar cordas/cordões/fitas, ou fazer outras coisas repetidamente?	1	2	3	0	1	2	3	4	5
Comportamentos noturnos Sim Não	O idoso acorda durante a noite, levanta-se muito cedo pela manhã, ou dorme várias sestas durante o dia?	1	2	3	0	1	2	3	4	5
Apetite e alimentação Sim Não	O idoso perdeu ou ganhou peso, ou teve alterações no tipo de comida/alimentos de que gosta?	1	2	3	0	1	2	3	4	5

Anexo VIII

Escala das síndromes positiva e negativa - PANSS

ESCALA DAS SÍNDROMES POSITIVA E NEGATIVA – PANSS

Instruções: Circule o grau apropriado para cada dimensão após determinada entrevista clínica. Remeta-se ao manual de avaliação para os itens definição, descrição pontos de ancoragem e o procedimento de contagem. 1= ausente, 2= mínimo, 3= leve, 4= moderado, 5= moderadamente grave, 6= grave, 7= extremamente grave.

Escala Positiva

P1 - Delírios.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

P2 – Desorganização conceitual1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

P3 – Comportamento alucinatório.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

P4 – Excitação1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

P5 – Grandeza.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

P6 – Desconfiança1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

P7 – Hostilidade.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

Score escala positiva

Números de sintomas avaliados > 3.....

Escala Negativa

N1 – Afetividade embotada..... 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

N2 – Retraimento emocional..... 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

N3 – Contato pobre..... 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

N4 – Retraimento social passivo / apático.1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

N5 – Dificuldade pensamento abstrato.... 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

N6 – Falta de espontaneidade e fluência... 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

N7 – Pensamento estereotipado..... 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

Score escala negativa.....

Números de sintomas avaliados > 3

Escala de Psicopatologia Geral

G1 – Preocupação somática..... 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

G2 – Ansiedade..... 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

G3 – Culpa..... 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

G4 – Tensão..... 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

G5 – Maneirismo / postura.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G6 – Depressão.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G7 – Retardo motor.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G8 – Falta de cooperação.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G9 – Conteúdo incomum pensamento.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G10 – Desorientação.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G11 – Deficit atenção.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G12 – Juízo e crítica.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G13 – Distúrbio volição.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G14 – Mau controle impulso.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G15 – Preocupação.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G16 – Esquiva social ativa.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
Escala de Psicopatologia Geral.....							

Anexo IX

WHODAS 2 (World Health Organization Disability Assessment
Schedule)

Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de
Saúde

WHODAS 2.0 - Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde 2.0

Versão de 36 itens, autoaplicável

Nome do Paciente: _____ Idade: ____ Sexo: Masculino Feminino

Este questionário pergunta acerca de dificuldades devidas a condições de saúde/saúde mental. As condições de saúde incluem enfermidades ou doenças, outros problemas de saúde que podem ser de curta ou longa duração, lesões, problemas mentais ou emocionais e problemas com álcool e drogas. Relembre os últimos 30 dias e responda às perguntas pensando no grau de dificuldade que você teve para realizar as seguintes atividades. Para cada pergunta, circule apenas uma resposta.

							<i>Uso Exclusivo do Clínico</i>							
Escore numérico atribuído a cada um dos itens:							1	2	3	4	5	Escore Bruto do Item	Escore Bruto do Domínio	Escore Médio do Domínio
Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:														
Compreensão e comunicação														
D1.1	Concentrar-se ou fazer alguma coisa por dez minutos?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer						30	5	
D1.2	Lembrar-se de fazer coisas importantes?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer								
D1.3	Analisar e encontrar soluções possíveis na vida diária?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer								
D1.4	Aprender uma tarefa nova, por exemplo, aprender a ir até um novo lugar?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer								
D1.5	Entender em geral o que as pessoas dizem?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer								
D1.6	Iniciar e manter uma conversa?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer								
Mobilidade														
D2.1	Ficar de pé por longos períodos, como 30 minutos?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer						25	5	
D2.2	Levantar-se depois de sentado?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer								
D2.3	Movimentar-se dentro da sua casa?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer								
D2.4	Sair da sua casa?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer								
D2.5	Caminhar uma longa distância, como 1 quilômetro (ou equivalente)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer								
Cuidado pessoal														
D3.1	Lavar todo o seu corpo?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer						20	5	
D3.2	Vestir-se?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer								
D3.3	Alimentar-se?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer								
D3.4	Ficar sozinho por alguns dias?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer								
Relacionamento com as pessoas														
D4.1	Lidar com pessoas que você não conhece?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer						25	5	
D4.2	Manter uma amizade?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer								
D4.3	Ter bom relacionamento com as pessoas que estão próximas a você?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer								
D4.4	Fazer novos amigos?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer								
D4.5	Atividades sexuais?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer								

							Uso Exclusivo do Clínico							
Escores numéricos atribuídos a cada um dos itens:							1	2	3	4	5			
Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:														
Atividades da vida diária - Tarefas domésticas														
D5.1	Cuidar das suas responsabilidades nas tarefas domésticas?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não conseguiu fazer					20	5		
D5.2	Fazer bem as tarefas domésticas mais importantes?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não conseguiu fazer								
D5.3	Realizar todas as tarefas domésticas que você precisava fazer?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não conseguiu fazer								
D5.4	Realizar suas tarefas domésticas com a rapidez necessária?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não conseguiu fazer								
Atividades da vida diária - Escola/trabalho														
Se você trabalha (remunerado, não remunerado, por conta própria) ou vai à escola, preencha as questões D5.5-D5.8 abaixo.														
Devido à sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve (em):														
D5.5	No seu trabalho/escola no dia a dia?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não conseguiu fazer						5		
D5.6	Fazer bem suas tarefas mais importantes do trabalho/escola?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não conseguiu fazer								
D5.7	Realizar todo o trabalho que você precisava fazer?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não conseguiu fazer				20				
D5.8	Realizar seu trabalho com a rapidez necessária?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não conseguiu fazer								
Participação na sociedade														
Nos últimos 30 dias:														
D6.1	O quanto foi um problema para você participar de atividades na comunidade (p. ex., festividades religiosas ou outras atividades) da mesma forma que qualquer outra pessoa?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não conseguiu fazer					40	5		
D6.2	Quanto problema você teve devido a barreiras ou obstáculos?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não conseguiu fazer								
D6.3	Quanto problema você teve em viver com dignidade devido às atitudes ou ações de outras pessoas?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não conseguiu fazer								
D6.4	Quanto tempo você gastou com a sua condição de saúde ou suas conseqüências?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não conseguiu fazer								
D6.5	O quanto você esteve emocionalmente afetado pela sua condição de saúde?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não conseguiu fazer								
D6.6	O quanto sua saúde consumiu seus recursos financeiros ou os da sua família?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não conseguiu fazer								
D6.6	O quanto sua saúde consumiu seus recursos financeiros ou os da sua família?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não conseguiu fazer								
D6.7	Quanto problema sua família teve devido aos seus problemas de saúde?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não conseguiu fazer								
D6.8	Quanto problema você teve em fazer coisas sozinho para relaxamento ou lazer?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não conseguiu fazer								
Escore de Incapacidade Geral (Total):										180				

© Organização Mundial da Saúde, 2012. Todos os direitos reservados. Medindo a saúde e a incapacidade: manual para a Escala de Avaliação de Incapacidade da OMS (WHODAS 2.0), Organização Mundial da Saúde, Genebra.

A Organização Mundial da Saúde concedeu ao Editor a permissão para reprodução deste instrumento. Este material pode ser reproduzido sem permissão pelos clínicos para uso com seus pacientes. Qualquer outro uso, incluindo o uso eletrônico, requer permissão por escrito da OMS.

Anexo X

Condições para a submissão do artigo à Revista Portuguesa de
Psiquiatria e Saúde Mental

Condições para Submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- O envio da publicação deve obedecer às instruções aos autores.
- Os autores devem indicar o seu identificador ORCID

Instruções para Autores

RPPSM - Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (RPPSM)

Obrigado por escolher submeter o seu artigo à nossa revista. Estas instruções garantirão que tem toda a informação necessária para que o seu trabalho possa passar pela revisão por pares, produção e publicação sem problemas. Reserve tempo para as ler e seguir, pois isso garantirá que seu trabalho corresponde aos requisitos da revista.

Idioma

O título, resumo e palavras-chave, devem ser apresentados em inglês e português.

Os manuscritos submetidos à RPPSM devem ser claramente escritos preferencialmente em inglês de nível razoável (exceionalmente em português de Portugal).

Copyright

Todos os artigos nesta revista são de Acesso Aberto e atendem aos requisitos das agências de financiamento ou instituições académicas. Relativamente à utilização por terceiros a RPPSM rege-se pelos termos da licença *Creative Commons* 'Atribuição – Uso Não-Comercial – Proibição de Realização de Obras Derivadas (cc-by-nc-nd)'.

É da responsabilidade do autor obter permissão para reproduzir figuras, tabelas, etc. de outras publicações.

Após a aceitação de um artigo, os autores serão convidados a preencher um "Publishing Agreement". Será enviado um *e-mail* ao autor correspondente, confirmando a recepção do manuscrito juntamente com um formulário de *Publishing Agreement* ou um *link* para a versão *online* desse contrato.

Auto-Arquivo

Os autores ficam autorizados a disponibilizar os seus artigos em repositórios das suas instituições de origem, desde que mencionem sempre onde foram publicados e de acordo com a licença *Creative Commons*.

Taxa de Processamento do Artigo

Não há taxa de processamento de artigo.

Conduta Ética e Direitos Humanos e Animais

Os autores devem assegurar que o estudo que submetem para publicação está em conformidade com os princípios éticos e legais, quer no decurso da investigação quer na publicação, nomeadamente com as recomendações da Declaração de Helsínquia revistas em 2013 da Associação Médica Mundial (<http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki>), do ICMJE (www.icmje.org) e do Committee on Publication Ethics (COPE) (<http://publicationethics.org/resources/guidelines>). Nos casos adequados, os autores devem demonstrar que a investigação foi aprovada pela comissão de ética das instituições envolvidas e que as recomendações foram seguidas. Esta informação deve constar no texto do artigo. Qualquer suspeita de má conduta

será investigada e denunciada. Não se devem apresentar imagens, nomes, números de processos clínicos ou outros elementos que permitam a identificação dos participantes no estudo.

Os estudos que envolvam experiências em animais devem ser conduzidos em conformidade com as *guidelines* definidas no “Guide for the care and use of laboratory animals” dos National Institutes of Health. Todos os estudos em animais deverão igualmente obedecer às *guidelines* ARRIVE (*Animal Research: Reporting of In Vivo Experiments*). Os autores deverão ainda consultar a legislação vigente a nível nacional que regula este tipo de estudos (Decreto Lei nº 113/2013 de 7/08/2013, e eventuais actualizações posteriores). Deve ser claramente explicitado no manuscrito que as normas acima referidas foram seguidas.

Privacidade e Consentimento Informado

Estudos em doentes ou voluntários requerem aprovação da comissão de ética e consentimento informado escrito, o que deve ser documentado no artigo. Os autores são responsáveis por obter o consentimento informado relativamente a cada indivíduo presente em fotografias, vídeos, descrições detalhadas, mesmo após tentativa de ocultar a respectiva identidade. Nomes, iniciais ou outras formas de identificação devem ser removidos das fotografias ou outras imagens. Devem ser omitidos dados pessoais, como profissão ou residência, excepto quando sejam cientificamente relevantes para o trabalho. Os autores devem assegurar que não apresentam dados que permitam identificação inequívoca ou, caso isso não seja possível, devem obter o consentimento informado dos intervenientes (ou, quando aplicável, do tutor ou representante legalmente definido).

Permissões

Todo o material previamente publicado e protegido por direitos autorais, incluindo ilustrações, figuras e tabelas, deve ser acompanhado de permissão escrita para reprodução dos detentores dos direitos autorais.

Conflito de Interesse e Fontes de Financiamento

Existe um conflito de interesses quando o julgamento profissional sobre um interesse primário (como o bem-estar dos doentes ou a validade da investigação) pode ser influenciado por um interesse secundário (como ganho financeiro).

As relações financeiras são os conflitos de interesse mais facilmente identificáveis e têm maior probabilidade de prejudicar a credibilidade da revista, dos autores e da própria ciência. No entanto, os conflitos podem ocorrer por outros motivos, como relacionamentos pessoais ou rivalidades, competição académica e crenças intelectuais.

Todos os participantes do processo de revisão por pares e publicação - não apenas autores, mas também revisores, editores e membros do conselho editorial da RPPSM - devem considerar seus conflitos de interesse ao cumprir suas funções no processo de revisão e publicação do artigo e devem divulgar todos relacionamentos que possam ser vistos como potenciais conflitos de interesse.

Os autores devem referir todas as fontes de financiamento ao estudo descrito e a sua influência na concepção do manuscrito ou na decisão de submissão para publicação. O rigor e a exactidão dos conteúdos, assim como as opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos autores.

Os autores são obrigados a divulgar todas as relações financeiras e pessoais que possam enviesar o trabalho. Para prevenir ambiguidade, os autores têm que explicitamente mencionar se existe ou não conflitos de interesse. Todos os autores devem completar e submeter o modelo de Declaração de Conflitos de Interesse (*ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest*), disponível em <http://www.icmje.org/conflicts-of-interest/>. Essa informação será mantida confidencial durante a revisão do manuscrito pelos revisores e não influenciará a decisão editorial, mas será publicada se o artigo for aceite. Se não existirem conflitos, os autores devem mencionar esse facto.

Resultados de Ensaios Clínicos

A RPPSM apoia iniciativas que contribuam para uma melhor divulgação de resultados ensaios clínicos. Estas incluem o registo prospectivo de ensaios clínicos em bases de dados públicas adequadas. De acordo com as recomendações do ICMJE, a RPPSM exige o registo de todos os ensaios clínicos cujos dados sejam incluídos em trabalhos submetidos para publicação nesta revista.

O ICMJE adopta a definição da Organização Mundial de Saúde de ensaio clínico, que é "qualquer estudo de investigação que prospectivamente atribua a participantes humanos, individualmente ou em grupo, uma ou mais intervenções relacionadas com a saúde, com o objectivo de avaliar os seus resultados relacionados com a saúde". Esta definição inclui ensaios das fases I a IV. O ICMJE define intervenções relacionadas com a saúde como "qualquer intervenção usada para modificar um resultado biomédico ou relacionado com a saúde" e resultados relacionados com a saúde como "qualquer medida biomédica ou relacionada com a saúde obtida em doentes ou participantes".

Registo de Ensaio Clínicos

O registo numa base de dados pública de ensaios clínicos é condição necessária para a publicação de dados de ensaios clínicos na RPPSM, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, <http://www.icmje.org>). Os ensaios devem ser registados anteriormente ou no início do período de recrutamento de doentes. Os estudos puramente observacionais (aqueles em que a atribuição de uma intervenção médica não é do critério do investigador) não exigem registo.

O número de registo do ensaio clínico (TRN) bem como a data desse registo devem ser referidos no final do resumo do artigo.

Disponibilização dos Dados

A RPPSM sugere que todos os dados nos quais se baseiam as conclusões de um artigo de investigação original sejam disponibilizados para os leitores. Sugere-se assim aos autores que assegurem que os seus dados ficam disponíveis em repositórios públicos (sempre que estes estejam disponíveis e sejam adequados), que sejam apresentados no manuscrito principal ou em arquivos adicionais,

sempre que possível em formato tratável (por exemplo, em folha de cálculo e não em pdf).

A RPPSM exige uma declaração de disponibilização dos dados, presente no final de cada manuscrito. Para ensaios de fármacos ou dispositivos médicos, a declaração deve referir, pelo menos, que os dados relevantes de cada doente, devidamente anonimizados, estão disponíveis mediante pedido justificado aos autores.

Os ensaios clínicos que iniciaram o recrutamento de participantes em ou após 1 de Janeiro de 2019 devem incluir um plano de partilha de dados no registo do ensaio.

Sugerem-se formulações para a referida declaração:

"Disponibilização dos dados: os dados individuais dos doentes [e/ou] o conjunto completo de dados [e/ou] o anexo técnico [e/ou] as especificações da análise estatística, estão disponíveis em [/doi] [com acesso livre/com as restrições] [do autor correspondente em]. Os participantes deram o seu consentimento informado para disponibilização de dados [ou... não foi obtido consentimento dos participantes, mas os dados apresentados estão anonimizados e o risco de identificação é reduzido... ou não foi obtido consentimento dos participantes, mas os benefícios potenciais da disponibilização destes dados justificam os prejuízos potenciais, uma vez que ...]"

Se os dados não estiverem disponíveis, deve ser referido o seguinte: "Disponibilização dos dados: não estão disponíveis dados adicionais." Esta opção não se aplica a ensaios clínicos de fármacos ou dispositivos médicos.

Para investigações que não sejam ensaios clínicos, as declarações de partilha de dados são incentivados, mas não é obrigatório. Mendeley Data é um repositório *online* seguro de dados de investigação, permitindo o arquivamento de qualquer tipo de arquivo e atribui um identificador DOI permanente e exclusivo (DOI) para que os arquivos possam ser facilmente referenciados. Se os autores desejam partilhar os dados de suporte e não têm alternativa, um DOI pode ser referido na declaração de partilha de dados.

Pode ser solicitado aos autores que disponibilizem os dados brutos em que basearam o seu artigo durante o processo de revisão e até 10 anos após a publicação.

Submissão dos Trabalhos

A submissão de um manuscrito implica que o trabalho descrito não tenha sido publicado previamente (excepto na forma de um resumo ou como parte de uma palestra publicada ou de uma tese académica), e que não está sendo considerado para publicação noutra revista, que o manuscrito foi aprovado por todos os autores e, tácita ou explicitamente, pelas autoridades competentes onde o trabalho foi realizado e que, se for aceite para publicação, não será publicada em outro lugar na mesma forma, em inglês ou em qualquer outra língua, incluindo electronicamente.

Todos os manuscritos devem ser acompanhados por uma carta de apresentação. Deve ser dada garantia na carta de apresentação de que o manuscrito não está sob consideração simultânea por qualquer outra revista. Na carta de apresentação, os autores devem declarar seus potenciais conflitos de interesse e fornecer uma declaração sobre a autoria.

Para verificar a originalidade, o artigo pode ser verificado pelo serviço de detecção de originalidade.

As submissões que não estejam em conformidade com estas instruções podem ser devolvidas para reformulação e reenvio.

Submissão do Manuscrito

Os manuscritos são submetidos através do *site* da RPPSM em <https://www.revistapsiquiatria.pt>

Contacto

Em caso de dúvidas durante a submissão, contacte:
secretariadoeditorial@revistapsiquiatria.pt

Preparação do Manuscrito

Uso de programa de processamento de texto

Os manuscritos devem ser submetidos em formato Word, com letra *times New Roman* de tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

É importante que o arquivo seja guardado no formato nativo do processador de texto usado. O texto deve estar no formato de coluna única. Mantenha o *layout* do texto o mais simples possível.

Para evitar erros desnecessários, aconselhamos o uso das funções "verificação ortográfica" e "verificação gramatical" do seu processador de texto.

Tipologia dos Artigos

A RPPSM aceita artigos das seguintes tipologias:

- a) Artigos Originais reportando investigação clínica ou básica nas áreas de interesse da revista (ensaios clínicos, estudos de coorte, estudos de caso-controllo, outros estudos observacionais);
- b) Artigos de Revisão
- c) Revisões Sistemáticas com ou sem Meta-Análise;
- d) Estudos de Caso/Casos Clínicos;
- e) Imagens;

f) Editoriais, que são escritos a convite do Editor-Chefe e consistem em comentários sobre artigos publicados na revista ou sobre temas de relevância particular;

g) Cartas ao Editor, que consistem em opiniões concisas sobre artigos recentemente publicados na RPPSM;

h) Perspectivas;

i) *Guidelines*;

Os autores devem indicar na carta de apresentação qual o tipo de manuscrito que está a ser submetido para publicação.

Na primeira página/ página de título:

1. Título

Título em português e inglês, conciso, específico e informativo, sem abreviaturas e não excedendo os 120 caracteres. O título pode incluir um complemento de título com um máximo de 40 caracteres (incluindo espaços).

1. Autores, afiliações e ORCID iDs

Na linha da autoria, liste o Nome de todos os Autores (primeiro e último nome) e respectivas afiliações (serviço, instituição, cidade, país) e grau académico mais elevado.

Os autores devem também fornecer os seus ORCID iDs.

III. Financiamento

Todas as fontes de financiamento, no domínio público ou privado, incluindo bolsas, que contribuíram para a realização do trabalho.

Exemplos:

For single agency grants: This work was supported by the [Funding Agency] under Grant [number xxxx].

For multiple agency grants: This work was supported by the [Funding Agency #1] under Grant [number xxxx]; [Funding Agency #2] under Grant [number xxxx]; and [Funding Agency #3] under Grant [number xxxx].

1. **Autor Correspondente**

Indicar claramente quem vai lidar com a correspondência em todas as fases de arbitragem e publicação, também pós-publicação. Indicar endereço postal e *e-mail* do Autor responsável pela correspondência relativa ao manuscrito.

1. **Resumo e Keywords**

Um resumo conciso e factual é requerido, capaz de representar isoladamente o conteúdo do artigo, escrito em português e inglês. Nenhuma informação que não conste no manuscrito pode ser mencionada no resumo. O resumo não pode remeter para o texto, não podendo conter citações nem referências a figuras.

No fim do resumo devem ser incluídas um máximo de 6 *keywords* em inglês utilizando a terminologia que consta no Medical Subject Headings (MeSH), <https://meshb.nlm.nih.gov/search>

1. **Resumo Estruturado**

Um resumo estruturado, com as etiquetas de secção apropriadas (Introdução, Métodos, Resultados e Conclusão), deve fornecer o contexto e objectivo do estudo, procedimentos básicos (selecção dos sujeitos de estudo ou animais de laboratório, métodos observacionais e analíticos), principais resultados (significância estatística, se possível) e principais conclusões. Deve enfatizar aspectos novos e importantes do estudo ou das observações.

VII. Os autores também incluirão nesta página de título, sob a designação "Considerações éticas" a declaração de "**Proteção de pessoas e animais**", **Confidencialidade dos dados e consentimento informado e Conflitos de interesse.**

Prêmios e Apresentações prévias

Devem ser referidos os prêmios e apresentações do estudo, prévias à submissão do manuscrito

Texto

Artigos Originais

Esses relatórios normalmente incluem ensaios clínicos randomizados, estudos de intervenção, estudos de coorte, estudos de caso-controle, avaliações epidemiológicas, outros estudos observacionais, análises de custo-efetividade e análises de decisão e estudos de triagem e testes de diagnóstico. É necessário um tipo de estudo. Cada manuscrito deve declarar claramente um objetivo ou hipótese; o desenho e os métodos (incluindo o tipo de estudo, local e datas, pacientes ou participantes com critérios de inclusão e exclusão e / ou taxas de participação ou resposta, ou fontes de dados e como esses foram selecionados para o estudo); as características essenciais de qualquer intervenção; as principais medidas de resultado; os principais resultados do estudo; uma seção de discussão colocando os resultados em contexto com a literatura publicada e abordando as limitações do estudo; e a conclusão e implicações relevantes para a prática clínica ou política de saúde. Os dados incluídos devem ser originais e devem ser o mais pertinente e atual possível.

Os artigos originais devem incluir as seguintes seções: Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão, Agradecimentos (se aplicável), Referências, Tabelas e Figuras.

Artigos de Revisão Narrativa

Os artigos de revisão são artigos abrangentes que sintetizam ideias pré-existentes e sugerem novas. Abrangem áreas amplas.

O foco deve ser uma actualização sobre a compreensão actual da etiologia ou fisiopatologia das doenças, considerações diagnósticas e terapêutica.

Essas revisões devem abordar uma questão ou questão específica relevante para a prática clínica. Embora geralmente por convite do Editor-Chefe, a RPPSM aceita ocasionalmente artigos de revisão não solicitados sobre assuntos importantes ou sobre avanços recentes. Antes de submeter uma revisão, pedimos que envie ao Editor-Chefe um breve esboço (não mais de 500 palavras) indicando a importância do assunto, e por que está qualificado para escrevê-lo. Um convite para submissão não garante aceitação.

Os artigos de revisão não devem exceder 4000 palavras, até 6 tabelas ou figuras e até 100 referências. Um resumo não estruturado com o máximo de 350 palavras.

Revisões Sistemáticas e Meta-Análises

As revisões sistemáticas podem ou não utilizar métodos estatísticos (meta-análises) para analisar e resumir os resultados dos estudos incluídos.

As Revisões Sistemáticas podem ser apresentadas no formato Introdução, Métodos, Resultados, Discussão. O assunto deve ser claramente definido. O objectivo de uma revisão sistemática deve ser produzir uma conclusão baseada em evidências. Nos Métodos deve ser fornecida uma indicação clara da estratégia de pesquisa da literatura, extracção de dados, classificação das evidências e análise. Deve ser seguida a normativa PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/>) e realizado o registo do protocolo na PROSPERO (<https://www.crd.york.ac.uk/prospéro>).

O texto não deverá exceder 4000 palavras, excluindo um resumo estruturado (máximo de 350 palavras). Não poderá incluir mais de 100 referências, e até 6 tabelas ou figuras.

Caso Clínico

O relato de Casos Clínicos deve incluir as seguintes seções: Introdução, Caso Clínico e Discussão.

O texto não poderá exceder 1000 palavras, e não poderá exceder as 25 referências bibliográficas. Deve incluir um resumo não estruturado que não exceda 150 palavras.

Deve ser seguida a normativa CARE (<http://www.care-statement.org/>).

Tendo em conta a sua natureza, os relatos de casos clínicos devem ter um número parcimonioso de autores - excepcionalmente mais de 5. No caso de serem mais de 5 co-autores a carta de submissão deve indicar clara e detalhadamente qual o papel de cada um no manuscrito, de modo a justificar a sua inclusão na linha de autoria à luz dos critérios do ICMJE (<http://www.icmje.org/>). A permissão do doente (parente mais próximo, tutor legal) pode ser necessária.

Se o doente(s) descrito nestes manuscritos é identificável, o formulário de consentimento do doente deve ser preenchido e assinado pelo doente(s) (ou tutor/representante legal) e submetido com o manuscrito. Dificultar a identificação do doente através da omissão de dados cientificamente irrelevantes é aceitável, mas a alteração desses dados não o é.

Editoriais

Os Editoriais são da responsabilidade do grupo editorial, solicitados por convite do Editor-Chefe, e constituirão comentários sobre tópicos actuais ou sobre artigos publicados na revista. Não devem exceder as 1500 palavras, com um máximo de

20 referências bibliográficas e podem conter uma tabela e uma figura. Não têm resumo.

Cartas ao Editor

As cartas ao Editor consistem em comentários críticos sobre um artigo publicado na revista ou uma nota curta sobre um determinado tópico ou caso clínico. As Cartas ao Editor não devem exceder 600 palavras e 10 referências bibliográficas e podem conter uma figura ou tabela. Não têm resumo.

Imagens em Psiquiatria

Esta seção destina-se à publicação de imagens clínicas, radiológicas, histológicas e cirúrgicas.

Uma imagem visual de uma observação psiquiátrica interessante e única, com uma breve descrição do problema clínico e dos achados psiquiátricos do doente.

O título não deve ter mais de oito palavras. Os autores devem ser no máximo quatro. As imagens devem ser de alta qualidade e valor educativo. São permitidas até 4 figuras. As legendas devem ser breves e informativas. Setas ou outros símbolos devem ser incluídos conforme necessário para facilitar a compreensão das imagens. O texto não deve exceder 500 palavras, até cinco referências bibliográficas, e deve incluir uma breve história clínica e dados relevantes do exame físico, testes laboratoriais e progressão clínica, conforme apropriado. Não têm resumo. A permissão do doente (parente mais próximo, tutor legal) pode ser necessária.

Nesta secção também serão aceites artigos versando tópicos neurológicos abordados em obras de cariz artístico (incluindo pintura, escultura, teatro e cinema) ou relacionados com os artistas que as criaram.

Perspectiva

Este tipo de manuscrito é submetido a convite do Conselho Editorial, sendo no entanto também sujeitas a consideração editorial as candidaturas espontâneas para publicação. Pode abranger uma ampla diversidade de tópicos importantes em biomedicina, saúde mental, investigação, descoberta, prevenção, ética, política de saúde ou lei de saúde. Um Autor que deseje propor um manuscrito nesta seção deverá enviar um resumo ao Editor-Chefe, incluindo o título e a lista de autores para avaliação. O texto não deve exceder 1200 palavras, até 10 referências, e até 2 tabelas e 2 figuras. Não têm resumo.

Guidelines

As recomendações para a prática clínica não devem exceder 4000 palavras, até 6 tabelas ou figuras e até 100 referências. Resumo até 350 palavras. Este tipo de artigo pode ser submetido por grupos de trabalho organizados no âmbito de encontros ou associações científicas, ou grupos de autores com trabalho especializado realizado no tópico em causa.

Article type	Abstract	Keywords	Main structure	text. words	Max Tables/figures	References
Original Article	Max. 350 words; structure (Introduction and Objective, Methods, Results and	Up to 6 Portuguese and English	Introduction; Methods; Results; Discussion; Conclusion; Acknowledgments, if any; References; and figure	400	Total up to 6	Up to 60

	Conclusion)		legends, if any				
	Portuguese and English						
			Introduction; thematic sections at the discretion of the authors;				
Review Article	Max. 350 words; unstructured Portuguese and English	Up to 6 Portuguese and English	Conclusion; Acknowledgments, if any; References; and figure legends, if any	400	Total up to 6	Up to 100	to
	Max. 350 words; structured	Up to 6					
Systematic Review	Portuguese and English	Portuguese and English	PRISMA	400	Total up to 6	Up to 100	to
	Max. 150 words; unstructured Portuguese	Up to 6	Introduction; Case report; Discussion; Conclusion (optional); References;				
Case Report	Portuguese	Portuguese and English	Discussion; Conclusion (optional); References;	100	Total up to 4	Up to 25	

	se and English		and figure legends, if any			
Images in Psychiatry	None	Up to 6 Portuguese and English	Unstructured	500	Total up to 4	Up to 5
Editorial	None	None	Unstructured	1500	Total up to 2	Up to 20
Letter to the Editor	None	Up to 6 Portuguese and English	Unstructured	600	Total up to 1	Up to 10
Current Perspectives	None	Up to 6 Portuguese and English	Unstructured	1200	Total up to 2	Up to 10
Guidelines	Max. 350 words; unstructured Portuguese and English	Up to 6 Portuguese and English	Introduction; thematic sections at the discretion of the authors; Conclusion(s); Acknowledgments, if any; References; and figure legends, if any	4000	Total up to 6	Up to 100

Referências

1. Citação no texto

Certifique-se de que todas as referências citadas no texto também estão presentes na lista de referências (e vice-versa). As referências devem ser listadas usando algarismos árabes pela ordem em que são citados no texto.

As referências a comunicações pessoais e dados não publicados devem ser feitas diretamente no texto e não devem ser numeradas. As comunicações pessoais devem estar devidamente autorizadas pelo emissor das comunicações, assumindo os autores a responsabilidade pela autorização. A citação de uma referência como "in press" implica que o item tenha sido aceite para publicação. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo da PubMed.

As referências a artigos publicados em revistas devem incluir o nome do primeiro autor seguido dos nomes dos restantes autores (num máximo de 6, a partir daí deve ser utilizado *et al*), o título do artigo, o nome da revista e o ano de publicação, volume e páginas, e DOI.

Certifique-se que os dados fornecidos nas referências estão corretos. Ao copiar referências, tenha cuidado porque já podem conter erros. A lista de referências deve ser adicionada como parte do texto, nunca como uma nota de rodapé. Códigos específicos do programa de gestão de referências não são permitidos.

1. Formato

Uma descrição detalhada dos formatos de diferentes tipos de referência pode ser consultada n "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Liste

todos os autores se houver seis ou menos. *Et al* deve ser adicionado se houver mais de seis autores. Título do artigo, nome da revista, ano, volume e páginas.

III. Estilo de referência

Texto: Indicar as referências no texto por número (s) em expoente. Os autores podem ser referidos, mas o número de referência deve ser sempre dado.

Lista: Ordene as referências na lista pela ordem em que aparecem no texto

Exemplos:

Referência de artigo:

1.

- Com menos de 6 autores

Marder SR, Cannon TD. Schizophrenia. N Engl J Med. 2019;381:1753-61. doi: 10.1056/NEJMra1808803.

- Com mais de 6 autores

Fava GA, Tomba E, Brakemeier EL, Carrozzino D, Cosci F, Eöry A, et al. Mental pain as a transdiagnostic patient-reported outcome measure. Psychother Psychosom. 2019;88:341-9. doi: 10.1159/000504024.

- In press

Kiehn JT, Faltraco F, Palm D, Thome J, Oster H. Circadian Clocks in the Regulation of Neurotransmitter Systems. Pharmacopsychiatry. 2019 (in press). doi: 10.1055/a-1027-7055.

Referência de livro:
2. Schatzberg AF, Nemeroff CB. Essentials of clinical

psychopharmacology. 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2013.

Referência de capítulo de livro:

3. O'Connell MA, Jewell DM. Human resources management in group practice. In: Wolper LF, editor. Physician practice management: essential operational and financial knowledge. Sudbury: Jones Bartlett Publishers; 2005. p. 139-70.

Referência de teses e dissertações:

Melo MC. Saúde e qualidade do sono dos médicos residentes em psiquiatria. [Dissertação]. Fortaleza: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará; 2015.

Referências Web:

No mínimo, o URL completo deve ser dado e a data em que o documento foi consultado. Qualquer outra informação, se conhecida (nomes de autor, datas, referência a uma publicação de origem, etc.), também deve ser dada.

A.D.A.M. medical encyclopedia [Internet]. Atlanta: A.D.A.M.; 2005 [cited 2019 Mar 26]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/encyclopedia.html>

Notas de Rodapé

As notas de rodapé devem ser evitadas. Quando imprescindíveis, devem ser numerados consecutivamente e aparecer na página apropriada.

Agradecimentos (facultativo)

Devem vir após o texto, e antes das referências, tendo como objectivo agradecer a todos os que contribuíram para o estudo mas que não têm peso de autoria. Nesta secção é possível agradecer a todas as fontes de apoio, quer financeiro, quer tecnológico ou de consultadoria, assim como contribuições individuais.

Abreviaturas

Não use abreviaturas ou acrónimos no título e no resumo e limite o seu uso no texto. Abreviaturas não consagradas devem ser definidas na primeira utilização, por extenso, logo seguido pela abreviatura entre parênteses. A menos que a sigla seja uma unidade padrão de medição. Uso excessivo e desnecessário de acrónimos e abreviaturas deve ser evitado.

Unidades de Medida

Devem ser utilizadas as unidades Sistema Internacional de Unidades. As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico (metro, quilograma ou litro) ou seus múltiplos decimais. As temperaturas devem ser dadas em graus Celsius (°C) e a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mmHg), e a hemoglobina em g/dL. Todas as medições hematológicas ou bioquímicas serão referidas no sistema métrico de acordo com o Sistema Internacional de Unidades (SI).

Nomes de Medicamentos e Dispositivos Médicos

Identifique com precisão todos os medicamentos e produtos pela denominação comum internacional (DCI). Não é recomendável a utilização de nomes comerciais de fármacos (marca registrada), mas quando a utilização for imperativa, o nome do produto deverá vir após o nome DCI, entre parênteses, em minúscula, seguido do símbolo que caracteriza marca registrada, em sobrescrito (®). O mesmo princípio é aplicável aos dispositivos médicos.

Nomes de Genes, Símbolos e Números de Acesso

Aos genes e estruturas relacionadas devem ser atribuídos os nomes e símbolos oficiais fornecidos pelo National Center for Biotechnology Information (NCBI) ou o HUGO Gene Nomenclature Committee. Antes da submissão de um manuscrito relatando grandes conjuntos de dados genômicos (por exemplo, sequências de proteínas ou DNA), os conjuntos de dados devem ser depositados em um banco de dados disponível publicamente, como o GenBank do NCBI, e um número de acesso completo (e número da versão, se apropriado) deve ser fornecido na seção Métodos.

Tabelas e Figuras

As Tabelas/Figuras devem ser numerados na ordem em que são citadas no texto e assinaladas em numeração árabe e com identificação.

Cada Figura e Tabela incluídas no trabalho têm de ser referidas no texto: "Uma resposta imunitária anormal pode estar na origem dos sintomas da doença (Fig. 2)"; "Esta associa-se a outras duas lesões (Tabela 1)".

Figura: Quando referida no texto é abreviada para Fig., enquanto Tabela não é abreviada. Nas legendas ambas as palavras são escritas por extenso.

Cada Tabela e Figura deve ser acompanhada da respectiva legenda, sucinta e clara. As Legendas devem ser auto-explicativas (sem necessidade de recorrer ao texto).

Em relação aos gráficos deve ser explícito se a informação inclui valores individuais, médias ou medianas, se há representação do desvio padrão e intervalos de confiança e o tamanho da amostra (n). As fotografias deverão incluir identificadores de aspectos cientificamente relevantes (setas e asteriscos). Poderão ser publicadas fotografias a cores, desde que consideradas essenciais.

Cada Tabela deve ser utilizada para mostrar resultados, apresentando listas de dados individuais ou sumariando os mesmos, não devendo no entanto constituir duplicação dos resultados descritos no texto. Devem ser acompanhadas de um título curto mas claro e elucidativo. As unidades de medida usadas devem ser indicadas (em parêntesis abaixo do nome que encabeça cada categoria de valores) e os números expressos devem ser reduzidos às casas decimais com significado clínico.

Para as notas explicativas nas Tabelas devem ser utilizados os seguintes símbolos e sequência: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡ .

Se fotografias de doentes forem usadas, estes não devem ser identificáveis ou as fotografias devem ser acompanhadas de autorização por escrito para usá-las.

As ilustrações coloridas são reproduzidas gratuitamente.

Princípios gerais:

- Numere as ilustrações de acordo com a sua sequência no texto.
- Forneça as legendas das ilustrações separadamente.
- Dimensione as ilustrações próximas das dimensões desejadas da versão publicada.
- Envie cada ilustração em ficheiro separado.

A inclusão de figuras e/ou tabelas já publicadas, implica a autorização do detentor de *copyright* (autor ou editor).

A submissão deve ser feita separadamente do texto, conforme as instruções da plataforma.

Os ficheiros das figuras devem ser fornecidos em alta resolução, 800 dpi mínimo para gráficos e 300 dpi mínimo para fotografias.

A publicação de ilustrações a cores é gratuita, reservando-se a RPPSM de publicar uma versão a preto e branco na versão impressa da revista.

Material gráfico deve ser entregue em um dos seguintes formatos:

JPEG (. Jpg)

Portable Document Format (. Pdf)

PowerPoint (.ppt)

TIFF (. Tif)

Excel

Permissão para publicação: No caso de publicação de tabelas de livros ou revistas os autores são responsáveis por obter permissão, junto dos autores dos trabalhos de onde forem reproduzidos, para a referida publicação, e terão de a apresentar na submissão.

Ficheiros Multimédia

Os ficheiros multimédia devem ser enviados em ficheiro separado com o manuscrito. O material multimédia deve seguir os padrões de qualidade de produção para publicação sem a necessidade de qualquer modificação ou edição. Os ficheiros aceitáveis são: formatos MPEG, AVI ou QuickTime.

Anexos/ Apêndices

Quando necessário, os anexos devem ser utilizados para apresentar inquéritos longos ou detalhados, descrições de extensos cálculos matemáticos e / ou listas de itens. Devem ser colocados depois da lista de referências, se necessário, com legendas. Anexos longos, tais como algoritmos, pesquisas e protocolos, serão publicados apenas *online*; o URL será fornecido no artigo impresso onde o anexo é citado.

Se houver mais de um apêndice, eles devem ser identificados como A, B, etc. As fórmulas e equações em apêndices devem ser numeradas separadamente: Eq. (A.1), Eq. (A.2), etc. ; Em apêndice posterior, a Eq. (B.1) e assim por diante. Da mesma forma para tabelas e figuras: Tabela A.1; FIG. A.1, etc.

Estilo

RPPSM segue AMA Manual Style, 10^a edição (<http://www.amamanualofstyle.com>) e ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (<http://icmje.org/recommendations>)

Última revisão Novembro 2019

Política de Privacidade

A Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental detém o direito exclusivo de publicar, distribuir, ceder, vender ou licenciar em suporte físico, electrónico, por meio de radiodifusão ou em outros suportes que venham a existir todos os conteúdos publicados. É proibida a reprodução, mesmo parcial, de artigos e ilustrações sem prévia autorização da Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. Exceptua-se a citação ou transcrição de pequenos excertos, desde que se faça menção da fonte.

Os nomes e endereços fornecidos nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.