

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Instrumentos para Avaliação em Geriatria

João Apóstolo

Com a colaboração das estudantes do 3º ano em Ensino Clínico de
Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria, 2008/2009:

Ana Rita Duarte
Andreia Santos
Mafalda Chicória
Maria do Rosário Morais
Sara Torres
Vânia Silva
Filipa Oliveira
Rita Figueiredo
Susana Rodrigues
Telma Pereira

SUMÁRIO

1 - INSTRUMENTOS para Avaliação em Geriatria	4
1.1 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DAS ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA.....	6
Índice Lawton-Brody	6
Índice de Barthel	11
Índice de Katz	14
Índice de Pfeffer	16
Escala EK.....	18
Outros	21
EASYCare	21
Instrumento de avaliação sócio-funcional em idosos (IASFI)	21
1.2 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE EQUÍLIBRIO/QUEDAS	22
Índice de Tinetti	22
Escala de Berg	25
1.3 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO	34
Escala de Norton.....	34
Escala de Braden.....	36
1.4 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO de DEPRESSÃO e SOLIDÃO.....	42
Escala de Solidão da UCLA	42
Escala Geriátrica de Depressão (GDS).....	42
Estado de espírito durante a última semana:.....	48
Escala de Cornell de Depressão na Demência (CSDD)	48
1.5 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO COGNITIVA	52
Mini Mental State Examination (MMSE)	52
Pontuação.....	53
Teste do relógio	55
Teste de Diminuição Cognitiva	57
Escala de Avaliação de Blessed (BLS)	59
Escala de deterioração global (GDS).....	66
Avaliação da incapacidade funcional na demência	70
Escala clínica de demência (CDR) - Clinical dementia rating – (CDR)	72

Cognitive Performance Scale	75
Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT)	77
The Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ).....	80
Dementia Rating Scale	81
Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA).....	81
Inventário de queixas da memória.....	87
Inventário neuropsiquiátrico	89
Outros instrumentos.....	92
The Cambridge Cognitive Examination Revised (CAMCOG-R).....	92
The cognitive subscale of the “Alzheimer’s Disease Assessment Scale”	92
1.6 INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DO CUIDADOR.....	93
Inventário do Fardo do Cuidador (IFC).....	93
Escala de Sobrecarga do Cuidador	94
Índice de avaliação das dificuldades do cuidador.....	97
Índice de satisfação do cuidador.....	97
BIBLIOGRAFIA	97

1 - INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO EM GERIATRIA

A sociedade actual caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico, transversal nas sociedades desenvolvidas, em consequência do aumento dos níveis de esperança de vida e do declínio da natalidade.

De acordo com os resultados das actuais projecções, a população residente em Portugal em 2050 (10,3 milhões de indivíduos, em 2000) diminuirá, podendo oscilar entre os 7,5 milhões, no cenário mais pessimista, e os 10,0 milhões, no cenário mais optimista, situando-se nos 9,3 milhões de indivíduos no cenário mais provável. Em 2000, o Índice de Envelhecimento (IE) da população, traduzido no número de idosos por cada 100 jovens, era de 102 para Portugal, valor que nas regiões variou entre os 61, nos Açores, e os 173, no Alentejo. Até 2050 a população de todas as regiões, qualquer que seja o cenário escolhido, envelhecerá, podendo mesmo o IE situar-se nos 398 idosos por cada 100 jovens, em 2050 no cenário mais pessimista, quase quadruplicando assim o valor deste indicador no decorrer dos 50 anos em projecção. No cenário base, o valor aumenta para 243 idosos por cada 100 jovens, enquanto no cenário mais optimista a projecção é inferior (190) (INE, 2004).

A melhoria dos cuidados de saúde, a melhoria das condições sócio-económicas contribuíram para o aumento da longevidade da população, à qual se associa uma maior prevalência das doenças crónicas, de dependência nas actividades da vida diária e do declínio das capacidades cognitivas. As condições de cronicidade, na maioria das vezes, são geradoras do que pode ser denominado processo incapacitante, ou seja, o processo pelo qual uma determinada condição afecta a funcionalidade da pessoa idosa. Neste contexto, a funcionalidade é definida como a capacidade do indivíduo se adaptar aos problemas de todos os dias, apesar de possuir uma incapacidade física, mental e/ou social (Duarte, 2007).

Apresentamos um documento de trabalho onde estão a ser reunidos um conjunto de instrumentos de avaliação¹ das actividades de vida diária, cognição, equilíbrio, risco de

¹ A utilização de escalas de avaliação são uma tentativa sistematizada de medir, de forma objectiva, os níveis nos quais uma pessoa é capaz de desempenhar determinadas actividades ou funções em diferentes áreas. De acordo com Duarte, Andrade & Lebrão, (2007), estas, de um modo geral, representam uma forma de medir se uma pessoa é ou não capaz de, independentemente, desempenhar as actividades necessárias para cuidar de si e do meio que a envolve e, caso não seja, verificar se essa necessidade de ajuda é parcial (em maior ou menor grau) ou total em termos de avaliação, as diferentes áreas que compõem a funcionalidade do idoso são conhecidas como actividades de vida diária (AVDs) e subdividem-se em:

a) Actividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), onde estão incluídas as actividades relacionadas com o autocuidado como alimentar-se, cuidar da sua higiene pessoal, vestir-se, mobilizar-se, manter controlo dos esfíncteres;

desenvolvimento de úlceras de pressão, depressão e solidão. Esta avaliação torna-se essencial para estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e uma avaliação clínica adequada, que irão servir de base para a tomada de decisões sobre a intervenção.

Este documento está em construção pelo que necessita ainda de desenvolvimento no que diz respeito às referências bibliográficas, autoria, processo de adaptação transcultural e respectiva qualidade dos instrumentos (validade), avaliação crítica, condições e critérios de utilização, entre outros. Pretende-se dar ao estudante pistas de trabalho. Neste sentido alerta-se para a necessidade de uma pesquisa complementar nas situações em que a informação não esteja disponível neste documento.

b) Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), que indicam a capacidade do indivíduo ter uma vida independente dentro da comunidade onde vive e inclui a capacidade para preparar refeições, realizar compras, utilizar transportes, cuidar da casa, utilizar telefone, administrar as próprias finanças, tomar medicação.

As alterações no desempenho das actividades de vida diária (AVDs) podem ocorrer desde os estágios iniciais da demência, tendo sido a gravidade do processo demencial apontada como um forte preditor para o declínio do desempenho dos idosos nessas actividades. Segundo alguns autores, existe relação entre a gravidade das alterações cognitivas e o desempenho funcional nas actividades diárias: nos danos cognitivos leves as perdas são detectadas prioritariamente nas AIVDs, e a realização das ABVDs somente seria prejudicada nos estágios demenciais mais avançados.

1.1 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DAS ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

Índice Lawton-Brody

Lawton e Brody em 1969 desenvolveram uma escala que pretendia medir a incapacidade e servir para planear e avaliar intervenções em idosos. Este instrumento avalia o nível de independência da pessoa idosa no que se refere à realização das actividades instrumentais (AIVD) que compreendem **oito** tarefas como **usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro**, mediante a atribuição de uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado para realizar essas actividades (Araújo, et al., 2008; Sequeira, 2007).

Araújo, et al., (2008) analisaram as qualidades a escala pontuada na forma original (0 ou 1) e na versão alternativa policotómica, obtendo os valores de $\alpha = 0,91$ e $\alpha = 0,94$, respectivamente.

A Escala (de 0 a 16) apresenta gradientes cujos extremos são total independência e total dependência (Azeredo & Matos, 2003). Estes autores converteram a escala em três grupos na mesma proporção em que apresenta cada item e consideraram os seguintes pontos de corte: 0-5 significa dependência grave ou total; de 6-11 moderada dependência; de 12-16 ligeira dependência ou independente.

Índice de Lawton-Brody

Versão apresentada por Azeredo & Matos (2003).

Item	Sem ou grave perda da autonomia 0	Necessita de alguma ajuda 1	Autónomo ou com ligeira perda de autonomia 2
Capacidade para utilizar o telefone			
Capacidade para fazer compras			
Capacidade para preparar comida			
Capacidade para cuidar da casa			
Capacidade para lavar a roupa			
Capacidade para usar meios de transporte			
Responsabilidade na medicação			
Capacidade para tratar os assuntos económicos			

Sequeira (2007) apresenta uma versão diferente com a seguinte pontuação: cada item apresenta 3, 4 ou 5 níveis diferentes de dependência, pelo que cada actividade é pontuada de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5 em que a maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. O Índice varia entre 8 e 30 pontos de acordo com os seguintes pontos de corte: 8 pontos – Independente; 9 a 20 pontos - Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda; > 20 pontos - Severamente dependente, necessita de muita ajuda.

Nos resultados de um estudo do autor a análise factorial revelou apenas um factor explicando 65% da variância total reforçando o carácter unidimensional do instrumento e consistência interna de 0,92.

Índice de Lawton-Brody, versão apresentada por Sequeira (2007).

Itens		Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a roupa	3
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de taxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

Versão de: Escalas e testes na demência. – Grupo e estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências – Claboração da UCB Pharma (Novartis Farma) – Produtos Farmacêuticos, 2003.; Madureira e Vedelho.

ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA

Escala de Lawton e Brody Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL)

Lawton M.P; Brody E.M. 1969 Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 9, 179-186

A escala deve ser administrada a um acompanhante.

Não aplicável: cotar 9 (não aplicável) quando a tarefa nunca foi feita na vida. Nos casos em que a tarefa não é feita no presente por motivos aparentemente independentes da vontade ou capacidade do sujeito (ex: o sujeito não tem telefone em casa ou nunca usa os transportes públicos porque não precisa), o examinador deve formular a questão da seguinte maneira: "suponha que o doente tinha que fazer um telefonema, usar um transporte público, etc..., acha que seria capaz de o fazer?" e cotar de acordo com a resposta.

A. Capacidade para usar o telefone

Usa o telefone por sua iniciativa, marca os números, etc...	1
Marca alguns números mais conhecidos	2
Atende o telefone, mas não marca	3
Não usa o telefone de todo	4
Não aplicável	9

B. Compras

Faz todas as compras independentemente	1
Só faz, independentemente, pequenas compras	2
Necessita ser apoiado para fazer compras	3
Completamente incapaz para fazer pequenas compras	4
Não aplicável	9

C. Cozinhar

Planeia, prepara e serve adequadamente as refeições, de modo independente	1
Prepara as refeições adequadamente, se lhe forem dados os ingredientes	2
Aquece e serve refeições já preparadas ou prepara refeições, mas não mantém uma dieta adequada	3
Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições	4
Não aplicável	9

D. Lida da casa

Cuida da casa sozinho ou com assistência ocasional (ex.: ajuda para trabalhos domésticos mais pesados)	1
Faz trabalhos leves, como lavar a loiça e fazer as camas	2
Faz tarefas diárias leves, mas não consegue manter um nível de limpeza aceitável	3
Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas	4
Não participa em qualquer actividade doméstica	5
Não aplicável	9

E. Tratamento da Roupa

Cuida completamente da lavagem da sua roupa	1
Lava pequenas peças (meias, cuecas, etc.)	2
Toda a lavagem de roupa é feita por outros	3
Não aplicável	9

F. Deslocações

Viaja independentemente em transportes públicos ou conduz o seu próprio carro	1
Desloca-se de táxi, mas não usa transportes públicos	2
Viaja em transportes públicos quando acompanhado por outras pessoas	3
Viaja, limitado a táxi ou automóvel particular com assistência de outros	4
Não viaja de todo	5
Não aplicável	9

G. Responsabilidade pelos seus próprios medicamentos

É responsável por tomar os seus medicamentos na dose e tempo correctos	1
Assume a responsabilidade, se medicação estiver separada previamente	2
Não tem capacidade para tomar conta dos medicamentos	3
Não aplicável	9

H. Capacidade para tratar das finanças

Lida com assuntos financeiros independente (orçamentos, cheques, faz pagamentos, vai ao banco)	1
Maneja o dinheiro no dia a dia, mas precisa de ajuda para lidar com somas mais avultadas	2
Incapaz de lidar com dinheiro	3
Não aplicável	9

Nota: esta pontuação, na versão do projecto LADIS, é distinta da utilizada no instrumento original.

Índice de Barthel

O Índice de Barthel avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez actividades básicas de vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007).

Pode ser preenchido através da observação directa, de registos clínicos ou ainda ser auto ministrado. Pretende avaliar se o doente é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente.

Cada actividade apresenta entre 2 a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência (Sequeira, 2007).

Numa escala de 10 itens o seu total pode variar de 0 a 100, sendo que um total de 0-20 indica Dependência total; 21-60 Grave dependência; 61-90 Moderada dependência; 91-99 Muito leve dependência e 100 Independência (Azeredo & Matos, 2003).

Sequeira (2007) uma versão do Índice de Barthel, com uma redacção dos itens ligeiramente diferente das que apresentamos seguidamente, mas avaliando conteúdo semelhante. No entanto os pontos de corte, referidos por este autor, são diferentes dos descritos acima: 90-100; Independente; 60-90 Ligeiramente dependente; 40-55 Moderadamente dependente; 20-35 Severamente dependente; <20 Totalmente dependente.

Analisando estas duas opções, por exemplo em relação ao ponto de corte que considera a independência, consideramos que uma pessoa só deverá ser assim classificada quando atinge a pontuação de 100.

No contexto clínico o IB dá-nos informação importante não só a partir da pontuação total mas também a partir das pontuações parciais para cada actividade avaliada, porque permite conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às necessidades (Araújo et al., 2007).

Estudos de adaptação para Portugal do índice de Barthel

O estudo desenvolvido por Araújo et al. (2007) revela que é o índice de Barthel um instrumento com um nível de fidelidade elevado (alfa de Cronbach de 0,96), apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre $r = 0,66$ e $r = 0,93$. Embora a estrutura conceptual da escala seja unidimensional, o estudo deste instrumento forçado a duas dimensões veio diferenciar o auto-cuidado e a mobilidade por um lado (77,60% da variância), e a eliminação por outro (6,88% da variância). No que respeita à validade de

critério instrumento apresentou uma correlação forte e positiva (0,84) com a escala de Lawton e Brody.

O estudo de Sequeira (2007) revelou uma consistência interna de 0,89 para o total da escala e uma estrutura factorial de três factores explicando 75% da variância total: [mobilidade – *alimentação, vestir, utilização da casa de banho, subir escadas, deambulação e transferência* - (alfa =0,96; variância explicada 52,1%; higiene – *banho e higiene corporal* - (alfa =0,84; variância explicada 12,4%) e controlo dos esfíncteres - *controlo de esfíncteres vesical e intestinal* - (alfa =0,87; variância explicada 10,7%).

BARTHEL ADL Índice

Sexo _____ - Idade _____

Estado Civil _____

Habilitações Literárias _____

Actividades

pontuação

Higiene pessoal

0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal

5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

Evacuar

0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)

10 = Continente (não apresenta episódios de incontinência)

Urinar

0 = Incontinente ou algaliado

5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)

10 = Continente (por mais de 7 dias)

Ir à casa de banho (uso de sanitário)

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho

10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)

Alimentar-se

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.

10 = Independente (a comida é providenciada)

Transferências (cadeira /cama)

0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se

10 = Pequena ajuda (verbal ou física)

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)

Mobilidade (deambulação)

0 = Imobilizado

5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.

10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)

Vestir-se

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

Escadas

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão

10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)

Banho

0 = Dependente

5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de imersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)

Total (0 - 100)

Índice de Katz

O Índice de Katz ou Índice de Actividades de Vida Diária desenvolveu-se para medir o funcionamento físico de doentes com doença crónica (Katz, 1963). Várias foram as teorias e instrumentos de medida desenvolvidos a partir de então. Katz e colaboradores demonstraram, por exemplo, que a recuperação do desempenho funcional de seis actividades consideradas básicas da vida quotidiana de idosos incapacitados (banhar-se, vestir-se, ir à casa de banho, transferir-se, ser continente e alimentar-se) era semelhante à sequência observada no processo de desenvolvimento da criança. Verificaram, através de estudos antropológicos, a existência de semelhança entre essas seis funções e o comportamento das pessoas nas sociedades primitivas, o que sugeria que as funções citadas eram biológica e psicossocialmente primárias, reflectindo uma hierarquização das respostas neurológicas e locomotoras (Duarte, Andrade & Lebrão, 2007). Estes autores desenvolveram um estudo tendo por objectivo descrever o desenvolvimento histórico, a evolução e a correcta utilização do índice de Independência nas Actividades de Vida Diária de Katz, bem como as modificações e adaptações desenvolvidas.

Na versão inicial apresentada por Katz, (1963) Observa-se que o formulário de avaliação possui três categorias de classificação: independente, parcialmente dependente ou totalmente dependente.

Apesar das diferentes versões analisadas por Duarte, Andrade & Lebrão (2007) é de referir a que localizaram na Web page do Hartford Institute for Geriatric Nursing publicada, segundo observação no referido site, em 1998 que a seguir se apresenta na versão em português de Portugal (adaptação nossa):

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se; Pontos: ____	(1 ponto) Toma banho completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se; Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para apertar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir à casa de banho; Pontos: ____	(1 ponto) Dirige-se ao WC, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao WC, limpar-se ou usa urinol ou arrastadeira
Transferência; Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. São aceitáveis equipamentos mecânicos de ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência; Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre a eliminação (intestinal ou vesical)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente a nível intestinal ou vesical
Alimentação; Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

	_____ pessoa _____	
Total de Pontos = _____ 6 = Independente; 4 = Dependência moderada; 2 ou menos = Muito dependente		

Em Portugal são feitas várias referências à sua utilização das quais destacamos Brito (2000); Azeredo & Matos (2003) e Sequeira (2007).

Index de AVDs (Katz) - Tipo de classificação referida por Brito (2000).

Independente significa "sem supervisão, direcção ou ajuda pessoal activa", com as excepções que são indicadas seguidamente. Baseia-se no estado actual e não na capacidade para a realização das actividades. Considera-se que um paciente que se recusa a realizar uma função não realiza a mesma, embora se considere capaz. Em termos de avaliação global e tendo em conta as seis funções que a seguir se descrevem, são considerados, em cada um dos oito grupos:

A	Independente em alimentação, continência, mobilidade, utilização do W.C., vestir-se e tomar banho	1
B	Independente para todas as funções anteriormente referidas, excepto uma	2
C	Independente para todas as funções anteriormente referidas, excepto tomar banho e outra função adicional	3
D	Independente para todas as funções anteriormente referidas, excepto tomar banho, vestir-se e outra função adicional	4
E	Independente para todas as funções anteriormente referidas, excepto tomar banho, vestir-se, utilização do W.C. e outra função adicional	5
F	Independente para todas as funções anteriormente referidas, excepto tomar banho, vestir-se, utilização do W.C, mobilidade e outra função adicional	6
G	Dependente em relação a estas seis funções	7
Outros	(dependente em, pelo menos duas funções, mas não classificável como C, D, E, ou F)	8

Nota: Não obstante esta versão apresentar a classificação outros, tal como a versão original de Katz, em 1976, Katz e Akpom apresentaram uma versão modificada da escala original onde a categoria "outro" foi eliminada sendo que a classificação do Index dá-se pelo número de funções nas quais o indivíduo avaliado é dependente (Duarte, Andrade & Lebrão, 2007).

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (ÍNDICE DE KATZ - FORMA ACTUAL) Brito (2000).		
1 Banho (com esponja em duche ou banheira)		
<i>Independente:</i> necessita de ajuda para lavar-se em uma só parte do corpo (como as costas ou uma extremidade incapacitada) ou toma banho completamente sem ajuda		2
<i>Dependente:</i> necessita de ajuda para lavar-se em mais de uma parte do corpo; necessita de ajuda para sair ou entrar na banheira ou não se lava sozinho		1

2 Vestir-se	
<i>Independente:</i> vai buscar a roupa de armários e gavetas, veste a roupa, coloca adornos; utiliza auxiliares mecânicos; exclui-se o apertar dos sapatos	2
<i>Dependente:</i> não se veste só ou veste-se parcialmente	1
3 Utilização do W.C.	
<i>Independente:</i> vai ao W.C, entrando e saindo sozinho do mesmo; limpa os órgãos excretórios (pode usar ou não suportes mecânicos); compõe a sua roupa	2
<i>Dependente:</i> usa bacio ou urinol ou precisa de ajuda para utilizar o W.C	1
4 Mobilidade	
<i>Independente:</i> entra e sai da cama, senta-se ou levanta-se da cadeira, de forma independente (pode usar ou não suportes mecânicos)	2
<i>Dependente:</i> precisa de ajuda para utilizar a cama e/ou a cadeira; não utiliza uma ou mais destas deslocações	1
5 - Continência	
<i>Independente:</i> controle completo da micção e da defecção	2
<i>Dependente:</i> incontinência urinária ou fecal, parcial ou total; controle total ou parcial mediante enemas, sondas ou o uso regular de bacios ou urinóis	1
6 - Alimentação	
<i>Independente:</i> leva a comida do prato ou equivalente até à boca (exclui-se da avaliação o cortar da carne e a preparação dos alimentos, como barrar com manteiga um pão)	2
<i>Dependente:</i> necessita de ajuda para o acto de se alimentar, tendo em conta o anteriormente referido; não come em absoluto ou recebe alimentação parenteral	1

Índice de Katz apresentado por Sequeira (2007)

Índice de Katz	Independente	Independente com supervisão	Independente com ajuda	Dependente
Controlo de esfínteres	4	3	2	1
Banho	4	3	2	1
Utilização da casa de banho	4	3	2	1
Mobilidade	4	3	2	1
Vestir/despir	4	3	2	1
Alimentação	4	3	2	1

Os critérios para classificação de independência ou dependência apresentados por Sequeira (2007) são semelhantes aos referidos por Brito (2000).

Índice de Pfeffer

O Índice de Pfeffer é constituído por itens relacionados com a capacidade do indivíduo para realizar AIVDs (actividades instrumentais de vida diária) e funções cognitivas/sociais como fazer compras, preparar alimentação, manter-se em dia com a actualidade, prestar

atenção em programas de rádio, TV e de os discutir. Quanto menor a pontuação obtida pelo indivíduo, maior a sua independência e autonomia.

Esta escala é constituída por dez itens e evidencia a funcionalidade por meio do grau de independência para realização das actividades instrumentais de vida diária. O *score* mínimo é 0 e o máximo é 30. Quanto maior a pontuação, maior é a dependência do paciente, sendo considerada a presença de prejuízo funcional a partir de um *score* de 3 (Cassis *et al.*, 2007)

De acordo com Jacinto (2008) *scores* iguais ou superiores a 5 possuem boa especificidade e sensibilidade para o diagnóstico de alterações da cognição com declínio funcional.

➤ **Questionário de Pfeffer**

Versão Português. Adaptação nossa a partir da versão em português Brasil apresentada por Jacinto (2008).

1. É capaz de cuidar do seu próprio dinheiro?
2. É capaz de fazer compras sozinho (por exemplo de comida e roupa)?
3. É capaz de aquecer água para fazer café ou chá e apagar o fogão?
4. É capaz de preparar as refeições?
5. É capaz de se manter a par dos acontecimentos e do que se passa na vizinhança?
6. É capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio, televisão ou um artigo do jornal?
7. É capaz de se lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?
8. É responsável pela sua medicação?
9. É capaz de andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?
10. É capaz de ficar sozinho(a) em casa?

Avaliação:

Sim, é capaz 0

Nunca o fez, mas poderia fazer agora 0

Com alguma dificuldade, mas faz 1

Nunca fez e teria dificuldade agora 1

Necessita de ajuda 2

Não é capaz 3

Outra versão (Autor?): Fonte:

http://www.ciape.org.br/matdidatico/edgar/Livro_Aval_Mult_Idoso.doc

Versão Português. Adaptação nossa a partir da versão em Português do Brasil

Avaliação das Atividades de Vida Diária, segundo Pfeffer						
0. Normal 1. Faz, com dificuldade 2. Necessita de ajuda 3. Não é capaz						
0. Nunca o fez, mas poderia fazê-lo 1. Nunca o fez e agora teria dificuldade						
	0	1	2	3	0	1
É capaz de preparar refeições?						
É capaz de cuidar do seu próprio dinheiro						
É capaz de manusear seus próprios remédios?						
É capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho (a)?						
É capaz de aquecer água para o café e apagar o fogão?						
É capaz de manter-se em dia com as actualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?						
É capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?						
É capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos, familiares, feriados?						
É capaz de passear pela vizinhança e de encontrar o caminho de volta para casa?						
Pode ser deixado (a) em casa sozinho (a) de forma segura?						
0. Normal 1. Sim, com precauções 2. Sim, por curtos períodos 3. Não poderia						
0. Nunca ficou, mas poderia ficar agora 1. Nunca ficou e agora teria dificuldade						
PONTUAÇÃO						

Escala EK

A escala EK foi inicialmente desenvolvida em dinamarquês, tendo sido validada para a língua portuguesa (Brasil) por Martinez *et al.*, (2006).

Esta escala apresenta-se dividida em dez categorias, em que cada uma apresenta quatro alternativas que fornecem pontuações parciais entre 0 e 3. A pontuação total é obtida pela soma das pontuações parciais e varia entre 0 e 30. Quanto maior o grau de comprometimento funcional, maior a pontuação obtida. Ao contrário do Índice de Barthel, baixos valores da escala EK indicam menor comprometimento funcional (Martinez *et al.*, 2006).

Escala EK: Adaptação nossa a partir da versão Português do Brasil (Martinez et al., 2006).

➤ **Habilidade para o uso da cadeira de rodas**

- 0. Capaz de usar uma cadeira de rodas manual no plano, progredindo pelo menos 10 metros em menos de um minuto.
- 1. Capaz de usar uma cadeira de rodas manual no plano, progredindo 10 metros em mais de um minuto.
- 2. Incapaz de usar uma cadeira de rodas manual, necessitando de uma cadeira de rodas eléctrica.
- 3. Faz uso de uma cadeira eléctrica, mas ocasionalmente apresenta dificuldades para realizar curvas.

Habilidade de transferência de cadeira de rodas

- 0. Capaz de sair da cadeira de rodas sem ajuda.
- 1. Capaz de sair da cadeira de rodas de forma independente, mas com necessidade de dispositivo auxiliar.
- 2. Necessita assistência para sair da cadeira de rodas, com ou sem uso de dispositivos auxiliares.
- 3. Necessita de ser levantado com suporte da cabeça durante a transferência da cadeira de rodas.

Habilidade de permanecer em pé

- 0. Capaz de se manter de pé quando está com os joelhos apoiados ou quando usa muletas.
- 1. Capaz de se manter de pé quando está com os joelhos e quadris apoiados ou quando utiliza dispositivos auxiliares.
- 2. Capaz de se manter de pé apenas quando todo o corpo está apoiado.
- 3. Incapaz de ficar de pé; presença de contracturas acentuadas.

Habilidade de balançar-se na cadeira de rodas

- 0. Capaz de assumir sozinho a posição vertical, com a ajuda das mãos, a partir de uma flexão ventral completa.

1. Capaz de mover a porção superior do corpo mais do que 30 graus em todas as direcções, a partir da posição sentada, mas incapaz de assumir sem ajuda a posição vertical a partir de uma flexão ventral completa.
2. Capaz de mover a porção superior do corpo menos de 30 graus de um lado a outro.
3. Incapaz de modificar a posição da parte superior do corpo; não consegue sentar-se sem apoio total no tronco e na cabeça.

Habilidade de movimentação dos braços

0. Capaz de elevar os braços acima da cabeça com ou sem movimentos compensatórios.
1. Incapaz de elevar os braços acima da cabeça, mas capaz de elevar os antebraços contra a gravidade como, por exemplo, a mão até a boca, com ou sem apoio dos cotovelos.
2. Incapaz de elevar os antebraços contra a gravidade, mas capaz de usar as mãos contra a gravidade quando o antebraço está apoiado.
3. Incapaz de mover as mãos contra a gravidade, mas capaz de usar os dedos.

Habilidade de usar as mãos e braços para comer

0. Capaz de cortar a carne em pedaços e comer com colher e garfo. Pode elevar uma tigela cheia (aproximadamente 250 ml) até a boca sem o apoio do cotovelo.
1. Come e bebe com o cotovelo apoiado.
2. Come e bebe com o cotovelo apoiado e com a ajuda da mão oposta, com ou sem a utilização de dispositivos auxiliares alimentares.
3. Necessita de ser alimentado.

Habilidade de se mobilizar na cama

0. Capaz de se mobilizar na cama.
1. Capaz de se mobilizar num sofá, mas não na cama.
2. Incapaz de se mobilizar na cama. Tem que ser mobilizado três vezes ou menos durante a noite.
3. Incapaz de se mobilizar na cama. Tem que ser mobilizado quatro vezes ou mais durante a noite.

Habilidade para tossir

0. Capaz de tossir eficazmente.
1. Tem dificuldade para tossir e algumas vezes necessita de estímulo manual.

2. Necessita sempre de ajuda para tossir. Capaz de tossir somente em certas posições.
3. Incapaz de tossir. Necessita de aspiração de secreções para manter as vias aéreas limpas.

Habilidade para falar

0. Discurso enérgico. Capaz de cantar e elevar o tom de voz.
1. Discurso normal, mas não consegue elevar a voz.
2. Discursiva com voz baixa e precisa respirar após três a cinco palavras.
3. Discurso incompreensível a não ser pelos parentes próximos.

Bem-estar geral

0. Sem queixas, sente-se bem.
1. Cansa-se facilmente. Apresenta dificuldades quando repousa numa cadeira ou na cama.
2. Apresenta perda de peso, perda de apetite. Medo de dormir à noite; dorme mal.
3. Apresenta sintomas adicionais tais como: mudanças de humor, dor de estômago, palpitações, sudorese.

Total: 0-30

Total: ____

Outros

EASYCare

Liliana Sousa e Daniela Figueiredo – consultar:

<http://portal.ua.pt/bibliotecad/default1.asp?OP2=0&Serie=0&Obra=15&H1=2&H2=0>

Instrumento de avaliação sócio-funcional em idosos (IASFI)

Versão em Português do Brasil (Fonseca e Rizzotto, 2008)

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71417220.pdf>

1.2 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE EQUÍLIBRIO/QUEDAS

O equilíbrio corporal é definido como a manutenção de uma postura particular do corpo com um mínimo de oscilação (equilíbrio estático) ou a manutenção da postura durante o desempenho de uma habilidade motora que tenda a perturbar a orientação do corpo (equilíbrio dinâmico) (Lima, Figueiredo & Guerra, 2007).

Têm sido desenvolvidos vários instrumentos a fim de avaliar o equilíbrio, procurando definir parâmetros para identificar o risco de queda em idosos. Este desenvolvimento de instrumentos confiáveis e validados tem-se demonstrado relevante não só para a investigação, mas também para a prática clínica.

Índice de Tinetti

Esta escala foi criada em 1986 por Tinetti, Williams e Mayewski (Abreu *et al.*, 2008). Classifica aspectos da marcha como a velocidade, a distância do passo, a simetria e o equilíbrio em pé, o girar e também as mudanças com os olhos fechados (Silva *et al.*, 2007).

É uma escala que não requer equipamento sofisticado e é confiável para detectar mudanças significativas durante a marcha. A utilização deste instrumento de avaliação tem importantes implicações na qualidade de vida dos idosos, uma vez que possibilita acções preventivas, assistenciais e de reabilitação.

É composta por 16 itens em que 9 são para o equilíbrio do corpo e 7 para a marcha (Silva *et al.*, 2007). A cada item pode ser atribuído o valor de zero ou um, (zero é considerado não satisfatório e um é considerado satisfatório) (Santos, 2007). A pontuação total é de 28 pontos e é obtida através da soma das pontuações do equilíbrio do corpo (16 pontos) e da marcha (12 pontos). Um *score* inferior a 19 pontos, indica risco cinco vezes maior de queda (Lojudice, 2005, p.21; Silva *et al.*, 2007).

A pontuação total é de 28 pontos e é obtida através da soma das pontuações do equilíbrio do corpo (16 pontos) e da marcha (12 pontos) (Silva *et al.*, 2007).

Um *score* acima de 24 pontos significa baixo risco de queda, entre 19 e 24 pontos significa risco moderado de queda, e abaixo de 19 pontos significa alto risco de queda (Mata, Barros & Lima, 2008).

Estudos recentes têm demonstrado que esta escala é altamente preditiva de queda (Santos, 2007).

Apesar de para a língua portuguesa (Brasil) existirem diversas referências a estudos com este instrumento, para o Português de Portugal, embora estejam publicados com a sua utilização, estes não referenciam os respectivos estudos de adaptação.

Apresentamos uma versão em Português (adaptação nossa a partir da versão em Português do Brasil) utilizada no Estudo: Mobilidade, avaliação do risco e prevenção de quedas em idosos (Sousa, Oliveira, Marques & Apóstolo, In Press).

Escala de Tinetti

Teste de equilíbrio (Instruções: Utente sentado numa cadeira rígida, sem braços)

1. Equilíbrio sentado	0 – Inclina-se ou desliza na cadeira 1 – Estável, seguro
2. Levanta-se da cadeira	0 – Incapaz sem ajuda 1 – Capaz, usa membros superiores para auxiliar 2 – Capaz de se levantar, uma tentativa
3. Tentativas para se levantar	0 – Incapaz sem ajuda 1 – Capaz, requer mais de uma tentativa 2 – Capaz de se levantar, uma tentativa
4. Equilíbrio de pé imediato (primeiros 5 segundos)	0 – Instável (cambaleia, move os pés, oscila o tronco) 1 – Estável, mas usa dispositivo de auxílio à marcha 2 – Estável, sem dispositivo de auxílio
5. Equilíbrio de pé	0 – Instável 1 – Instável, mas aumenta a base de suporte (entre os calcanhares maior que 10 cm de afastamento) e usa dispositivo de auxílio 2 – Diminuição da base sem dispositivo de auxílio
6. Desequilíbrio no esterno (utente na posição de pé com os pés o mais próximos possível, o examinador empurra suavemente o utente na altura do esterno com a palma da mão 3 vezes seguidas)	0 – Começa a cair 1 – Cambaleia, agarra-se e segura-se em si mesmo 2 – Estável
7. Olhos fechados	0 – Instável 1 – Estável
8. Girar 360°	0 – Instabilidade (agarra-se, cambaleia) 1 – Passos descontinuados 2 - Continuidade

9. Sentar-se	0 – Inseguro (não avalia bem a distancia, cai na cadeira) 1 – Usa os braços ou não tem movimentos suaves 2 – Seguro, movimentos suaves
Score de Equilíbrio	-----/16 Pontos

Teste de marcha <i>(Instruções: Utente de pé com o examinador, caminha num corredor ou sala, primeiro no seu ritmo normal, e em seguida rápido, porém muito seguro, com os dispositivos de auxilio à marcha usuais)</i>	
1. Iniciação da marcha	0 – Imediato e após a ordem “vá” (qualquer hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar) 1 – Sem hesitação
2. Comprimento e altura do passo	a) Perna direita sem balanceio 0 – Não passa o membro esquerdo 1 – Passa o membro esquerdo 0 – Pé direito não se afasta completamente do solo com o passo 1 – Pé direito afasta-se completamente do solo b) Perna esquerda em balanceio 0 – Não passa o membro direito 1 – Passa o membro direito 0 – Pé esquerdo não se afasta completamente do solo com o passo 1 – Pé esquerdo afasta-se completamente do solo
3. Simetria do passo	0 – Passos direito e esquerdo, iguais 1 – Passos direito e esquerdo, parecem iguais
4. Continuidade do passo	0 – Parada ou descontinuidade entre os passos 1 – Passos parecem contínuos
5. Desvio da linha recta (distância aproximada de 3 m x 30 cm)	0 – Desvio marcado 1 – Desvio leve e moderado ou usa dispositivo de auxilio à marcha
6. Tronco	0 – Oscilação marcada ou usa dispositivo de auxilio à marcha 1 – Sem oscilação, mas com flexão de joelhos, dor lombar ou afasta os braços enquanto anda 2 – Sem oscilação, sem flexão, sem uso dos braços ou de dispositivo de auxilio à marcha

7. Base de apoio	0 – Calcanhares afastados 1 – Calcanhares quase se tocam durante a marcha
Score de marcha	-----/12 Pontos

Score total: -----/28 pontos

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

- *Inferior a 19 pontos:* Alto Risco de Queda
- *Entre 19 e 24 pontos:* Risco Moderado de Queda
- *Superior a 24 pontos:* Alto Risco de Queda

Escala de Berg

A escala de equilíbrio de Berg foi criada em 1992 por Katherine Berg e tem tido larga utilização para avaliar o equilíbrio na população acima dos 60 anos.

Foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa (Brasil) por Miyamoto et al., na sua dissertação de mestrado, pelo que a versão brasileira é um instrumento confiável para ser usado na avaliação do equilíbrio da população idosa (Silva et al., 2007).

É composta por 14 itens envolvendo tarefas funcionais específicas em diferentes bases de apoio. As tarefas envolvem o equilíbrio estático e dinâmico tal como, alcançar, girar, transferir-se, permanecer de pé e levantar-se. Cada item apresenta uma escala ordinal de 5 alternativas que recebem uma pontuação entre 0 e 4, em função do desempenho do utente, obtendo um *score* total de 56 pontos (Oliveira, 2006; Silva *et al.*, 2007).

O *score* desta escala é baseado na habilidade para executar as tarefas em tempo e de forma independente e engloba três dimensões: manutenção da posição, ajuste postural e movimentos voluntários (Santos, 2007).

Uma pontuação entre 0 a 20 indica mau equilíbrio, e entre 40 a 56 pontos indica bom equilíbrio (Oliveira, 2006). Estes pontos devem ser subtraídos, caso o tempo ou a distância não sejam atingidos ou o sujeito necessite de supervisão para a execução da tarefa ou de suporte no esterno (Abreu *et al.*, 2008).

Como material necessário para a aplicação prática é necessária uma régua, um relógio, duas cadeiras (com e sem braços) e um banco. No que se refere ao tempo de execução este é de aproximadamente de 30 minutos.

Tal como referenciamos anteriormente quando apresentamos a escala de Tinetti, apesar de para a língua portuguesa (Brasil) existirem diversas referências a estudos com a escala de Berg, para o Português de Portugal, embora estejam publicados estudos com a sua utilização, estes não referenciam os respectivos estudos de adaptação.

Apresentamos uma versão em Português de Portugal da Escala de Berg utilizada por Ribeiro (SD) no estudo Hemisférios Cerebrais e sua relação com o Equilíbrio em AVC's.

Escala de Berg

Instruções gerais

Demonstre cada tarefa e/ou instrua o sujeito da forma como está descrito abaixo. Quando colocar a pontuação, registe a categoria da resposta de menor pontuação relacionada a cada item.

- Na maioria dos itens pede-se ao sujeito para manter uma dada posição por um tempo determinado. Progressivamente mais pontos são subtraídos caso o tempo ou a distância não sejam atingidos, caso o sujeito necessite de supervisão para a execução da tarefa, ou se o sujeito se apoia num suporte externo ou ainda recebe ajuda do examinador.

- É importante que se torne claro aos sujeitos que estes devem manter o equilíbrio enquanto tentam executar a tarefa. A escolha de qual perna permanecerá como apoio e o alcance dos movimentos fica a cargo dos sujeitos. Julgamentos inadequados irão influenciar negativamente o desempenho e a pontuação. Nos itens 1, 3 e 4 deverá ser utilizada uma cadeira com braços.

- Os equipamentos necessários são um cronómetro (ou relógio comum com ponteiro dos segundos) e uma régua ou outro medidor de distância com fundos de escala de 5, 12,5 e 25cm. As cadeiras utilizadas durante os testes devem ser de altura razoável. Um degrau ou um banco (da altura de um degrau) pode ser utilizado para o item 12.

DESCRIÇÃO DOS ITENS Pontuação (0-4)

1. Da posição de sentado para a posição de pé	_____
2. Ficar em pé sem apoio	_____
3. Sentado sem apoio	_____
4. Da posição de pé para a posição de sentado	_____
5. Transferências	_____
6. Ficar em pé com os olhos fechados	_____
7. Ficar em pé com os pés juntos	_____
8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado	_____
9. Apanhar um objecto do chão	_____
10. Virar-se para olhar para trás	_____

- | | |
|--|-------|
| 11. Dar uma volta de 360 graus | _____ |
| 12. Colocar os pés alternadamente num degrau | _____ |
| 13. Ficar em pé com um pé à frente do outro | _____ |
| 14. Ficar em pé sobre uma perna | _____ |

TOTAL _____

1. DA POSIÇÃO DE SENTADO PARA A POSIÇÃO DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte.

- () 4 Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma
- () 3 Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos
- () 2 Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas
- () 1 Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável
- () 0 Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar

2. FICAR EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar.

- () 4 Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos
- () 3 Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão
- () 2 Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos
- () 1 Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos
- () 0 Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda

• Se o sujeito conseguir manter-se em pé durante 2 minutos sem apoio, deverá registar-se a pontuação máxima no item 3. Prosseguir para o item 4.

3. SENTA-SE COM AS COSTAS DESAPOIADAS MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU SOBRE UM BANCO

• INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

- () 4 Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos
- () 3 Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão
- () 2 Mantém-se sentado durante 30 segundos
- () 1 Mantém-se sentado durante 10 segundos
- () 0 Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos

4. DA POSIÇÃO DE PÉ PARA A POSIÇÃO DE SENTADO

• INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

- () 4 Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos
- () 3 Ao sentar-se recorre às mãos

- () 2 Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida
- () 1 Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida
- () 0 Necessita de ajuda para se sentar

5. TRANSFERÊNCIAS

• INSTRUÇÕES: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo “pivot”. Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços.

- () 4 Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos
- () 3 Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos
- () 2 Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão
- () 1 Necessita de ajuda de uma pessoa
- () 0 Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança

6. FICAR EM PÉ SEM APOIO E COM OS OLHOS FECHADOS

• INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos.

- () 4 Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos
- () 3 Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão
- () 2 Consegue manter-se em pé durante 3 segundos
- () 1 Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável
- () 0 Necessita de ajuda para evitar a queda

7. MANTER-SE EM PÉ SEM APOIO E COM OS PÉS JUNTOS

• INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar.

- () 4 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto
- () 3 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão
- () 2 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manterá posição durante 30 segundos
- () 1 Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos
- () 0 Necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos

8. INCLINAR-SE PARA A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO AO MESMO TEMPO QUE SE MANTÉM DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (O examinador coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registada é a distância que os dedos

conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco.)

- () 4 Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante (10 polegadas)
- () 3 Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas)
- () 2 Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança (2 polegadas)
- () 1 Inclina-se para a frente mas necessita de supervisão
- () 0 Perde o equilíbrio durante as tentativas / necessita de apoio externo

9. APANHAR UM OBJECTO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.

- () 4 Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança
- () 3 Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão
- () 2 Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma
- () 1 Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta
- () 0 Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

10. VIRAR-SE PARA OLHAR SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO ESTÁ DE PÉ

• INSTRUÇÕES: Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador pode pegar num objecto para o paciente olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação.

- () 4 Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso
- () 3 Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir o peso
- () 2 Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio
- () 1 Necessita de supervisão ao virar
- () 0 Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

11. DAR UMA VOLTA DE 360 GRAUS

• INSTRUÇÕES: Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direcção oposta.

- () 4 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- () 3 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos
- () 2 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança mas lentamente
- () 1 Necessita de supervisão ou de indicações verbais
- () 0 Necessita de ajuda enquanto dá a volta

12. COLOCAR OS PÉS ALTERNADOS NUM DEGRAU OU BANCO ENQUANTO SE MANTÉM EM PÉ SEM APOIO

• INSTRUÇÕES: Coloque cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.

- () 4 Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos
- () 3 Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos
- () 2 Consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão
- () 1 Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda
- () 0 Necessita de ajuda para evitar a queda / não consegue tentar

13. FICAR EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE DO OUTRO

• INSTRUÇÕES: (DEMOSTRAR PARA O SUJEITO) Coloque um pé exactamente em frente do outro. Se sentir que não consegue colocar o pé exactamente à frente, tente dar um passo suficientemente largo para que o calcanhar do seu pé esteja à frente dos dedos do seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da sua passada normal).

- () 4 Consegue colocar um pé exactamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- () 3 Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- () 2 Consegue dar um pequeno passo, de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- () 1 Necessita de ajuda para dar um passo mas consegue manter a posição durante 15 segundos
- () 0 Perde o equilíbrio enquanto dá o passo ou ao ficar de pé

14. FICAR EM PÉ SOBRE UMA PERNA

- INSTRUÇÕES: Fique em pé sobre uma perna, sem se segurar, pelo maior tempo possível.
- () 4 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante mais de 10 segundos
 - () 3 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição entre 5 e 10 segundos
 - () 2 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante 3 segundos ou mais
 - () 1 Tenta levantar a perna sem conseguir manter a posição durante 3 segundos, mas continua a manter-se em pé de forma autónoma
 - () 0 Não consegue tentar ou necessita de ajuda para evitar a queda

() PONTUAÇÃO TOTAL (máximo = 56)

Escala ambiental de risco de quedas

Instrumento recolhido a partir do Protocolo de avaliação multidimensional do idoso - Centro de Referência do Idoso Prof. Caio Benjamin Dias, Hospital das Clínicas da UFMG.

http://www.hc.ufmg.br/geriatria/pdf/protocolo_avaliacao_idoso.pdf

http://www.ciape.org.br/matdidatico/edgar/Livro_Aval_Mult_Idoso.doc

Adaptação nossa a partir da versão em Português do Brasil

LOCAL	AVALIAÇÃO	SIM	NÃO
Áreas De Locomoção	Áreas de locomoção desimpedidas		
	Barras de apoio		
	Revestimentos: uniformes ou tapetes bem fixos		
Iluminação	Suficiente para iluminar toda a superfície de marcha no interior de cada cómodo, incluindo degraus		
	Interruptores: acessíveis na entrada		
	Sentinela: ilumina o quarto, o corredor e o banheiro		
	Iluminação exterior: suficiente para iluminar toda a entrada exterior		
	Cama com luz indirecta		
Quarto de Dormir	Guarda-roupa: cabides facilmente acessíveis		
	Cadeira permitindo assentar-se para se vestir		
	Cama de boa altura (45 cm)		
Casa de banho	Casa de banho: facilmente acessível e bem fixo		
	Área do chuveiro: antiderrapante		
	Box: abertura fácil, cortina bem firme		
Cozinha	Armários: baixos, sem necessidade de uso de escada		
	Lava Louça sem vazamentos e que permite entrada de cadeira de rodas se necessário		
Escada	Revestimento antiderrapante, marcação do primeiro e último degraus com faixa amarela		
	Corrimão bilateral		
	Corrimão sólido		
	Corrimão que se prolonga além do primeiro e do último degraus		
	Espelho do degrau fechado, lixas antiderrapantes		
	Uniformidade dos degraus: altura dos espelhos e profundidade dos degraus constantes		
Local aonde passa a maior parte do tempo	Actividade desenvolvida	Problemas com o local	

Existe algum local em sua residência que não frequenta? Qual motivo?

Crítica

Tendo em conta a variedade de escalas existentes, é imprescindível ter uma atitude crítica e reflexiva acerca da aplicabilidade de cada uma delas, face às condições existentes e ao estado funcional de cada idoso. A aplicação de uma escala de forma singular poderá não reflectir de forma correcta as necessidades da pessoa idosa, pelo que a utilização simultânea de escalas que se complementem é ideal para realizar uma avaliação geriátrica adequada.

Desta forma, analisando as escalas para avaliação das actividades de vida diárias, verifica-se que o Índice de Pfeffer é constituído por itens relacionados com competências domésticas relativamente complexas e funções ocupacionais e cognitivas/sociais, ao passo que o índice de Lawton-Brody não abrange comportamentos mais complexos.

É importante destacar que o índice de Pfeffer e o índice de Lawton-Brody apresentam a mesma proposta, avaliação de AIVDs e, portanto, apesar de as actividades avaliadas pelos dois instrumentos serem diferentes, elas são complementares, permitindo, dessa forma, que o avaliador identifique peculiaridades de idosos com distintos níveis de demência. O ideal seria a utilização de ambos os instrumentos para que dados importantes não fossem perdidos, ou a criação de um novo instrumento que avalie as diversas actividades.

O índice de Barthel, no que diz respeito à higiene pessoal e ao banho, não apresenta itens intermédios de dependência, ao contrário do que se verifica no índice de Katz. Contudo, o índice de Barthel, apresenta parâmetros mais específicos no que respeita à eliminação, uma vez que avalia o evacuar, urinar e ir à casa de banho. O Índice de Barthel apresenta também um item para a mobilidade, que não é tido em conta no índice de Katz. A escala mais recente de Katz contempla os mesmos itens que a original, contudo apenas os avalia como dependente ou independente.

O Egen Klassifikation (EK) é uma escala inovadora uma vez que complementa habilidades específicas que nenhuma das restantes escalas contempla. É uma escala de grande aplicabilidade em utentes em cadeira de rodas, portanto, de fácil emprego em utentes idosos.

Neste contexto, a utilização de escalas de equilíbrio em idosos é de grande utilidade para a definição dos diagnósticos de Enfermagem e posterior intervenção.

A escala de Tinetti abrange além do equilíbrio, uma escala de avaliação da marcha, para utentes capazes e é de mais fácil aplicabilidade em relação à de Berg por ser menos

extensa. No entanto a aplicabilidade da Escala de Tinetti fica comprometida, na medida em que existem itens que não podem ser aplicados a utentes que utilizem cadeira de rodas e que estejam limitados ao nível da locomoção.

1.3 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

As úlceras de pressão (UP) existem desde a Antiguidade, mantendo-se as causas do seu aparecimento presentes, sendo que apenas houve alterações na forma como se tenta explicar o seu aparecimento (Ferreira *et al.*, 2007).

A melhor medida a adoptar face à problemática das UP é a prevenção do seu aparecimento, uma vez que a maioria são evitáveis com cuidados e dispositivos adequados.

Para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes com UP, permitindo uma actuação mais precoce por parte dos profissionais de saúde, tornou-se necessário o desenvolvimento de ferramentas práticas, precisas e fáceis de utilizar. O objectivo destes instrumentos é prevenir e/ou evitar o aparecimento de UP, identificando os utentes em risco (Ferreira *et al.*, 2007). Desta forma, contribui-se também para uma melhor gestão dos recursos. Existem várias escalas que permitem aos profissionais de enfermagem determinar o grau de predisposição do utente para o desenvolvimento de UP. Em Portugal, as duas mais utilizadas são a escala de Norton e a escala de Braden.

Escala de Norton

Dorren Norton desenvolveu a primeira escala de avaliação de risco de desenvolvimento de UP, a escala de Norton, em 1962, sendo aperfeiçoada em 1975 (Ferreira *et al.*, 2007).

A escala de Norton é uma escala de avaliação do risco de úlcera de pressão que avalia parâmetros distribuídos por cinco dimensões: condição física, condição mental, actividade, mobilidade e incontinência. A sua ponderação varia de cinco a vinte, sendo que quanto mais baixa for a pontuação maior é o risco. De acordo com Dealey, uma pontuação de 14 ou menos significa um doente em risco (*Idem*).

➤ **Adaptação da Escala de Norton**

Estado físico	Estado mental	Actividade	Mobilidade	Incontinência
Bom	Consciente	Independente	Autónomo	Sem incontinência
4	4	4	4	4
Médio	Apático	Caminha com ajuda	Limitado	Às vezes
3	3	3	3	3
Mau	Confuso	Levanta para cadeira	Muito limitado	Urinária/Fecal*
2	2	2	2	2
Péssimo	Inconsciente	Péssimo	Imobilizado	Urinária e fecal
1	1	1	1	1

*Riscar o que não interessa.

Score ≤ 14: Risco de UPEstado físico

Bom 4: Utente com bom aspecto. Bom poder de reacção.

Médio 3: Reacções moderadas. Aparentemente com bom aspecto nutricional, mas as análises sanguíneas e urinárias indicam desvios dos valores normais.

Mau 2: O doente não se sente bem: Bebe e alimenta-se pouco e mal.

Péssimo: Reacções deficientes ou ausentes. Mau estado de nutrição, as análises sanguíneas e urinárias indicam desvios importantes dos valores normais.

Estado mental

Consciente 4: Boa orientação temporal, espacial e pessoal.

Apático 3: Atitude de letargia, tendência ao esquecimento, sonolência, passividade e apatia; lento e depressivo, com capacidade para executar ordens simples.

Confuso 2: Desorientação parcial e/ou ocasional; não responde de maneira coerente às questões. Inquieto, agressivo, ansioso, necessitado de ansiolíticos, calmantes e/ou sonoríferos.

Inconsciente 1: O utente não reage ao meio envolvente.

Actividade – Grau de actividade física

Independente 4: Caminha facilmente e deambula com frequência pelo seu quarto ou serviço.

Caminha com ajuda 3: Caminha ocasionalmente durante o dia, pequenas distâncias com ajuda. Passa a maior parte do tempo na cama ou na cadeira.

Levanta para cadeira 2: A capacidade de caminhar é muito limitada ou inexistente. O utente não pode suportar o seu próprio peso e tem que ser ajudado para ser colocado na cadeira.

Péssimo 1: Não pode ser levantado.

Mobilidade – Capacidade de mudar de posição e controlar os movimentos

Autónomo 4: Muda frequentemente de posição sem ajuda.

Limitado 3: Necessita de ajuda para mudar de posição, mas colabora ao máximo nas suas potencialidades.

Muito limitado 2: Faz sozinho movimentação de membros mas é incapaz de fazer sozinho mudanças de posição. Colabora de forma mínima.

Imobilizado 1: Não muda de posição, mesmo ligeiramente, sem ajuda.

Incontinência

Sem incontinência 4: O utente controla a emissão de fezes e urina.

Incontinente às vezes 3: O utente apresenta, por vezes, incontinência urinária e/ou fecal.

Urinária/fecal 2: O utente tem, habitualmente, incontinência urinária e fecal.

Urinária e fezes 1: O utente tem incontinência urinária e fecal.

(*Ibidem*)

Escala de Braden

A escala de avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão de Braden foi elaborada por Barbara Braden e Nancy Bergstrom, em 1987, e foi já objecto de vários testes, encontrando-se em uso em vários países. Uma vez desenvolvida nos EUA, onde as características da população são diferentes da nossa realidade, tornou-se imperativo traduzi-la, adaptá-la linguística e culturalmente, testar a sua fiabilidade e a sua validade no contexto nacional, antes de proceder à sua implementação. A escala de Braden foi, pois, validada para Portugal por Carlos Margato, Cristina Miguéns, João Gouveia, Kátia Furtado e Pedro Ferreira, em 2001 (Ferreira *et al.*, 2007).

A escala é constituída por seis dimensões: percepção sensorial, humidade, actividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento. Todas as dimensões contribuem para o desenvolvimento de UP, não devendo nenhuma delas ser avaliada preferencialmente em relação a qualquer outra. As dimensões estão ponderadas de 1 a 4, excepto a última que se encontra ponderada de 1 a 3. O *score* pode variar entre 6 (valor de mais alto risco) e 23 (valor de mais baixo risco), pelo que quanto maior for a pontuação menor o risco, e vice-versa. É considerado de alto risco de desenvolvimento de UP todo o indivíduo que obtiver uma pontuação de 16 ou inferior e de baixo risco o que apresentar uma pontuação igual ou superior a 17 (*Idem*).

➤ **Escala de Braden**

Percepção sensorial	1. Completamente limitada:	2. Muito limitada:	3. Ligeiramente limitada:	4. Nenhuma limitação:
Capacidade de reacção significativa ao desconforto	Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação.	Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação.	Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição.	Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
	OU	OU	OU	
	Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	
Humidade	1. Pele constantemente	2. Pele muito húmida:	3. Pele ocasionalmente	4. Pele raramente

Nível de exposição da pele à humidade	húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição	1. Muito pobre:	2. Provavelmente	3. Adequada:	4. Excelente:

Alimentação habitual	<p>Nunca come uma refeição completa.</p> <p>Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios).</p> <p>Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido.</p> <p>OU</p> <p>Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.</p>	<p>inadequada:</p> <p>Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios.</p> <p>Ocasionalmente toma um suplemento dietético.</p> <p>OU</p> <p>Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p>Come mais de metade da maior parte das refeições.</p> <p>Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido.</p> <p>OU</p> <p>É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p>Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasional-mente entre as refeições.</p> <p>Não requer suplementos.</p>
Fricção e forças de deslizamento	<p>1. Problema:</p> <p>Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra</p>	<p>2. Problema potencial:</p> <p>Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de</p>	<p>3. Nenhum problema:</p> <p>Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma</p>	

	os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	
--	---	--	--	--

(Ibidem)

A escala deve ser aplicada na data de admissão e sempre que haja alterações significativas do estado geral do indivíduo a avaliar. Para além da data de admissão, a avaliação é aconselhada a cada 24 horas, em serviços de urgência e cuidados intensivos, e a cada 48 horas noutro tipo de serviços hospitalares. Em cuidados domiciliários, o instrumento pode ser aplicado mensalmente em utentes crónicos e, em casos de estado geral mais débil, a cada visita (Ferreira *et al.*, 2007).

Relativamente à questão da efectividade e predictividade das escalas avaliadas, os valores obtidos pela escala de Braden são mais fidedignos, com percentagens de sensibilidade e especificidade mais elevadas e consistentes que a escala de Norton. Assim, a escala de Braden deve ser a adoptada pelos serviços na avaliação do risco de desenvolvimento de UP. Contudo, a sua aplicação deve ser associada a um instrumento de avaliação da pele, a fim de detectar alterações cutâneas de forma precoce (*Idem*).

Quanto a avaliação do risco de úlceras de pressão, a escala de Norton apresenta como principais limitações na sua eficiência clínica o facto de não apresentar uma definição descritiva dos diferentes parâmetros utilizados, não contemplar a nutrição e não considerar a fricção como factor de risco.

Uma vez a escala de Braden ter-se vindo a demonstrar mais fidedigna que a escala de Norton, sugere-se a sua eleição para uma eventual implementação na avaliação de risco de UP.

Muitos dos utentes da Unidade encontram-se acamados, em cadeira de rodas ou com dificuldades em se reposicionarem, pelo que a implementação de uma escala que avalie, de forma regular, o risco de desenvolvimento de UP, tendo em conta factores que potenciam esse risco, como a humidade e factores nutricionais, é de elevada pertinência.

Para facilitar as avaliações dos utentes pelos enfermeiros, sugere-se também que se estabeleçam intervalos de risco (baixo, médio e alto risco), com periodicidade de avaliação estabelecida para cada risco. Desta maneira, os utentes que numa primeira avaliação obtenham um *score* correspondente a alto risco de desenvolvimento de UP seriam sujeitos a nova avaliação num período de tempo mais curto que os utentes que se situassem em médio ou baixo risco de desenvolvimento de UP.

1.4 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO E SOLIDÃO

Escala de Solidão da UCLA

Barroso (2008) desenvolveu um estudo de adaptação para Português da UCLA. De acordo com o autor, esta escala mostra-se válida, quer na avaliação da solidão, quer na discriminação entre solidão e outros construtos relacionados. Refere ainda que no estudo de Lins (1998) são considerados quatro factores fortemente correlacionados e um factor geral, que o instrumento revelou ainda óptima confiabilidade ao factor geral e limitações quanto à precisão dos outros factores.

A adaptação portuguesa da Escala de Solidão da UCLA, de acordo com (Barroso, 2008), engloba um total de dezoito itens, avaliados numa escala de escolha múltipla de quatro pontos, cada um com o seu valor, indo desde “nunca” (1); raramente (2); “algumas vezes” (3) até “muitas vezes” (4). Os inquiridos seleccionam a opção que melhor reflecta os seus sentimentos. A pontuação final é obtida através da soma dos 18 itens (inversão dos negativos). O *score* final da escala situa-se entre os 18 e os 72 pontos. Quanto mais elevado o *score* final, maior o nível de solidão. Na Escala a solidão é encarada enquanto estado psicológico e apreendida de modo unidimensional.

Escala Geriátrica de Depressão (GDS)

A Escala Geriátrica de Depressão – Geriatric Depression Scale (GDS), traduzida, aferida e adaptada à população portuguesa por Veríssimo (1988), na “Avaliação diagnóstica dos Síndromes Demenciais”, proposta no serviço de neurologia e neurocirurgia do Hospital S. João do Porto. Esta escala construída inicialmente por Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey e Rose, em 1982, é segundo os autores, o único instrumento que se conhece que terá sido elaborado com o objectivo de ser utilizado, especificamente, para pessoas idosas. Para além disso, elimina a confusão, geralmente presente em outros instrumentos de avaliação da depressão, entre indicadores somáticos da depressão e manifestações físicas normais da velhice (Ballesteros, 1992 cit in Fernandes, 2000).

Trata-se de uma escala de hetero-avaliação, composta por vinte e oito itens, com duas alternativas de resposta (sim ou não), consoante o modo como o idoso se tem sentido ultimamente, em especial na semana transada.

Como procedimento para a cotação da GDS, deve atender-se que os itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21 e 27, devem ser pontuados negativamente; isto é uma resposta “Não” corresponde

um ponto. Aos itens 2,3,4,6,8,10,11,12, 13,14,16,17,18,20,22,23,24,25,26,e,28, será atribuído um ponto à resposta positiva “Sim”.

Veríssimo (1998), *cit. in* Fernandes (2000) sugere que, para a quantificação dos resultados se proceda à seguinte classificação: valores de 0-10 pontos – idosos normais; pontuações iguais ou superiores a 11 são indicativas de depressão em severidade crescente; uma pontuação média de 23 é indicadora de idosos gravemente deprimidos.

De acordo com Barroso (2008), a GDS tem boas medidas de consistência interna (alfa= 0,94) e confiabilidade (0,94), de igual modo sugere estabilidade no re-teste de 8 dias (r= 0,85). Apresenta uma boa validade de critério (correlação com outros instrumentos que avaliam depressão entre 0,83 e 0,84).

Escala de depressão geriátrica (Veríssimo, 1998)

Assinale a resposta mais adequada ao seu estado de espírito durante a última semana:

1. Está satisfeito com a sua vida?
2. Abandonou muitas actividades de seu interesse?
3. Sente que a sua vida é vazia?
4. Sente tédio na sua vida?
5. Vê o futuro com optimismo?
6. Sente-se perturbado por pensamentos que não lhe saem da cabeça?
7. Está, geralmente, de bom humor?
8. Tem medo que alguma coisa de mau lhe possa acontecer?
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?
10. Sente-se indefeso com frequência?
11. Sente-se irrequieto?
12. Você prefere ficar em casa em vez de sair à descoberta de novas experiências?
13. Preocupa-se, frequentemente com o futuro?
14. Tendo em conta a média, considera que tem uma memória pior do que esta?
15. Acha que é maravilhoso estar vivo neste momento?
16. Sente-se desanimado e deprimido com frequência?
17. Sente que não tem valor no estado em que se encontra agora?
18. Preocupa-se muito com o Passado?
19. Acha a vida excitante?
20. É difícil para si iniciar novos projectos?
21. Sente-se cheio de energia?

22. Sente que não há esperança para a sua situação?
23. Acha que a maioria das pessoas está melhor que você?
24. Altera-se (frequentemente) com pequenas coisas?
25. Tem (frequentemente) vontade de chorar?
26. Tem dificuldades em concentrar-se?
27. Gosta de se levantar de manhã?
28. Prefere evitar encontros sociais? 1Sim
29. Toma decisões como antigamente?
30. A sua mente está tão clara como antigamente?·

Outros estudos em Portugal têm sido desenvolvidos sobre este instrumento e poderão ser consultados em:

Mendonça, A., & Guerreiro, M. (Coords.) (2007). Escalas e testes na demência. Lisboa: Novartis.

Ao avaliarmos a versão de Português do Brasil que a seguir apresentamos, alguns itens parecem mais simples e claros do que versão de português de Portugal anteriormente apresentada (SA).

- | | | |
|---|----------------|----------------|
| 1. Você está satisfeito com sua vida? | () Sim | () Não |
| 2. Abandonou muitos de seus interesses e actividades? | () Sim | () Não |
| 3. Sente que sua vida está vazia? | () Sim | () Não |
| 4. Sente-se frequentemente aborrecido? | () Sim | () Não |
| 5. Você tem muita fé no futuro? | () Sim | () Não |
| 6. Tem pensamentos negativos? | () Sim | () Não |
| 7. Na maioria do tempo está de bom humor? | () Sim | () Não |
| 8. Tem medo de que algo de mal vá lhe acontecer? | () Sim | () Não |
| 9. Sente-se feliz na maioria do tempo? | () Sim | () Não |
| 10. Sente-se frequentemente desamparado, adoentado? | () Sim | () Não |
| 11. Sente-se frequentemente intranquilo? | () Sim | () Não |
| 12. Prefere ficar em casa em vez de sair? | () Sim | () Não |
| 13. Preocupa-se muito com o futuro? | () Sim | () Não |
| 14. Acha que tem mais problemas de memória que os outros? | () Sim | () Não |
| 15. Acha bom estar vivo? | () Sim | () Não |
| 16. Fica frequentemente triste? | () Sim | () Não |

- | | | |
|---|----------------|----------------|
| 17. Sente-se inútil? | () Sim | () Não |
| 18. Preocupa-se muito com o passado? | () Sim | () Não |
| 19. Acha a vida muito interessante? | () Sim | () Não |
| 20. Para você é difícil começar novos projectos? | () Sim | () Não |
| 21. Sente-se cheio de energia? | () Sim | () Não |
| 22. Sente-se sem esperança? | () Sim | () Não |
| 23. Acha que os outros têm mais sorte que você? | () Sim | () Não |
| 24. Preocupa-se com coisas sem importância? | () Sim | () Não |
| 25. Sente frequentemente vontade de chorar? | () Sim | () Não |
| 26. É difícil para você concentrar-se? | () Sim | () Não |
| 27. Sente-se bem ao despertar? | () Sim | () Não |
| 28. Prefere evitar as reuniões sociais? | () Sim | () Não |
| 29. É fácil para você tomar decisões? | () Sim | () Não |
| 30. O seu raciocínio está tão claro quanto antigamente? | () Sim | () Não |

A GDS com 15 itens (GDS-15) é uma versão curta da escala original foi elaborada por Sheikh & Yesavage (1986), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Esses itens, em conjunto, mostraram boa precisão diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas. Essa versão reduzida é bastante atraente para rastreamento dos transtornos do humor em ambulatórios gerais, assim como em outros ambientes não-especializados, pois o tempo necessário para a sua administração é menor (Paradela, Lourenço & Veras 2005). A GDS com 15 e 10 itens pode ser utilizada com relativa confiabilidade na prática clínica, particularmente quando se consideram os escores totais das escalas (Almeida & Almeida, 1999).

GDS Versão de: Escalas e testes na demência. – Grupo e estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências – Claboração da UCB Pharma (Novartis Farma) – Produtos Farmacêuticos, 2003.

TRADUÇÃO EM PORTUGUÊS E ORGANIZAÇÃO

Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências
João Barreto, António Leuschner, Filomena Santos, Margarida Sobral
psyche@esoterica.pt

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Yesavage et al. (1983) "Development and validation of a geriatric depression screening scale" J. Psychiatric Res. 17:37-49

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

	Sim	Não
1. *Está satisfeito(a) com a sua vida?	S	N
2. *Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?	S	N
3. *Sente a sua vida vazia?	S	N
4. *Fica muitas vezes aborrecido(a)?	S	N
5. Tem esperança no futuro?	S	N
6. Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?	S	N
7. *Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	S	N
8. *Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	S	N
9. *Sente-se feliz a maior parte do tempo?	S	N
10. *Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	S	N
11. Fica muitas vezes inquieto(a)? e nervoso(a)?	S	N
12. *Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	S	N
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	S	N
14. *Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	S	N
15. *Pensa que é bom estar vivo(a)?	S	N
16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?	S	N
17. *Sente-se inútil?	S	N
18. Preocupa-se muito com o passado?	S	N
19. Acha a vida interessante?	S	N
20. É difícil para si começar novas actividades?	S	N

	Sim	Não
21. *Sente-se cheio(a)de energia?	S	N
22. *Sente que a sua situação é desesperada?	S	N
23. *Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua?	S	N
24. Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	S	N
25. Sente muitas vezes vontade de chorar?	S	N
26. Tem dificuldade em se concentrar?	S	N
27. Gosta de se levantar de manhã?	S	N
28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	S	N
29. Tem facilidade em tomar decisões?	S	N
30. O seu pensamento é tão claro como era dantes?	S	N

Pontuação da GDS de 30 itens:

1 ponto para as respostas **Sim** nas questões: 2-4, 6, 8,10-14, 16-18, 20, 22-26, 28

1 ponto para as respostas **Não** nas questões: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30

0 -10 = ausência de depressão

11-20 = depressão ligeira

21-30= depressão grave

Pontuação da GDS de 15 itens:

1 ponto para as respostas **Sim** nas questões: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15

1 ponto para as respostas **Não** nas questões: 1, 5, 7, 11, 13

0 -5 = sem depressão

> 5 = depressão

NOTA: estes pontos de corte são os do trabalho original.

O autor considera que a escala está no domínio público

GDS – 15 - Versão Português de Portugal, adaptação nossa, a partir da versão Brasileira da GDS (Almeida & Almeida, 1999).

Estado de espírito durante a última semana:

1 Está satisfeito com a sua vida?	Sim ()	Não ()
2 Pôs de lado muitas actividades do seu interesse?	Sim ()	Não ()
3 Sente a sua vida vazia?	Sim ()	Não ()
4 Fica muitas vezes aborrecido (a)?	Sim ()	Não ()
5 Está bem disposto (a) a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
6 Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	Sim ()	Não ()
7 Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
8 Sente-se muitas vezes desamparado?	Sim ()	Não ()
9 Prefere ficar em casa/instituição em vez de sair e fazer coisas novas?	Sim ()	Não ()
10 Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	Sim ()	Não ()
11 Pensa que é maravilhoso estar vivo(a)?	Sim ()	Não ()
12 Sente-se inútil?	Sim ()	Não ()
13 Sente-se cheio de energia?	Sim ()	Não ()
14 Pensa que a sua situação é desesperada?	Sim ()	Não ()
15 Pensa que situação da maioria das pessoas é melhor que a sua?	Sim ()	Não ()

Escala de Cornell de Depressão na Demência (CSDD)

http://www.ciape.org.br/matdidatico/sabri/escala_de_cornell_depressao.pdf

A. Sintomas relativos ao Humor

- 1 Ansiedade, expressão ansiosa, ruminações, preocupações
- 2 Tristeza, expressão triste, voz triste, choro
- 3 Ausência de reacção aos eventos agradáveis
- 4 Irritabilidade, facilidade em ficar contrariado, humor lábil

B. Distúrbios do Comportamento

- 5 Agitação, não consegue ficar no lugar, contorce-se, puxa os cabelos

6 Lentidão psicomotora: dos movimentos, da fala, das reacções avaliação impossível

7 Numerosas queixas somáticas (anotar ausente se apenas sintomas gastrointestinais)

8 Perda de interesse, menor implicação nas actividades habituais (anotar apenas se a mudança ocorreu de forma rápida, em menos de 1 mês)

C. Sintomas Somáticos

9 Perda de apetite, come menos do que usualmente

10 Perda de peso (anotar severa se superior à 2,5 kg em 1 mês)

11 Falta de energia, se cansa facilmente, incapaz de sustentar uma actividade (anotar apenas se a mudança ocorreu de forma rápida, em menos de 1 mês)

D. Funções Cíclicas

12 Variações de humor durante o dia, sintomas mais acentuados pela manhã

13 Dificuldades para dormir, dorme mais tarde do que usualmente

14 Despertar nocturno frequente

15 Despertar matinal precoce, mais cedo do que usualmente

E. Distúrbios Ideatórios

16 Ideias de suicídio, pensa que a vida não vale a pena de ser vivida, deseja morrer

17 Auto-depreciação, se queixa dele próprio, pouca estima de si, sentimento de fracasso

18 Pessimismo, antecipação da pior avaliação impossível

19 Ideias delirantes congruentes ao humor, ideias delirantes de pobreza, de doença ou de perda

Interpretação: item considerado "severo" : 2 pontos; item considerado "moderado" ou

"intermitente": 1 ponto; outras respostas: 0 ponto

Total dos pontos: / 38

Escala de Cornell de Depressão na Demência (CSDD): Versão de: Escalas e testes na demência. – Grupo e estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências – Claboração da UCB Pharma (Novartis Farma) – Produtos Farmacêuticos, 2003.

TRADUÇÃO EM PORTUGUÊS E ORGANIZAÇÃO:

Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências

Carlos Roldão Vieira, Ricardo Paiva Lopes, Maria Odete Vieira

crolaovieira@netcabo.pt

ESCALA CORNELL PARA A DEPRESSÃO NA DEMÊNCIA

CORNELL SCALE FOR DEPRESSION IN DEMENTIA

Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. 1988. Cornell Scale for Depression in Dementia. Biological Psychiatry 23: 271-84

Nome: _____

Idade: _____ Data ____/____/____ Sexo: _____

Cotação

A = não avaliável 0 = ausente 1 = ligeiro ou intermitente 2 = grave

A avaliação deve basear-se nos sintomas e sinais que ocorreram na semana anterior à entrevista. Não pontuar se os sintomas resultarem de incapacidade física ou doença. As perguntas são feitas a quem preste cuidados ao doente.

A. Sinais relacionados com o humor

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Ansiedade | a | 0 | 1 | 2 |
| Expressão ansiosa, ruminações, preocupações | | | | |
| 2. Tristeza | a | 0 | 1 | 2 |
| Expressão triste, voz triste, choro fácil | | | | |
| 3. Falta de reactividade a acontecimentos agradáveis | a | 0 | 1 | 2 |
| 4. Irritabilidade | a | 0 | 1 | 2 |
| Facilmente aborrecido, impaciência | | | | |

B. Perturbações comportamentais

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5. Agitação | a | 0 | 1 | 2 |
| Inquietude, torcer as mãos, puxar os cabelos | | | | |
| 6. Lentificação de movimentos, discurso ou reacções | a | 0 | 1 | 2 |
| 7. Queixas somáticas múltiplas (se só houver sintomas GI cotar 0) | a | 0 | 1 | 2 |
| 8. Perda de interesse | a | 0 | 1 | 2 |
| Menor envolvimento nas actividades habituais
(cotar só se a mudança foi repentina, i.e., em menos de um mês) | | | | |

C. Sinais físicos

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 9. Perda de apetite
(Comer menos que habitual) | a | 0 | 1 | 2 |
| 10. Perda de peso (cotar 2 se superior a 2,5 Kg num mês) | a | 0 | 1 | 2 |
| 11. Perda de energia, fadiga fácil, incapaz de manter actividades
(cotar só se a mudança foi repentina, i.e., em menos de um mês) | a | 0 | 1 | 2 |

D. Funções cíclicas

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 12. Variação diurna do humor
Sintomas mais acentuados durante a manhã | a | 0 | 1 | 2 |
| 13. Insónia inicial
Adormece mais tarde do que lhe é habitual | a | 0 | 1 | 2 |
| 14. Despertares múltiplos | a | 0 | 1 | 2 |
| 15. Insónia terminal
Acorda mais cedo do que lhe é habitual | a | 0 | 1 | 2 |

E. Perturbações do pensamento

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 16. Suicídio
Sente que não vale a pena viver, deseja morrer ou fez tentativa de suicídio | a | 0 | 1 | 2 |
| 17. Baixa auto-estima
Culpabiliza-se, deprecia-se, tem sentimentos de fracasso | a | 0 | 1 | 2 |
| 18. Pessimismo
Antecipação do pior | a | 0 | 1 | 2 |
| 19. Delírios congruentes com o humor
Delírios de ruína, hipocondríacos ou de perda | a | 0 | 1 | 2 |

Pontuação Final: _____

Foi obtida a autorização do autor

1.5 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO COGNITIVA

É inegável que, com o passar dos anos, as células, órgãos e sistemas do corpo humano comecem a apresentar défices, havendo perdas no seu bom funcionamento. Assim, é necessário que um estudo integral avalie a linguagem, a coordenação motora, as condições perceptivas sensoriais, a capacidade de abstracção, o raciocínio, a atenção, a linguagem, o cálculo e a memória (especialmente a de curto prazo) (Souza et al., 2007).

Uma investigação pode necessitar que sejam utilizados vários testes para que se avalie adequadamente, tanto do ponto de vista qualitativo como quantitativo, o estado cognitivo da pessoa idosa.

Mini Mental State Examination (MMSE)

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein et al. (1975), é um dos testes mais empregados e mais estudados em todo o mundo para avaliação do funcionamento cognitivo. Usado isoladamente ou incorporado em instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreio de quadros demenciais (Lourenço & Veras, 2006).

O MEEM foi desenvolvido para ser utilizado na prática clínica na avaliação da mudança do estado cognitivo de pacientes geriátricos. Examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais. Pode ser usado como teste de rastreio para perda cognitiva. Não pode ser usado para diagnosticar demência (Chaves, 2009).

Excepto os itens de linguagem e coordenação motora, o conteúdo do MEEM foi derivado de instrumentos que já existiam. Foi denominado “mini” porque concentra apenas os aspectos cognitivos da função mental e exclui humor e funções mentais anormais que são detectadas, por exemplo, pela Escala de Demência de Blessed. Inclui onze itens, divididos em duas secções. A primeira exige respostas verbais a questões de orientação, memória e atenção; a segunda, leitura e escrita cobre habilidades de nomeação, seguir comandos verbais e escritos, escrever uma frase e copiar um desenho (polígonos). Todas as questões são realizadas na ordem listada e podem receber um *score* imediato somando os pontos atribuídos a cada tarefa completada com sucesso. Em termos de validade de conteúdo, o MMS avalia oito de 11 principais aspectos do estado cognitivo, omitindo abstracção, julgamento e expressão. Embora análises factoriais tenham usado diferentes

tipos de amostras e versões do MMS, facilmente identificam factores relacionados com a orientação, memória e atenção (Chaves, 2009).

De acordo com Sequeira (2007) o MEEM foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e col. (1994).

Outros estudos para a população Portuguesa podem ser consultados em:

MMSE adaptação portuguesa. Laboratório de estudos do centro Egas Moniz, Hospital de Santa Maria, Lisboa, 1993.

Pontuação

O *score* pode variar de 0 a 30. As pontuações de limiar diagnóstico para defeito cognitivo. Em função do nível de escolaridade obtidos no processo de validação para Português (Portugal) são (Nunes, 2005):

MMSE: Pontuações de limiar diagnóstico	
Escolaridade	Pontuação
Analfabetos	Inferior ou = 15
1-11 anos	Inferior ou = 22
Mais que 11 anos	Inferior ou = 27

➤ Mini-Mental State – MMS

Idade: ____ Data: ____/____/____

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos?...../.....

Em que mês estamos?...../.....

Em que dia do mês estamos?...../.....

Em que dia da semana estamos?..../.....

Em que estação do ano estamos?.../.....

Em que país estamos?...../.....

Em que distrito vive?...../.....

Em que terra vive?...../.....

Em que casa estamos?/.....

Em que andar estamos?/.....

Nota: _____

2. **Retenção** (contar um ponto por cada palavra correctamente repetida)

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure sabê-las de cor.”

Pêra

Gato

Bola

Nota: _____

3. **Atenção e cálculo** (um ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair..., consideram-se as seguintes como correctas. Para ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao numero encontrado voltar a tirar 3 e repete assim ate eu dizer para parar”

30__27__24__21__18__15__

Nota: _____

4. **Evocação** (um ponto por cada resposta correcta)

“Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi a pouco para decorar”

Pêra

Gato

Bola

Nota: _____

5. **Linguagem** (1 ponto por cada resposta correcta)

a. “Como se chama isto” Mostrar os objectos:

Relógio

Lápis

Nota: _____

b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”

Nota: _____

- c. “Quando eu lhe der esta folha, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”, (ou “sobre a cama”, se for o caso); dar a folha, segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita

Dobra ao meio

Coloca onde deve

Nota: _____

- d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos

Nota: _____

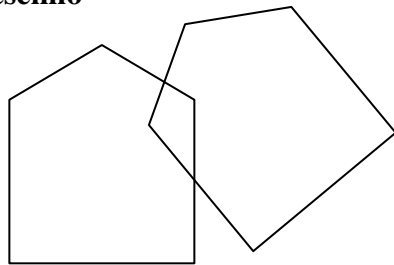
- e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota: _____

6. **Habilidade construtiva** (um ponto pela copia correcta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Desenho



Cópia

Total: _____

Ver ainda versão de: Escalas e testes na demência. – Grupo e estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências – Claboração da UCB Pharma (Novartis Farma) – Produtos Farmacêuticos, 2003.

Teste do relógio

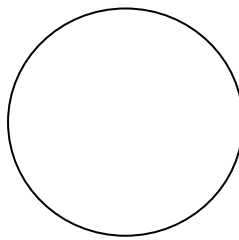
Fonte: http://www.ciape.org.br/matdidatico/edgar/Livro_Aval_Mult_Idoso.doc

O teste do relógio também faz parte da triagem cognitiva pela sua simplicidade.

Aplicação do teste

Consiste em solicitar à pessoa o desenho dos números do relógio, marcando uma determinada hora (11:10), sem mencionar a necessidade de ponteiros. O círculo pode ou não ser oferecido previamente. O teste é considerado completo quando o paciente desenha todos os números do relógio, espacialmente bem distribuídos, e os ponteiros marcando 11:10. O teste não é cronometrado e pode ser repetido quantas vezes forem necessárias.

“Este círculo é um relógio. Desenhe todos números marcando 11 horas e 10 minutos.”



Interpretação do teste

O teste do relógio é de fácil aplicação e sofre menor influência do grau de alfabetização, aumentando a fidedignidade do teste em pacientes com baixo nível de escolaridade.

Avalia diversas funções cognitivas:

Memória semântica;

Função executiva (planeamento);

Linguagem (compreensão do comando);

Praxia;

Função visuo-espacial

Portanto, é considerado um bom teste de rastreio. Referimos a classificação de Shulman, onde são definidos os seguintes resultados:

0	Inabilidade absoluta de representar o relógio;
1	O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave;
2	Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorrecta, perseveração, confusão esquerda-direita, números que faltam, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiro em excesso;
3	Distribuição visuo-espacial correcta com marcação errada da hora;
4	Pequenos erros espaciais com dígitos e hora correctos;
5	Relógio perfeito, sem erros

A interpretação do teste é eminentemente qualitativa. Consideramos o teste bastante alterado quando o resultado é 0,1 ou 2.

Teste de Diminuição Cognitiva

Liliana Sousa e Daniela Figueiredo:

<http://portal.ua.pt/bibliotecad/default1.asp?OP2=0&Serie=0&Obra=15&H1=2&H2=0>

O Teste de Diminuição Cognitiva é optativo (relativamente ao EASYCare), isto é, pode ser aplicado se há suspeita de uma diminuição cognitiva significativa ou pode não ser aplicado se o técnico sentir que tal poderá constituir uma ofensa para a pessoa idosa.

A administração deste teste tem como objectivos:

- prevenir a demência;
- detectar algum estado de demência;
- validar as respostas dadas nas questões anteriores, caso haja suspeita de uma diminuição cognitiva significativa.

A aplicação do teste deverá ter em conta os seguintes aspectos:

Algumas pessoas que têm problemas de memória, podem oferecer alguma resistência em responder a estas questões, já que têm receio de errar ou de se sentirem envergonhadas. Assim, cabe ao técnico tranquilizá-las e encorajá-las, explicando-lhes que se trata de um teste rotineiro.

Evitar induzir determinada resposta, bem como completar as suas frases.

O ritmo da entrevista deve ser conduzido pela pessoa idosa. É importante dar-lhe tempo para responder às questões segundo o seu próprio ritmo.

A performance da pessoa idosa será maximizada se o técnico falar claramente em termos de tom de voz, intensidade e velocidade.

É importante explicar à pessoa idosa que, depois da questão 2, o técnico irá dizer uma curta frase pedindo-lhe, em seguida, para a relembrar e repetir depois da questão 5.

Idealmente, deve colocar-se cada questão uma só vez. Aceita-se que a pessoa idosa possa peça para repetir a pergunta uma vez. No entanto, se a pessoa pedir várias vezes para se repetir a pergunta, será importante considerar se será apropriado prosseguir com a avaliação.

A pessoa idosa tem a palavra final relativamente a completar ou não o teste.

Q. 1 *"Em que ano estamos ?"*

A resposta dada deve ser o ano exacto. Se a pessoa errar, o técnico atribui 1 ponto e depois multiplica por 4, obtendo uma pontuação total de 4. O resultado só poderá ser 0 ou 4.

Q. 2 *"Em que mês estamos ?"*

Esta é equivalente à Q. 1. A resposta tem que ser o mês exacto. Se a pessoa errou, então o técnico irá atribuir 1 ponto e, depois, multiplicá-lo por 3, obtendo uma pontuação total de 3. O resultado só poderá ser 0 ou 3.

A frase de memória

Nesta fase, o técnico já deverá ter avisado a pessoa idosa que vai dizer uma frase. O examinador poderá começar da seguinte maneira:

"Como parte do teste, agora vou dizer um nome e uma morada. Eu quero que a repita para depois se lembrar. Mais adiante, eu vou pedir-lhe para repetir esta frase. A frase é a seguinte : Sr. João Silva, Rua das Flores, 42, Santarém. (Nesta altura, o técnico irá ouvir a pessoa idosa a repetir a frase para verificar se ela a compreendeu.)

"Agora, vou fazer-lhe mais duas perguntas e depois vou pedir-lhe para repetir esta frase."

Q. 3 *"Que horas são ?"*

Trata-se de um teste de orientação, daí seja importante que a pessoa idosa não veja as horas pelo seu relógio de pulso ou outro relógio.

A resposta dada a esta questão tem uma margem de erro de 1 hora. Por exemplo, se são 15 h, a sua resposta tem de se situar entre as 14 e as 16 horas. A resposta estará correcta se situar dentro destes limites, sendo a pontuação igual a 0.

Se a sua resposta se situar fora desta margem, mesmo que por poucos minutos, atribui-se 1 ponto. Multiplica-se este resultado por 3, obtendo uma pontuação total de 3. O resultado só poderá ser 0 ou 3.

Q. 4 *"Conte na ordem inversa de 20 para 1."*

É importante dar à pessoa idosa tempo suficiente para completar esta tarefa, bem como fazê-la sentir-se aceite e apreciada.

Existem três pontuações possíveis para esta questão:

- (i) A pessoa não comete nenhum erro: 0 pontos x 2 de ponderação = 0

(ii) A pessoa comete 1 erro: 1 ponto x 2 de ponderação = 2

(iii) A pessoa comete 2 ou mais erros : 2 pontos x 2 de ponderação = 4

Nas situações em que se verifica que a pessoa se está mesmo a esforçar, apesar de já ter cometido vários erros, o técnico deverá ponderar se valerá a pena continuar.

Q. 5 *"Diga os meses na ordem inversa."*

Esta questão é pontuada da mesma maneira que a Q. 4.

Q. 6 *"Repita a frase de memória."*

Poderá ser útil para o técnico, anotar exactamente o que a pessoa idosa diz, uma vez que se terá de proceder a uma pontuação exacta. Aqui, pode cometer-se um máximo de 5 erros, atribuindo 1 ponto por cada erro. A pontuação limita-se a este valor máximo, não interessando os erros que serão dados para além dos contabilizados. Os pontos são multiplicados por 2. As pontuações possíveis para esta questão são:

ERROS	x	Ponderação	=	Total
0	x	2	=	0
1	x	2	=	2
2	x	2	=	4
3	x	2	=	6
4	x	2	=	8
5 ou mais	x	2	=	10

Interpretação dos resultados

A pontuação total é obtida pela soma dos *scores*.

A pontuação máxima é de 28.

0 - 10 indica normalidade ou diminuição ligeira.

11 - 28 indica diminuição de moderada a grave.

Uma pontuação elevada pode indicar a necessidade de uma avaliação suplementar.

Escalas de Avaliação de Blessed (BLS)

Blessed Dementia Scale (Blessed Tomlinson & Roth, 1968).

As escalas de Blessed (Blessed et al., 1988), que se encontram na Tabela seguinte, são um dos mais antigos e conhecidos instrumentos empregados para avaliação e quantificação de alterações funcionais e emocionais em pacientes demenciados. Os instrumentos compreendem: escala de demência (BLS-D), escala de informação (BLSI), escala de memória (BLS-M) e escala de concentração (BLS-C). A pontuação das três últimas escalas é normalmente combinado no teste de informação, memória e concentração de Blessed, atingindo no máximo 37 pontos. A escala de demência (BLSD) procura avaliar mudanças no desempenho das actividades diárias, nos hábitos, na personalidade e nos interesses e motivações do utente examinado. A pontuação máxima que pode ser obtida é igual a 0, indicando que não há comprometimento emocional ou funcional. A pontuação mínima é de 28 pontos, indicando nesse caso um comprometimento grave.

Segundo Blessed e col. (1968), as escalas de Blessed, isoladamente ou em conjunto, foram validadas através de sua correlação com marcadores neuropatológicos da Doença de Alzheimer.

Tabela - Escala de Blessed

A. Mudanças no Desempenho das Actividades Diárias

Item	Actividade	Total	Parcial	Nenhuma
1	Dificuldade em desempenhar tarefas domésticas	1	0,5	0
2	Dificuldade em manusear pequenas quantias de dinheiro	1	0,5	0
3	Dificuldade de lembrar-se de pequenas listagens (por exemplo, compras)	1	0,5	0
4	Dificuldade de localizar-se dentro de casa	1	0,5	0
5	Dificuldade de localizar-se em ruas conhecidas	1	0,5	0
6	Dificuldade de reconhecer o meio (hospital, residência, diferenciar médicos, enfermeiras, pacientes e visitantes)	1	0,5	0
7	Dificuldade de lembrar-se de acontecimentos recentes (passeios, visitas de parentes e amigos, etc...)	1	0,5	0
8	Tendência para remoer sobre o passado	1	0,5	0

B. Mudanças de Hábitos

		Pontos
--	--	--------

B. Mudanças de Hábitos

		Pontos
9.- Alimentação		
	Alimenta-se: de forma limpa, com talheres adequados	0
	De forma desleixada, apenas com colher	1
	De sólidos simples (sem talheres)	2
	Precisa ser alimentado	3
10.- Vestuário		
	Veste-se: sem ajuda	0
	Ocasionalmente com abotoamento errado, etc.	1
	Em sequência incorrecta; frequentemente esquece-se de alguns itens	2
	Incapaz de vestir-se	3
11.- Controle de esfíncteres		
	Normal	0
	Incontinência urinaria ocasional	1
	Incontinência urinaria frequente	2
	Duplamente incontinente	3

C. Mudanças de personalidade e conduta

Item	Característica	Presente	Ausente
12	Sem alterações quanto à personalidade	1	0

13	Aumento na rigidez	1	0
14	Egocentrismo	1	0
15	Falta de consideração pelos outros	1	0
16	Aumento de aspereza em demonstrações de afecto	1	0
17	Falta de controlo emocional (ex. aumento de petulância e irritabilidade)	1	0
18	Hilaridade em situações impróprias	1	0
19	Diminuição de reacções emocionais (ex.: depressão)	1	0
20	Mau comportamento sexual (atitude de jovem na senilidade)	1	0
21	Sua actuação em áreas de interesse está inalterada	1	0
22	Abandono das actividades de lazer	1	0
23.	Diminuição na iniciativa ou aumento da apatia	1	0
24.	Hiperactividade sem propósito	1	0

Somam-se os pontos obtidos em cada área, expressando-se em separado

TOTAL DE PONTOS _____

D. Memória

Pessoal

- Data de nascimento 1
- Local do nascimento 1
- Escola que frequentou 1
- Ocupação 1
- Nome de irmãos ou cônjuge 1
- Nome de qualquer cidade em que trabalhou 1
- Nome do empregador 1

Não Pessoal

- * Data 1ª Guerra Mundial (1914-1918) 1
- * Data 2ª Guerra Mundial (1939-1945) 1

- Presidente 1

- Governador 1

Nome e endereço (relembrar após 5')

- João de Souza 2 1 0

- Rua do Parque, 10 2 1 0

- Perdizes 2 1 0

Concentração

- Dizer os meses do ano, de traz para frente 2 1 0

- Contar de 1 a 20 2 1 0

- Contar de 20 a 1 2 1 0

* 0,5 ponto por aproximação a cada 3 anos

TOTAL DE PONTOS _____

Obs.: nos itens A a C, quanto maior a pontuação maior a dificuldade; no item D, quanto maior a pontuação melhor o desempenho.

Versão: Escalas e testes na demência. – Grupo e estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências – Claboração da UCB Pharma (Novartis Farma) – Produtos Farmacêuticos, 2003. Carlos Garcia

ESCALA DE DEMÊNCIA DE BLESSED

TRADUÇÃO EM PORTUGUÊS E ORGANIZAÇÃO:

Carlos Garcia

mendonca@fm.ul.pt ou mguerreiro@netcabo.pt

ESCALA DE DEMÊNCIA DE BLESSED

Blessed G, Tomlinson BE, Roth M, 1968. The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. British Journal of Psychiatry 114: 797-811

A PREENCHER COM UM ACOMPANHANTE

(Pontuação máxima = 28)

A. Vida quotidiana

Classificação: Ausência de defeito = 0; Presença de defeito = 1; Presença inconsistente = 0.5)

1. Incapacidade de realizar tarefas caseiras
(cozinhar, tratar da roupa, fazer limpezas, jardinar, fazer arranjos em casa, cuidar do carro..) _____
2. Incapacidade para lidar com pequenas importâncias de dinheiro
(no café, pequenas compras, conferir trocos.....) _____
3. Incapacidade para recordar pequenas listas
(compras, números de telefones.....) _____
4. Tendência a desorientar-se na sua própria casa
(quer ir para a sala e entra na cozinha, fica parado a procurar a divisão da casa para onde quer ir.....) _____
5. Tendência a desorientar-se em ruas familiares
(quer ir a uma loja e dirige-se para o lado oposto, tem dificuldade em retomar o percurso correcto para casa...) _____
6. Incapacidade para interpretar correctamente o ambiente
(reconhecer se está num hospital, se está numa agência bancária.....) _____
7. Incapacidade para recordar acontecimentos recentes
(passeios, saídas, visitas....) _____
8. Tendência a rememorar o passado
(fala mais de acontecimentos passados do que do presente, recorda factos da sua infância de uma maneira que não era habitual) _____

B. Mudança de hábitos

Classificação: a indicada em cada item (0, 1, 2, 3)

9. Comer
 - Asseadamente, com os talheres adequados
(sem alterações) (0) _____
 - Come sem asseio e só com a colher
(come com a mão, usa talheres ao acaso....) (2) _____
 - Come só sólidos
(biscoitos, pão....) (2) _____
 - Tem que ser alimentado (3) _____

10. Vestir

- Sem ajuda
(sem alterações) (0) _____
- Apresenta alguma dificuldade
(Abotoa botões fora do sítio, esquece ocasionalmente peças de vestuário.....). (1) _____
- Peças de vestuário na sequência errada
(esquece com frequência peças de vestuário...) (2) _____
- Incapaz de se vestir (3) _____

11. Esfíncteres

- Controlo completo
(sem alterações) (0) _____
- Urina na cama
(ocasionalmente) (1) _____
- Urina na cama
(com frequência) (2) _____
- Incontinência de fezes e urina (3) _____

C. Alterações na Personalidade, nos interesses, no entusiasmo;

Classificação: Ausência de defeito = 0; Presença = 1)

12. Flexibilidade diminuída

- (rigidez mental - comportamento infantil - quando lhe dizem, por exemplo, que hoje tem de ir ao médico, não descansa enquanto não sai de casa e pergunta consecutivamente "então não vamos?"...) (1) _____

13. Egocentrismo aumentado

- (comportamento infantil - tem comportamentos de chamada de atenção sobre si; amealha tudo, não quer dar nada.....) (1) _____

14. Diminuição da atenção pelos sentimentos dos outros

- (Diz coisas ofensivas, ou que magoam os outros sem se preocupar nada com isso,) (1) _____

15. Aplanamento dos afectos

- (durante o dia está sempre com o mesmo humor, não mostra reacção diferente perante acontecimentos tristes ou alegres,.....) (1) _____

16. Diminuição do controlo emocional

- (irritabilidade exacerbada) (1) _____

17. Hilariedade em situações inapropriadas

- (ri, sem motivo que o justifique) (1) _____

18. Embotamento das respostas emocionais

- (não mostra alegria se vê alguém de quem gostava,) (1) _____

19. Comportamento sexual bizarro

- (comportamentos sexuais diferentes do seu habitual) (1) _____

20. Abandono dos interesses ("hobbies")

- (deixou de fazer renda, costura, ler, jogos,...) (1) _____

21. Diminuição da iniciativa

- (apatia) (1) _____

22. Hiperactividade (sem finalidade)

- (levanta-se e senta-se frequentemente, mexe e remexe gavetas, sem justificação,) (1) _____

TOTAL: _____

Escala de deterioração global (GDS)

Ver Mendonça, A., & Guerreiro, M. (Coords.) (2007). Escalas e testes na demência. Lisboa: Novartis.

A escala de deterioração global para avaliação de demência degenerativa primária é uma escala de sete pontos que foi desenvolvida por Reisberg e col. (1982) para tentar caracterizar a doença supracitada e classificá-la em estágios.

Descreveremos sucintamente, a seguir, os sete estágios da GDS:

Estágio 1 — normal, sem evidência objectiva ou subjectiva de deficit cognitivo;

Estágio 2 — declínio cognitivo muito leve, considerado normal para idade;

Estágio 3 — declínio cognitivo leve, com evidência objectiva de deficit cognitivo (transtorno cognitivo leve?);

Estágio 4 — declínio cognitivo moderado, suficiente para preencher critérios operacionais para demência;

Estágio 5 — declínio cognitivo moderadamente grave, no qual os deficits do paciente interferem com seu funcionamento independente;

Estágio 6 — declínio cognitivo grave, no qual os deficits observados interferem com as actividades básicas da vida diária;

Estágio 7 — declínio muito grave, no qual os deficits observados interferem com todas as actividades da vida diária.

Segundo Kluger e Ferris (1991), citado por Ventura e Bottino (esta escala foi validada através da correlação dos seus *scores* com avaliações psicométricas, clínicas, do estado mental, de actividades da vida diária e exames de neuro-imagem de utentes com demência degenerativa primária.

Versão de: Escalas e testes na demência. – Grupo e estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências – Claboração da UCB Pharma (Novartis Farma) – Produtos Farmacêuticos, 2003.

ESCALA DE DETERIORAÇÃO GLOBAL

GLOBAL DETERIORATION SCALE (GDS)

TRADUÇÃO EM PORTUGUÊS E ORGANIZAÇÃO

Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências

Olívia Robusto Leitão, Ana Nina, Isabel Monteiro

oliviabustoleitao@mail.telepac.pt

ESCALA DE DETERIORAÇÃO GLOBAL

GLOBAL DETERIORATION SCALE (GDS)

Reisberg B, Ferris SH, Leon MJ, Crook T. 1982. The Global Deterioration Scale (GDS) for assessment of primary degenerative dementia. American Journal of Psychiatry 139: 1136-9.

Reisberg B, Ferris S, Schulman et al. 1986. Longitudinal course of normal aging and progressive dementia of Alzheimer's type: a prospective study of 106 subjects over a 3.6 year mean interval. Progress in Neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry 10: 571-8.

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Habilitações: _____ Profissão: _____ Data: ____ / ____ / ____

Estádio GDS
1. Sem Declínio Cognitivo
2. Declínio Cognitivo Muito Ligeiro
3. Declínio Cognitivo Ligeiro
4. Declínio Cognitivo Moderado
5. Declínio Cognitivo Moderadamente Grave
6. Declínio Cognitivo Grave
7. Declínio Cognitivo Muito Grave

ESCALA DE DETERIORAÇÃO GLOBAL (GDS)

(Escolha o nível global mais apropriado, de acordo com a cognição e função, e MARQUE SÓ UM)

1. Ausência de queixas subjectivas de défice de memória. Sem défice de memória evidente durante a entrevista clínica.

2. Queixas subjectivas de défice de memória, mais frequentemente nas seguintes áreas:

- a) esquecimento do local onde colocou objectos familiares;
- b) esquecimento de nomes antes bem conhecidos.

Sem défice de memória objectivo durante a entrevista clínica.

Sem défice objectivo no emprego ou em ocasiões sociais.

Preocupação legítima em relação aos sintomas.

3. Ocorrências precoces de défice claro.

Manifestações em mais do que uma das seguintes áreas:

- a) O paciente pode ter-se perdido quando viajava para um local desconhecido.
- b) Os colegas dão-se conta do desempenho relativamente pobre do paciente.
- c) As dificuldades em encontrar palavras e/ou nomes tornam-se evidentes para as pessoas mais próximas.
- d) O paciente pode ler um texto, ou um livro, e reter relativamente pouco.
- e) O paciente pode apresentar facilidade diminuída em recordar os nomes de pessoas a quem é apresentado.
- f) O paciente pode ter perdido, ou colocado em local errado, um objecto de valor.
- g) Os testes clínicos podem evidenciar défice de concentração.

Défice de memória objectivo, evidente só no decurso duma entrevista intensiva.

Diminuição de desempenho em ocupações laborais de maior exigência, e em situações sociais.

O paciente começa a manifestar denegação.

Ansiedade ligeira a moderada que acompanha frequentemente os sintomas.

4. Défices claramente evidentes em entrevista clínica cuidadosa

Défice manifesto nas seguintes áreas:

- a) decréscimo no conhecimento de acontecimentos correntes e recentes.
- b) Pode apresentar algum défice de memória na sua própria história pessoal.
- c) Défice de concentração evidenciado nas subtracções seriadas.
- d) Diminuição da capacidade para viajar, gerir as finanças, etc.

É frequente continuarem a ser capazes de distinguir, no meio em que vivem, as pessoas conhecidas das não conhecidas.

Ocorrem alterações emocionais e da personalidade. São muito variáveis e incluem:

- a) comportamento delirante, isto é, o paciente pode acusar o seu cônjuge de ser uma pessoa impostora; pode falar para figuras imaginárias à sua volta, ou para a sua própria imagem reflectida no espelho.
- b) Sintomas obsessivos, isto é, a pessoa pode executar, repetida e sistematicamente, actividades simples de limpeza.
- c) Podem ocorrer: sintomas de ansiedade, de agitação e mesmo um comportamento violento antes inexistente.
- d) Abulia cognitiva, isto é, perda da força de vontade, por o indivíduo não conseguir manter um pensamento até completar uma acção.

7. Ao longo deste nível vão sendo perdidas todas as faculdades verbais.

Na fase inicial deste nível as palavras e as frases são faladas, mas o discurso é muito limitado. Mais tarde deixa de haver discurso – apenas sons grunhidos.

Incontinente; requer assistência na higiene e na alimentação.

As competências psicomotoras básicas (como por ex. a capacidade de andar) vão sendo perdidas com a progressão deste nível.

O cérebro parece não ser mais capaz de comandar o corpo.

Presença frequente de sinais e sintomas neurológicos difusos e corticais.

Frequentemente ausência de défice nas seguintes áreas:

- a) Orientação no tempo e no espaço.
- b) Reconhecimento de pessoas e rostos familiares.
- c) Capacidade de viajar para locais conhecidos.

Incapacidade para executar tarefas complexas.

A denegação é o mecanismo de defesa dominante.

Embotamento dos afectos e desistência em situações de desafio.

5. O paciente não consegue sobreviver sem alguma assistência.

Durante a entrevista, o paciente é incapaz de se recordar de aspectos relevantes da sua vida actual, p. ex.:

- a) do seu endereço, ou do seu número de telefone, que tem desde há muitos anos.
- b) Dos nomes dos seus familiares mais próximos (tais como os seus netos).
- c) Do nome do liceu (escola secundária), ou da faculdade em que se formou.

Apresenta frequentemente alguma desorientação relativamente ao tempo (data, dia da semana, estação do ano, etc), ou ao local.

Uma pessoa escolarizada pode ter alguma dificuldade na subtracção em séries de 4 em 40, ou de 2 em 20.

As pessoas neste nível retêm a lembrança dos factos mais importantes relativamente a si próprios, e a outros.

Sabem invariavelmente os seus próprios nomes, e conhecem, geralmente, os nomes do cônjuge e dos filhos.

Não precisam de auxílio para os cuidados de higiene, nem para as refeições, mas podem ter dificuldade na escolha da roupa adequada para vestir.

6. Podem ocasionalmente esquecer-se do nome do cônjuge de quem dependem inteiramente para sobreviver.

Podem de todo não se aperceber de todos os acontecimentos e experiências recentes das suas vidas.

Retêm alguma noção do que os rodeia, do ano, da estação do ano, etc.

Podem ter dificuldade em contar de 1 até 10, em ordem decrescente, e por vezes em ordem crescente.

Necessitarão de alguma assistência nas actividades da vida diária:

- a) podem ficar incontinentes.
- b) Necessitarão de assistência para viajar, mas poderão, ocasionalmente, ser capazes de viajar para locais conhecidos.

O ritmo diurno encontra-se frequentemente alterado.

Lembram-se quase sempre do seu próprio nome.

Avaliação da incapacidade funcional na demência

Ver versão de: Escalas e testes na demência. – Grupo e estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências – Claboração da UCB Pharma (Novartis Farma) – Produtos Farmacêuticos, 2003. Instrumento a ser validade por Santana, Isabel

AValiação da Incapacidade Funcional na Demência

DISABILITY ASSESSMENT FOR DEMENTIA SCALE (DAD)

Gelinas I, Gauthier L, McIntyre M, Gauthier S. 1999. Developement of a functional measure for persons with Alzheimer's Disease: The Disability Assessment for Dementia. *American Journal of Occupational Therapy*–53: 471-481

Nome:			N.º de processo:
Data:	MMS:	GDS:	IFD:
Pessoa entrevistada:	Parentesco ou equival:		
Indicar qualquer alteração do sistema motor ou sensorial:			
Examinador:			Duração:

Ao longo das duas últimas semanas, o(a) doente não precisou que o(a) ajudassem, ou lembrassem, nas seguintes actividades/tarefas:

COTAÇÃO: SIM = 1 NÃO = 0 N/A = Não aplicável

HIGIENE

	Iniciativa	Planeamento e organização	Eficácia de execução
Lavar-se, ou tomar banho/duche			
Lavar os dentes, ou tratar da sua prótese dentária			
Tratar do seu cabelo (lavar e pentear)			
Preparou a água, as toalhas, o sabonete para se lavar, ou tomar banho/duche			
Lavou e limpou bem o corpo todo em segurança			
Lavou os dentes, ou tratou da sua prótese dentária adequadamente			
Tratou do seu cabelo (lavou-o e penteou-o)			

VESTIR

Vestir-se			
Escolheu as roupas apropriadas (consoante a ocasião, o tempo, o estado de limpeza e a combinação das cores)			
Vestiu-se pela ordem correcta (roupa interior, vestido/calças, sapatos)			
Vestir-se na totalidade			
Despir-se na totalidade			

CONTROLO DE ESFINCTERES

Utilizar a casa-de-banho no momento certo			
Utilizou a casa-de-banho sem "acidentes"			

ALIMENTAÇÃO

Achar que tinha necessidade de comer			
Escolheu adequadamente os utensílios e condimentos ao alimentar-se			
Tomou as suas refeições a um ritmo normal e de forma adequada			

PREPARAÇÃO DA REFEIÇÃO

Decidir que tinha necessidade de confeccionar uma refeição ligeira para si próprio			
Planeou adequadamente uma refeição ligeira (ingredientes, utensílios de cozinha)			
Preparou ou confeccionou uma refeição ligeira nas normas de segurança			

UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

Resolver telefonar a alguém numa altura adequada			
Encontrou e marcou correctamente um número de telefone			
Manteve e terminou de forma adequada uma conversação telefónica			
Anotou e transmitiu de forma adequada uma mensagem telefónica			

Ao longo das duas últimas semanas, nome) _____
 _____, não precisou que o(a)
 ajudassem, ou lembrassem, nas seguintes actividades/tarefas:

COTAÇÃO: SIM = 1 NÃO = 0 N/A = Não aplicável

SAÍR À RUA

Iniciativa	Planeamento e organização	Eficácia de execução
Resolveu sair para o exterior (passeio, visita, compras), numa altura apropriada		
Preparar uma saída de forma adequada, prevendo o transporte, as chaves, o destino, as condições do tempo, o dinheiro necessário e a lista de compras		
Sair e dirigir-se a um local conhecido, sem se perder		
Utilizar de forma segura o transporte adequado (automóvel, autocarro, táxi)		
Regressar com as compras certas		

FINANÇAS E CORRESPONDÊNCIA

Revelar interesse pelos seus assuntos pessoais, tais como as finanças ou a correspondência			
Organizar as suas finanças para fazer os pagamentos (cheques, caderneta bancária, ecibos)			
Organizar a sua correspondência adequadamente, como por ex.: o papel de carta, os endereços, os selos			
Lidar de forma adequada com o seu dinheiro (fazer trocos)			

MEDICAÇÃO

Tomar os medicamentos na altura correcta			
Tomar os medicamentos tal como prescrito (na dose indicada)			

LAZER E TRABALHO DOMÉSTICO

Mostrar interesse por actividade(s) de lazer			
Mostrar interesse pelos trabalhos domésticos que costumava realizar antes			
Planear e organizar de forma adequada as tarefas domésticas que costumava realizar antes			
Completar de forma adequada as tarefas domésticas que costumava realizar antes			
Ficar só em casa, sem perigo, quando necessário			

Comentários:

SUB-TOTAL/# itens aplicáveis	/	/	/
TOTAL DA IFD/# itens aplicáveis	/	/	/
TOTAL DA IFD em percentagem			

Copyright © 1994 por L. Gauthier & I. Gélinas

Escala clínica de demência (CDR) - Clinical dementia rating – (CDR)

A escala clínica de demência foi desenvolvida por Hughes e col. (1982), como um instrumento de avaliação global, para estudar prospectivamente a demência do tipo Alzheimer leve. Os autores destacaram no estudo de validação deste instrumento a importância de associar medidas psicométricas e comportamentais para permitir a avaliação de várias características do utente examinado.

A CDR contém cinco graus de comprometimento do desempenho do indivíduo, em cada uma das seguintes categorias: memória, orientação, juízo e solução de problemas, assuntos comunitários, casa e *hobbies*, e cuidado pessoal.

Os cinco graus de comprometimento são: saudável (CDR=0), questionável (CDR=0,5), leve (CDR=1), moderado (CDR=2) e grave (CDR=3).

Montaño & Ramos (2005) desenvolveram um processo de validação da versão português do Brasil. De acordo com os autores, o CDR está dividido em seis categorias cognitivo-comportamentais: memória, orientação, julgamento ou solução de problemas, relações comunitárias, actividades no lar ou de lazer e cuidados pessoais. Cada uma dessas seis categorias deve ser classificada em: 0 (nenhuma alteração); 0,5 (questionável); 1 (demência leve); 2 (demência moderada); e 3 (demência grave), excepto a categoria cuidados pessoais, que não tem o nível 0,5. A categoria memória é considerada principal, ou seja, com maior significado e as demais categorias são secundárias.^{2,7} A classificação final do CDR é obtida pela análise dessas classificações por categorias, seguindo um conjunto de regras - Regras para a classificação:

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n6/26985.pdf>

Síndrome demencial ausente	0	Ausência de comprometimento cognitivo
	0,5	Comprometimento cognitivo questionável (transtorno cognitivo leve)
Síndrome demencial presente	1	Demência leve
	2	Demência moderada
	3	Demência Grave/avançada

Versão Português Brasil: Montañó & Ramos (2005)

Tabela 1 - Classificação das categorias avaliadas pelo *Clinical Dementia Rating*.

Dano	Nenhum (0)	Questionável (0,5)	Leve (1)	Moderado (2)	Grave (3)
Memória	Sem perda de memória ou perda leve e inconstante.	Esquecimento constante, recordação parcial de eventos.	Perda de memória moderada, mais para eventos recentes, atrapalha as atividades de vida diária.	Perda grave de memória, apenas assunto altamente aprendido é recordado.	Perda de memória grave. Apenas fragmentos são recordados.
Orientação	Completa orientação.	Completamente orientado com dificuldade leve em relação ao tempo.	Dificuldade moderada com relação ao tempo, orientado em áreas familiares.	Dificuldade grave com relação ao tempo, desorientado quase sempre no espaço.	Apenas orientado em relação a pessoas.
Julgamento e solução de problemas	Resolve problemas diários, como problemas financeiros; julgamento preservado.	Dificuldade leve para solucionar problemas, similaridades e diferenças.	Dificuldade moderada em lidar com problemas, similaridades e diferenças, julgamento social mantido.	Dificuldade séria em lidar com problemas, similaridades e diferenças, julgamento social danificado.	Incapaz de fazer julgamento ou resolver problemas.
Relações comunitárias	Função independente no trabalho, compras, grupos sociais.	Leve dificuldade nestas tarefas.	Não é independente nestas atividades, parece normal em uma inspeção casual.	Não há independência fora de casa, parece bem o bastante para ser levado fora de casa.	Não há independência fora de casa, parece doente o bastante para ser levado fora de casa.
Lar e passatempos	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais bem mantidos.	Vida em casa, passatempos, interesses intelectuais levemente prejudicados.	Prejuízo suave em tarefas em casa, tarefas mais difíceis, passatempo e interesses abandonados.	Apenas tarefas simples são preservadas, interesses muito restritos e pouco mantidos.	Sem função significativa em casa.
Cuidados pessoais	Completamente capaz de cuidar-se.	Completamente capaz de cuidar-se.	Necessita de ajuda.	Requer assistência ao vestir-se, para higiene.	Muita ajuda para cuidados pessoais, incontinências frequentes.

Fonte: Bertolucci et al²

AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEMÊNCIA (CDR) Versão Português de Portugal CDR

- Portugal/Portuguese - Version of 18 Apr 08 - Mapi Research Institute. ID4622 /

CDR_AU1.0_por-PT.doc:

<http://alzheimer.wustl.edu/cdr/PDFs/Translations/Portugal%20Portuguese.pdf>

(CDR)	Nenhuma 0	Suspeita 0,5	Ligeira 1	Moderada 2	Grave 3
Memória	Nenhuma perda de memória ou esquecimento ligeiro inconstante	Esquecimento ligeiro constante; recordação parcial dos acontecimentos; esquecimento "benigno"	Perda de memória moderada; mais acentuada nos acontecimentos recentes; interfere com as actividades do dia-a-dia	Perda de memória grave; apenas memorização de material retido com insistência; rápida perda de material novo	Perda de memória grave; restam apenas fragmentos
Orientação	Bem orientado	Bem orientado com ligeira dificuldade nas relações temporais	Dificuldade moderada nas relações temporais; orientado no espaço durante o exame; possível desorientação geográfica noutros locais	Dificuldade grave nas relações temporais; quase sempre desorientado no tempo, frequentemente no espaço	Orientado apenas em relação a si próprio
Discernimento e resolução de problemas	Resolve problemas do dia-adia, lida bem com actividades financeiras e de negócio; bom discernimento em relação a desempenhos no passado	Ligeira limitação para resolver problemas, semelhanças e diferenças	Dificuldades moderadas para resolver problemas, semelhanças e diferenças; normalmente mantém o discernimento social	Limitação grave para resolver problemas, semelhanças e diferenças; normalmente o discernimento social é limitado	Incapacidade de discernimento ou resolução de problemas
Relacionamento com a comunidade	Funcionamento independente ao nível habitual no trabalho, compras, grupos de voluntariado e outros	Ligeira limitação nestas actividades	Incapaz de funcionar independentemente nestas actividades, embora, de certa forma, ainda possa estar envolvido; numa avaliação superficial aparenta normalidade	Não há independência fora de casa, parece bem o bastante para ser levado fora de casa???	Aparenta estar demasiado doente para realizar funções fora de casa
Casa e passatempos	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais bem preservados	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais ligeiramente limitados	Limitação ligeira, mas evidente, do funcionamento em casa; abandono das tarefas mais difíceis; abandono dos passatempos e interesses mais complicados	Preservado apenas o interesse nas tarefas simples; interesses muito restritos e fracos	Nenhuma capacidade significativa de realizar funções em casa
Cuidados pessoais	Inteiramente capaz de cuidar de si próprio		Necessita de instruções	Necessita de ajuda para se vestir, para a higiene e para manter objectos pessoais	Necessita de muita ajuda com os cuidados pessoais; incontinência frequente

Nota: Classifique apenas como declínio face ao nível habitual anterior devido a perda cognitiva, não devido a limitação resultante de outros factores.

Ver ainda a versão de: Escalas e testes na demência. – Grupo e estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências – Claboração da UCB Pharma (Novartis Farma) – Produtos Farmacêuticos, 2003.

Cognitive Performance Scale

Segundo Morris *et al.* (1994) a Cognitive Performance Scale (CPS) foi criada tendo por base um instrumento de avaliação muito mais abrangente, conhecido como o Minimum Data Set (MDS). Este instrumento foi criado e aplicado nos Estados Unidos, tendo por base a implementação de uma lei que obrigava todos os lares de idosos ou instituições de cuidados a estas pessoas, a realizar uma avaliação coerente e fundamentada de todos os seus utentes, com vista a uma melhoria na planificação e prestação de cuidados.

Assim a CPS foi elaborada tendo por base a necessidade de avaliar a cognição, baseando-se os seus sete itens em dois instrumentos de avaliação da função cognitiva: o Mini-Mental State Examination e o Test for Severe Impairment. Os itens apresentados nesta escala abordam áreas como a memória (curto e longo prazo), orientação (local onde está, estação do ano...) e a capacidade do utente tomar decisões relativas à sua vida quotidiana. Inclui ainda itens que avaliam o estado de consciência, as capacidades comunicativas e a capacidade para desempenhar actividades da vida diária.

Escala do Desempenho Cognitivo (tradução nossa a partir do Inglês)

Comatoso

Objectivo: Diagnóstico neurológico "Coma," estado vegetativo persistente ou aparentemente sem consciência.

Codificação:

(0) Não.

(1) Sim.

Memória a Curto Prazo

Objectivo: Determinar a capacidade do residente para se recordar daquilo que aprendeu 5 minutos depois.

Codificação:

(0) Boa Memória — parece recordar-se passados 5 minutos

(1) Problemas de Memória

Competências Cognitivas na Tomada das Decisões Diárias

Objectivo: Determinar a capacidade do residente para tomar decisões diariamente sobre as tarefas ou actividades do dia-a-dia.

Codificação:

- (0) Independente** – As decisões do residente foram consistentes e sensatas (reflectindo o estilo de vida, a cultura e os valores); o residente organizou a rotina diária e tomou decisões de forma consistente, sensata e organizada.
- (1) Independência Modificada** – O residente organizou a rotina diária e tomou decisões seguras em situações familiares mas experienciou algumas dificuldades na tomada de decisões quando teve de enfrentar novas tarefas ou situações.
- (2) Moderadamente Independente** – As decisões do residente foram fracas; o residente precisou de lembretes, pistas e supervisão no planeamento organização e correcção das rotinas diárias.
- (3) Gravemente Incapacitado** – A capacidade do residente para tomar decisões foi gravemente deteriorada; o residente nunca (ou raramente) tomou decisões.

Compreendido pelos outros

Objectivo: Determinar a capacidade do residente para expressar ou transmitir pedidos, necessidades, opiniões, problemas urgentes e para a conversação social (quer sob a forma de discurso, escrita, linguagem gestual ou uma combinação destes).

Codificação:

- (0) Compreendido** – O residente expressa as ideias de forma clara.
- (1) Frequentemente Compreendido** – O residente teve dificuldades em encontrar as palavras certas ou concluir as ideias, originando atrasos nas respostas; o residente necessitou de alguma ajuda para se fazer entender.
- (2) Algumas Vezes Compreendido** – O residente teve uma capacidade limitada, mas foi capaz de fazer pelo menos pedidos concretos sobre as suas necessidades básicas (ex: comer, beber, dormir, casa de banho).
- (3) Raramente/Nunca Compreendido** – Na melhor das hipóteses, a compreensão estava limitada à interpretação por parte do pessoal de sons ou da linguagem corporal individual e específica do residente (ex: indicação da presença da dor ou necessidade de ir à casa de banho).

AVD Auto-Desempenho na Alimentação

Objectivo: A forma como o residente come e bebe (independentemente da capacidade).

Codificação:

- (0) Independente** – Sem ajuda ou supervisão do pessoal da instituição, *ou*, Ajuda/supervisão do pessoal apenas 1 ou 2 vezes nos últimos 7 dias.
- (1) Supervisão** – Supervisão, motivação ou sugestão 3 ou mais vezes nos últimos 7 dias, *ou*, Supervisão + ajuda física prestada apenas 1 ou 2 vezes nos últimos 7 dias.
- (2) Assistência Limitada** – O residente está muito envolvido na actividade, recebeu ajuda física para mover os membros ou outro tipo de ajuda sem haver uma sustentação do peso do corpo em 3 ou mais situações, *ou*, Recebeu mais ajuda apenas 1 ou 2 vezes nos últimos 7 dias.
- (3) Assistência Alargada** – Embora tenha realizado parte das actividades nos últimos sete dias, o residente recebeu o(s) seguinte(s) tipo(s) de ajuda 3 ou mais vezes: Ajuda em que há sustentação do peso do corpo ou Realização total das actividades por parte do pessoal durante metade (mas não todos os dias) dos últimos 7 dias.
- (4) Dependência Total** – Realização total da actividade por parte do pessoal nos últimos 7 dias.

Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT)

O 6-item Cognitive Impairment Test - 6CIT (Teste de Diminuição Cognitiva de 6 Itens) foi desenvolvido em 1983 através da análise de regressão do Blessed Information Memory Concentration Scale (BIMC) (Escala de Informação, Memória e Concentração de Blessed) realizada por Katzman et al nos EUA. Desde então, a sua validade tem sido confirmada por outros grupos em várias ocasiões.

É composto por seis perguntas simples, não-culturais e que não exigem uma interpretação complexa. Infelizmente, o teste original tinha um sistema complexo de pontuação inversa.

Brooke & Bullock (1999) revalidaram este teste no Reino Unido em Validation of the 6-item cognitive impairment test e alteraram o formato (6CIT – Versão Kingshill 2000©) para tornar mais fácil a sua utilização.

Os resultados têm excedido as expectativas e demonstrado que o 6CIT supera o Mini-Mental State Examination - MMSE (Mini Exame do Estado Mental). O 6CIT tem demonstrado ser mais sensível e específico para avaliar a demência ligeira do que o Mini-Mental State Examination (que é claramente a área mais útil nos cuidados primários), mesmo este sendo substancialmente mais rápido de aplicar. A sensibilidade e especificidade do 6CIT é 78.57% e 100%, respectivamente (ponto de corte 7/8).

Conclusões do estudo

- ❑ O 6CIT é um teste cognitivo breve e simples.
- ❑ O 6CIT está altamente correlacionado com o MMSE.
- ❑ O 6CIT é mais sensível do que o MMSE na detecção da demência ligeira.
- ❑ O 6CIT é um instrumento útil para o rastreio cognitivo em contexto de cuidados primários.
- ❑ O MMSE é extenso e tem uma fraca sensibilidade, tornando-se inadequado para uso no contexto de cuidados primários.

6CIT – Versão Kingshill - 2000

Número de perguntas: 6

Tempo para preenchimento: 3-4 minutos

Pontuação: O 6CIT usa uma pontuação inversa e as perguntas são ponderadas, sendo que os resultados podem assumir valores de 0 a 28. As pontuações de 0-7 são consideradas normais, enquanto que as iguais a 8 ou superiores são consideradas significativas.

(Teste de Diminuição Cognitiva de 6 Itens - tradução nossa a partir do Inglês)

<http://www.patient.co.uk/doctor/Six-Item-Cognitive-Impairment-Test.htm>

1. Em que ano estamos?	Correcto 0 pontos Incorrecto 4 pontos
2. Em que mês estamos?	Correcto 0 pontos Incorrecto 3 pontos
3. Peça ao doente que memorize uma morada com 5 componentes, ex: Abel Silva nº 42, Rua da Sofia, Coimbra	
4. Que horas são? (tolera-se margem de erro de 1 hora)	Correcto 0 pontos Incorrecto 4 pontos

5. Conte na ordem inversa de 20 para 1.	Correcto 0 pontos Um erro 2 pontos Mais do que um erro 4 pontos
6. Diga os meses na ordem inversa.	Correcto 0 pontos Um erro 2 pontos Mais do que um erro 4 pontos
7. Repita a morada.	Correcto 0 pontos 1 erro 2 pontos 2 erro 4 pontos 3 erro 6 pontos 4 erro 8 pontos Tudo errado 10 pontos

Vantagens: O teste tem uma elevada sensibilidade sem comprometer a especificidade, mesmo no caso da demência ligeira. Pode ser facilmente traduzido em termos linguísticos e culturais.

Desvantagens: A principal desvantagem é a pontuação e a ponderação do teste, que é inicialmente confusa. No entanto, os modelos informáticos têm simplificado isso bastante.

Estatística Probabilística: No ponto de corte 7/8: Valores globais - sensibilidade = 90%, especificidade = 100%; demência ligeira - sensibilidade = 78%, especificidade = 100%

O 6CIT é muito mais recente do que o *Abbreviated Mental Test* – AMT (Teste Mental Abreviado): aparenta ser facilmente traduzido em termos culturais e linguísticos com boa estatística probabilística. No entanto, não é usado devido ao seu complexo sistema de pontuação. Para além disso, era importante haver um maior número de estudos populacionais abrangentes que utilizassem o teste.

The Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

O *10-item Short Portable Mental Status Questionnaire* (Breve Questionário Portátil sobre o Estado Mental), facilmente aplicado por qualquer médico num consultório ou hospital, tem sido elaborado, testado, estandardizado e validado. O procedimento de estandardização e validação incluiu a aplicação do teste a 997 idosos a residir na comunidade, 141 idosos encaminhados devido a problemas psiquiátricos ou outros problemas de saúde e sociais para uma policlínica, e 102 idosos a viver em instituições, tais como lares ou hospitais psiquiátricos. Descobriu-se que o nível de educação e a raça tinham de ser ponderados na pontuação do desempenho individual. Tendo em conta a comunidade em geral, foram estabelecidos padrões de desempenho para: 1) o funcionamento mental intacto; 2) a deficiência orgânica ligeira ou *borderline*; 3) a deficiência orgânica permanente mas moderada; e 4) a deficiência orgânica grave. Nos 141 doentes da policlínica, os valores do SPMSQ estavam correlacionados com os diagnósticos clínicos. Houve um elevado nível de concordância entre o diagnóstico clínico da síndrome cerebral orgânica e os valores do SPMSQ que indicaram uma incapacidade orgânica moderada ou grave (Pfeiffer, 1975).

(Tradução nossa a partir do Inglês):

http://www.npcrc.org/usr_doc/adhoc/psychosocial/SPMSQ.pdf.

Pergunta	Resposta	Respostas Incorrectas
1. Em que dia, mês e ano estamos?		
2. Em que dia da semana estamos?		
3. Como se chama este lugar?		
4. Qual é o seu número de telefone?		
5. Que idade tem?		
6. Qual a sua data de nascimento?		
7. Quem é o actual presidente?		
8. Quem foi o anterior presidente?		
9. Qual é o nome de solteira da sua mãe?		
10. Consegue contar de três em três de 20 para 1?		

Pontuação:*

0-2 erros: funcionamento mental normal; 3-4 erros: defeito cognitivo ligeiro; 5-7 erros: defeito cognitivo moderado; 8 ou mais erros: defeito cognitivo grave *Tolera-se mais um erro na pontuação se o doente tiver frequentado o ensino básico ou inferior.

*Tolera-se mais um erro na pontuação se o doente tiver frequentado o ensino secundário ou superior.

Dementia Rating Scale

Fonte: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5138/tde-31102006-150108/>

A Escala de Avaliação de Demência (Dementia Rating Scale -DRS), proposta por Mattis (1988), tem sido bastante utilizada na avaliação de pacientes com demência tanto na actividade clínica como na pesquisa. Consiste de 5 subescalas: Atenção, Iniciativa/Perseveração, Construção, Conceituação e Memória.

Porto (2006) aplicou a escala a 56 pacientes com doença de Alzheimer com demência de intensidade leve; 55 pacientes com diagnóstico de comprometimento cognitivo leve; e, 60 indivíduos (controles).

Na diferenciação entre pacientes com doença de Alzheimer e controles o ponto de corte de < 128 demonstrou 90,0% de sensibilidade e 89,3 % de especificidade; e, entre pacientes com doença de Alzheimer e comprometimento cognitivo leve, o ponto de corte foi < 123 com sensibilidade de 78,2% e 76,8% de especificidade.

Na diferenciação entre pacientes com comprometimento cognitivo leve e controles, o ponto de corte foi de < 134 com 73,3% de sensibilidade e 72,7% de especificidade. A DRS demonstrou ser um instrumento com boa precisão diagnóstica na discriminação entre pacientes com doença de Alzheimer de intensidade leve e indivíduos controles.

A DRS também foi capaz de diferenciar entre pacientes com comprometimento cognitivo leve (controles), e pacientes com comprometimento cognitivo leve de pacientes com doença de Alzheimer de intensidade leve. As subescalas Memória e Iniciativa/Perseveração demonstraram maior precisão diagnóstica em todas as situações analisadas quando comparadas às demais subescalas.

Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA)

Fonte: http://www.mocatest.org/pdf_files/MoCA-Instructions-Portuguese_Brazil.pdf

A avaliação Cognitiva Montreal (MoCA) foi desenvolvida como um instrumento breve de rastreio para defeito cognitivo leve. O mesmo permite o acesso a diferentes domínios

cognitivos: atenção e concentração, funções executivas, memória, linguagem, habilidades visuo-construtivas, nomeação, cálculo e orientação. O tempo de aplicação do MoCA é de aproximadamente 10 minutos. A pontuação total é de 30 pontos; sendo a pontuação de 26 ou mais considerado normal.

1. Alternância de trilha

Aplicação: O examinador instrui o utente: “ Por favor, desenhe uma linha de um número para uma letra em ordem ascendente. Comece aqui {aponte para (1)} e desenhe uma linha de 1 para A, daí para 2 e assim por diante. Termine aqui {aponte para (E)}.”

Pontuação: Atribua 1 ponto se o sujeito desenhar satisfatoriamente o seguinte padrão 1-A-2-B-3-C-4-D-5-E, sem desenhar nenhuma linha que ultrapasse o alvo. Qualquer erro que não for imediatamente auto-corrigido, recebe 0 de pontuação.

2. Habilidades Visuo-Construtivas (Cubo)

Aplicação: O examinador dá as seguintes instruções, apontando para o cubo: “Copie este desenho o melhor que puder, no espaço abaixo”

Pontuação: Um ponto é atribuído pela execução correcta do desenho.

O desenho deve ser tridimensional

Todas as linhas são desenhadas

Nenhuma linha é adicionada

As linhas são relativamente paralelas e seu comprimento é semelhante (prismas rectangulares são aceites).

O ponto não é atribuído se algum dos critérios acima não for atingido.

3. Habilidades Visuo-Construtivas (Relógio)

Aplicação: Indique o terceiro espaço à direita e dê as seguintes instruções: “Desenhe um relógio. Coloque todos os números e marque a hora 11:10”

Pontuação: Um ponto é atribuído para cada um dos três critérios a seguir:

Contorno (1 ponto): o mostrador do relógio deve ser um círculo somente com uma mínima distorção aceitável (ex: discreta imperfeição ao fechar o círculo);

Números (1 ponto): todos os números do relógio devem estar na ordem correcta e localizados em quadrantes aproximados no mostrador do relógio; números romanos são aceites; os números podem ser colocados do lado de fora do contorno do círculo.

Ponteiros (1 ponto): devem haver 2 ponteiros indicando a hora correcta; o ponteiro das horas deve ser claramente menor do que o ponteiro dos minutos; os ponteiros devem estar centralizados no mostrador do relógio com sua junção no centro do relógio.

O ponto não é atribuído se algum dos critérios acima não for atingido.

4. Nomeação

Aplicação: Começando à esquerda, aponte para cada figura e diga :“Diga-me o nome deste animal”

Pontuação: Cada ponto é dado para as seguintes respostas: (1) camelo, (2) leão, (3) rinoceronte

5. Memória

Aplicação: O examinador lê uma lista de palavras no intervalo de uma por segundo dando as seguintes instruções: “Este é um teste de memória. Vou ler-lhe uma lista de palavras que deverá lembrar-se agora e mais tarde. Ouça com atenção. Quando eu terminar, diga-me todas as palavras que se lembra. Não importa a ordem que as diga. Marque no espaço reservado para cada palavra o desempenho do utente na primeira tentativa. Quando o utente indicar que terminou (lembrou-se de todas as palavras), ou que não se lembra de mais nenhuma palavra, leia a lista pela segunda vez com as seguintes instruções: “Vou ler-lhe a mesma lista pela segunda vez. Tente lembrar-se e diga-me todas as palavras que se lembra, incluindo palavras ditas da primeira vez.” Marque no espaço reservado para cada palavra o desempenho do utente na segunda tentativa. Ao final da segunda tentativa, informe o utente que lhe será pedido para resgatar essas palavras novamente, dizendo: “Vou pedir-lhe para se lembrar destas palavras novamente no final do teste.”

Pontuação: Não são dados pontos para as tentativas 1 e 2.

6. Atenção

Sequência de dígitos directo

Aplicação: Dê as seguintes instruções: “Vou dizer-lhe alguns números e quando eu terminar, quero que repita a ordem exacta em que eu os disse.” Leia a sequência de 5 números no intervalo de um dígito por segundo.

Sequência de dígitos indirecto

Aplicação: Dê as seguintes instruções: “Agora vou-lhe dizer mais alguns números porém, quando eu terminar deverá repeti-los na ordem inversa.” Leia a sequência de 3 números no intervalo de um dígito por segundo.

Pontuação: Atribuído um ponto para cada sequência repetida correctamente, (N.B.A resposta correcta para a tentativa inversa é 2-4-7).

Vigilância

Aplicação: O examinador lê a lista de letras no intervalo de uma por segundo, após dar as seguintes instruções: “Eu vou ler uma sequência de letras. Sempre que eu disser a letra A, bata a mão uma vez. Se eu disser uma letra diferente, não bata a sua mão.”

Pontuação: Dar um ponto se houver de zero a um erro (um erro é uma batida na letra errada ou uma falha na batida da letra A).

Sete Seriado

Aplicação: O examinador dá as seguintes instruções: “Agora vou-lhe pedir para que subtraia sete a partir de 100, e então siga subtraindo sete da sua resposta até eu lhe dizer que pare.” Dê esta instrução 2 vezes se necessário.

Pontuação: Atribua 1 ponto se o participante gerar 11 palavras ou mais em 60 segundos. Grave a resposta do participante no espaço ou ao lado.

Pontuação: Este item é pontuado com 3 pontos. Não atribua ponto (0) para uma subtracção incorrecta, 1 ponto para uma subtracção correcta, 2 pontos para duas a três subtracções correctas e 3 pontos se o participante fizer com sucesso quatro ou cinco subtracções correctas. Conte cada subtracção correcta de 7, começando de 100. Cada subtracção é avaliada independentemente; ou seja, se o participante responde com número incorrecto mas continua a subtrair correctamente 7 daquele número, dê um ponto para cada subtracção correcta. Por exemplo, o participante pode responder “92-85-78-71-64” quando o 92 é incorrecto, mas todos os números subsequentes são subtraídos correctamente. Este é um erro e o item deve receber a pontuação de 3.

7. Replicação de frase

Aplicação: O examinador dá as seguintes instruções: “Eu vou ler-lhe uma frase depois quero que repita, exactamente como eu disser: Eu sei que é o João que será ajudado hoje.” Após a resposta, diga: “Agora eu vou ler outra sentença. Repita-a depois de mim,

exactamente como eu disser [pausa]: o gato esconde-se sempre debaixo do sofá quando o cão está na sala.”

Pontuação: Atribua 1 ponto para cada sentença repetida correctamente, a repetição deve ser exacta. Esteja atento para erros que são omissões e/ou substituições/adições.

8. Fluência Verbal

Aplicação: O examinador dá a seguinte instrução: “Diga-me quantas palavras puder pensar que comecem com uma certa letra do alfabeto que eu lhe direi num minuto. Você pode dizer qualquer tipo de palavra que quiser, excepto nomes próprios (como Beto ou Bauru), números, ou palavras que começam com os mesmos sons porém com diferente sufixo, por exemplo, amor, amante, amando. Eu direi para parar após 1 minuto. Está pronto? [pausa] Agora, diga-me quantas palavras consegue pensar que começam com a letra F. [tempo de 60 segundos]. Pare”.

9. Abstracção

Aplicação: O examinador pede ao participante que explique o que cada par de palavras tem em comum, começando com o exemplo: “Diga-me a semelhança entre uma laranja e uma banana”. Se o sujeito responde de maneira concreta, diga uma vez: “Então agora enumere outra semelhança”. Se o sujeito não der a resposta apropriada (fruta), diga, “sim, e elas são ambas frutas” não dê nenhuma outra instrução ou esclarecimento.

Após o ensaio, diga: “Agora diga-me o que um comboio e uma bicicleta têm de semelhante”. Após a resposta, aplique a segunda tentativa dizendo: “Agora diga-me a semelhança entre uma régua e um relógio”. Não dê nenhuma instrução adicional ou dica.

Pontuação: Somente os últimos pares de itens são pontuados. Dê 1 ponto para cada par de itens respondidos correctamente. As seguintes respostas que são aceites; comboio-bicicleta = meios de transporte, meios de viajar; régua – relógio = instrumentos de medida, usados para medir. As seguintes respostas que não são aceites: comboio-bicicleta = eles têm rodas; régua - relógio = eles têm números

10. Evocação Tardia

Aplicação: O examinador dá as seguintes instruções: “Anteriormente li-lhe algumas palavras, as quais tinha pedido que se lembrasse. Agora quero que me diga quantas dessas palavras ainda se lembra.” Faça uma marca (✓) para cada uma das palavras lembradas correctamente espontaneamente sem nenhuma pista, no espaço alocado.

Pontuação: Atribua 1 ponto para cada palavra lembrada livremente sem nenhuma pista.

Opcional

Após a tentativa de evocação livre, dê dicas para o participante com a lista da categoria semântica abaixo para qualquer palavra não lembrada, faça uma marca (✓) no espaço alocado. Se o participante se lembrar da palavra com a ajuda da categoria ou da pista de múltipla escolha, dê dicas para todas as palavras não lembradas dessa maneira. Se o participante não se lembrar da palavra após a pista da categoria, dá-se-lhe a tentativa de escolha múltipla, usando a seguinte instrução como exemplo, “Qual das seguintes palavras pensa que era, nariz, rosto ou mão?”

Use a seguinte categoria e/ou pista de escolha múltipla para cada palavra, quando apropriado:

ROSTO pista de categoria: parte do corpo escolha múltipla: nariz, rosto, mão

VELUDO pista de categoria: tipo de tecido escolha múltipla: jeans, algodão, veludo

IGREJA pista de categoria: tipo de construção escolha múltipla: igreja, escola, hospital

MARGARIDA pista de categoria: tipo de flor escolha múltipla: rosa, margarida, tulipa

VERMELHO pista de categoria: uma cor escolha múltipla: vermelho, azul, verde

Pontuação: Não são atribuídos pontos para palavras lembradas com pista. A pista é usada somente como proposta para informação clínica e pode dar ao avaliador do teste informação adicional sobre o tipo de distúrbio da memória. Para deficits de memória com falha de resgate, o desempenho pode ser melhorado com a pista. Para deficits de memória com falha de registo, o desempenho não melhora com a pista.

11 . Orientação

Aplicação: O examinador dá as seguintes instruções: “Diga-me a data de hoje”. Se o participante não der a resposta correcta, então diga imediatamente:” Diga-me [o ano, mês, data exacta e o dia da semana]”.Então diga: “Agora diga-me o nome deste lugar e em que cidade fica”.

Pontuação: Atribua 1 ponto para cada item correctamente respondido. O participante deve dizer a data e local exactos (nome do hospital, sector, consultório). Não são atribuídos pontos se o sujeito comete erro de um dia para outro dia e a data.

Resultado Total: some todos os resultados listados à margem direita. Adicione 1 ponto para o indivíduo que possui 12 anos de escolaridade formal ou menos para um máximo possível de 30 pontos. O resultado total final de 26 ou acima é considerado normal.

Inventário de queixas da memória

Versão de: Escalas e testes na demência. – Grupo e estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências – Colaboração da UCB Pharma (Novartis Farma) – Produtos Farmacêuticos, 2003.

ESCALA DE QUEIXAS DE MEMÓRIA

Subjective Memory Complaints – (SMC)

TRADUÇÃO EM PORTUGUÊS, ORGANIZAÇÃO E AFERIÇÃO:

Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências
Sandra Ginó, Tiago Mendes, Filipa Ribeiro, Alexandre de Mendonça,
Manuela Guerreiro, Carlos Garcia
sandragino@gmail.com

ESCALA DE QUEIXAS DE MEMÓRIA

Subjective Memory Complaints – SMC

Schmand B, Jonker C, Hooijer C, Lindeboom J. 1996. Subjective memory complaints may announce dementia. Neurology, 46, 121-125

1. Tem queixas acerca da sua memória?

- 0 – Não
- 1 – Sim, mas sem importância
- 2 – Sim, com alguma importância
- 3 – Sim, com problemas

2. Já lhe disseram que o(a) acham esquecido(a)?

- 0 – Não
- 1 – Sim, por vezes
- 2 – Sim, frequentemente

3. Esquece com frequência nomes de pessoas da família ou de amigos?

- 0 – Não
- 1 – Sim, mas sem importância
- 2 – Sim, com alguma importância
- 3 – Sim, com problemas

4. Esquece-se frequentemente onde põe as coisas?

- 0 – Não
- 1 – Sim, mas sem importância
- 2 – Sim, com alguma importância
- 3 – Sim, com problemas

5. Costuma tomar apontamentos para não se esquecer das coisas?

- 0 – Não
- 1 – Sim, por vezes
- 2 – sim, frequentemente

6. A conversar costuma ter dificuldades em encontrar as palavras?

- 0 – Não
- 1 – Sim

7. Já alguma vez se perdeu perto de sua casa?

- 0 – Não
- 1 – Sim

8. Acha que anda a pensar mais devagar do que antes?

0 – Não

1 – Sim

2 – Sim, com problemas

9. Sente que as suas ideias por vezes ficam confusas (baralhadas)?

0 – Não

1 – Sim

2 – Sim, com problemas

10. Tem tido dificuldades em concentrar-se?

0 – Não

1 – Sim

2 – Sim, com problemas

A pontuação de cada item da escala varia de 0 (ausência de queixa) a 1, 2 ou 3 pontos, conforme a gravidade da queixa, podendo somar um máximo de 21 pontos.

Ponto de corte na população portuguesa: 3/4 (valor \leq 3: queixas sem relevância)

Inventário neuropsiquiátrico

Versão de: Escalas e testes na demência. – Grupo e estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências – Claboração da UCB Pharma (Novartis Farma) – Produtos Farmacêuticos, 2003.

Ver instruções de aplicação que existem na referência acima indicada

INVENTÁRIO NEUROPSIQUIÁTRICO

NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

Avaliação psicopatológica abrangente em pessoas com demência

Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. 1994.

The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology 44: 2308-14

Endereço para correspondência:

Jeffrey L. Cummings, MD
Reed Neurological Research Center
UCLA School of Medicine
710 Westwood Plaza
Los Angeles, CA 90095-1769
Tel.: (310)-206-5238
Fax: (310) 206-5287

Nome: _____ Data ____/____/____

Idade: _____ Sexo: ☒ M ☐ F Entrevistador (iniciais): _____Prestador de cuidados: conjuge ☐ filha(o) ☐ outro: _____Reside com o paciente: Sim ☐ Não ☐

Percentagem de assistência prestada pelo entrevistado: <25%; 25-50%; 50-75%; >75%

INVENTÁRIO NEUROPSIQUIÁTRICO

Universidade da Califórnia, Los Angeles (UCLA)

Idade	N/A	Não	Frequente (F)	Gravid. (G)	FxG	Desgaste
Manifestações neuropsiquiátricas						
Delírios	x	0	1 2 3 4	1 2 3	_____	1 2 3 4 5
Alucinações	x	0	1 2 3 4	1 2 3	_____	1 2 3 4 5
Agitação	x	0	1 2 3 4	1 2 3	_____	1 2 3 4 5
Depressão/disforia	x	0	1 2 3 4	1 2 3	_____	1 2 3 4 5
Ansiedade	x	0	1 2 3 4	1 2 3	_____	1 2 3 4 5
Euforia/elação	x	0	1 2 3 4	1 2 3	_____	1 2 3 4 5
Apatia/indiferença	x	0	1 2 3 4	1 2 3	_____	1 2 3 4 5
Desinibição	x	0	1 2 3 4	1 2 3	_____	1 2 3 4 5
Irritabilidade/labilidade	x	0	1 2 3 4	1 2 3	_____	1 2 3 4 5
Comportamento motor aberrante	x	0	1 2 3 4	1 2 3	_____	1 2 3 4 5
Nota total NPI					_____	_____
Alterações neurovegetativas	x	0	1 2 3 4	1 2 3	_____	1 2 3 4 5
Comportamento nocturno	x	0	1 2 3 4	1 2 3	_____	1 2 3 4 5
Apetite/alteração alimentar	x	0	1 2 3 4	1 2 3	_____	1 2 3 4 5

Diagnóstico: _____

MMSE: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Duração da doença: _____

Escolaridade: _____

Medicação: _____

Outros instrumentos

The Cambridge Cognitive Examination Revised (CAMCOG-R)

<http://www.scielo.br/pdf/anp/v67n2b/v67n2ba13.pdf>

The cognitive subscale of the “Alzheimer’s Disease Assessment Scale”

<http://www.scielo.br/pdf/%0D/bjmbr/v34n10/3928.pdf>

<http://www.bmj.sk/2000/10111-03.PDF>

Instrumentos para cuidadores.

Data _____

Identificação _____ Sexo; Grau de parentesco _____

1.6 INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DO CUIDADOR

Inventário do Fardo do Cuidador (IFC)

Veja uma lista de descrições do que as pessoas que cuidam de outras às vezes sentem.

Para cada enunciado indique com que frequência acontece sentir-se assim:

NUNCA,

1. Raramente (**Não na última semana**)
2. Algumas vezes (**1 ou 2 vezes na última semana**)
3. Frequentemente (**3 a 6 vezes na última semana**)
4. Quase sempre (**Diariamente**)

Não há respostas certas ou erradas.

Fonte: http://www.ciape.org.br/matdidatico/edgar/Livro_Aval_Mult_Idoso.doc

(Adaptação nossa a partir do Português do Brasil)

(IFC) Com que frequência acontece.....	0	1	2	3	4
1. Sentir que por causa do tempo dedicado ao cuidado do seu familiar não tem tempo suficiente para si?					
2- Sentir-se dividido entre os cuidados do seu familiar e as outras responsabilidades familiares ou de trabalho?					
3- Sentir-se colérico quando está na presença do seu familiar?					
4- Sentir que seu parente atrapalha suas relações com outros membros da família ou amigos?					
5- Sentir-se tenso quando está com o seu familiar?					
6- Sentir que a sua saúde se deteriorou por causa de sua implicação com o seu familiar?					
7- Sentir que não tem tanta privacidade quanto gostaria por causa do seu familiar?					
8- Sentir que a sua vida social se deteriorou por causa do cuidado que dedica ao seu familiar?					
9- Sentir que perdeu o controle da sua vida após a doença de seu familiar ?					
10- Sentir que não sabe bem o que fazer pelo seu familiar?					
11- Sentir que deveria fazer mais pelo seu familiar?					
12- Sentir que poderia oferecer melhores cuidados ao seu familiar?					
13- No final das contas, com que frequência acontece sentir que os cuidados ao seu familiar são um fardo, um peso, uma carga?					

Escala de Sobrecarga do Cuidador

ENTREVISTA DE ZARIT PARA A SOBRECARGA DO CUIDADOR

ZARIT BURDEN INTERVIEW

VERSÃO PORTUGUESA DE:

M. G. Pereira & M. Sobral (2006), autorizada pelo Autor:

gpereira.sm@fcm.unl.pt

margaridasobral@hmlmos.min-saude.pt

Existe outra versão portuguesa autorizada (Sequeira, Figueiredo & Barreto, 2007):

SEQUEIRA, C. (2007). O aparecimento de uma perturbação demencial e suas repercussões na família. Tese de Doutoramento, I.C.B.A.S. / Universidade do Porto, Porto.

A Escala de Sobrecarga do Cuidador (20 itens), traduzida e adaptada para a população portuguesa a partir da Burden Interview Scale (Zarit & Zarit, 1983) é também referida por Sequeira (2007).

ENTREVISTA DE ZARIT DE SOBRECARGA DO CUIDADOR ZARIT BURDEN INTERVIEW

Zarit, S.H., Reever, K.E., & Bach-Peterson, J. (1980).

Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. The Gerontologist, 20, 649-655.

Zarit, S.H., Todd, P.A., & Zarit, J.M. (1986).

Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. The Gerontologist, 26, 260-266.

Gonçalves Pereira, M. (2006).

Dados preliminares sobre a validação da Escala Burden Interview (ZARIT e col, 1985) em Portugal. In Resumos da 20ª Reunião do Grupo de Estudos do Envelhecimento Cerebral e Demências; Tomar

Gonçalves Pereira, M., Mateos, R. (2006).

Assessing family caregivers: a necessary step towards comprehensive interventions with families of the demented elderly. In Abstracts of the European Regional Meeting - International Psychogeriatric Association, Lisboa, 2006. Psiquiatria Clínica, suppl 1: p.47

Sobral, M., Silva, A.R. (2006).

"Care Program" to reduce the burden of care giving for elderly with dementia. In Abstracts of the European Regional Meeting - International Psychogeriatric Association. Lisboa, 2006. Psiquiatria Clínica, suppl 1: p. 77.

Instruções:

Segue-se uma lista de perguntas em relação com sentimentos ou ideias que as pessoas têm, por vezes, quando cuidam de um familiar doente. Por favor assinale, para cada pergunta, a resposta que melhor indica a frequência com que se sente dessa forma ou tem esses pensamentos ("nunca", "raramente", "algumas vezes", "bastantes vezes", "quase sempre", etc.). Não existem respostas certas ou erradas, só interessa o que melhor se aplica a si próprio(a). Muito obrigado.

1. Acha que o seu familiar pede mais ajuda do que ele(ela) realmente precisa?

☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre

2. Acha que não tem tempo suficiente para si próprio(a), devido ao tempo que tem de dedicar ao seu familiar?

☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre

3. Sente-se em "stress" por ter de se dividir entre o cuidar do seu familiar e as suas outras responsabilidades (trabalho/família)?

☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre

4. Sente-se envergonhado(a) com o comportamento do seu familiar?

☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre

5. Sente-se irritado(a) ou zangado(a) quando está com o seu familiar?

☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre

6. Acha que o seu familiar está presentemente a afectar, de forma negativa, a sua relação com outros membros da família ou com os seus amigos?
- ☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
7. Tem medo do que o futuro pode reservar ao seu familiar?
- ☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
8. Acha que o seu familiar está dependente de si?
- ☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
9. Sente-se em tensão quando está com o seu familiar?
- ☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
10. Acha que a sua saúde se tem ressentido por causa do seu envolvimento com o seu familiar?
- ☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
11. Acha que não tem tanta privacidade quanto desejaria, por causa do seu familiar?
- ☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
12. Acha que a sua vida social se tem ressentido por estar a cuidar do seu familiar?
- ☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
13. Sente-se desconfortável quando recebe visitas dos amigos, por causa do seu familiar?
- ☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
14. Acha que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pode contar?
- ☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
15. Acha que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar, tendo em conta todas as suas outras despesas?
- ☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
16. Acha que já não será capaz de continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?
- ☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
17. Sente que perdeu o controlo sobre a sua vida desde que a doença do seu familiar apareceu?
- ☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
18. Deseja que pudesse ser uma outra pessoa a cuidar do seu familiar?
- ☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre

19. Sente-se indeciso(a) quanto ao que fazer com o seu familiar?

☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre

20. Acha que devia estar a fazer mais pelo seu familiar?

☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre

21. Acha que podia cuidar melhor do seu familiar?

☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre

22. De uma maneira geral, de que forma se sente sobrecarregado(a) por estar a cuidar do seu familiar?

☐ absolutamente nada ☐ um pouco ☐ moderadamente ☐ muito ☐ muitíssimo

Cotação dos itens:

nunca/absolutamente nada=0

raramente/um pouco=1

algumas vezes/moderadamente=2

bastantes vezes/muito=3

quase sempre/muitíssimo=4

Nota: alguns trabalhos consideram cotação de 1 a 5

Outros instrumentos

Índice de avaliação das dificuldades do cuidador

Índice de satisfação do cuidador

Índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CAMI); Índice de satisfação do cuidador (CASI) (Brito, 2000; Sequeira, 2007); Escala de satisfação com o suporte social (Pais-Ribeiro, 1999).

BIBLIOGRAFIA

Abreu, S. S. E., & Caldas, C. P. (2008). Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: Um estudo correlacional entre idosas praticantes e idosas não praticantes de um programa de exercícios terapêuticos. *Revista Brasileira de Fisioterapia* [On line], 12 (4), 324-330. [Consult. 10-7-2009]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v12n4/a12v12n4.pdf>.

Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C. A. (1988). Cornell scale for depression in dementia. *Biological Psychiatry*, 23 (3), 271-284.

Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57, 421-426.

Alves, N. C., & Figueiras, M. J. (2008). Adaptação experimental da Escala de Queixas Subjectivas de Saúde para a população portuguesa. *Análise Psicológica*, 26 (2), 281-293.

Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J.-P., Mendlewicz, J., Tylee, A.-(2002). Gender differences in depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252 (5), 201-209.

Anthony, W. (2004). The principle of personhood: the field's transcendent principle. *Psychiatr Rehabil J*. 27:3, 205

Apóstolo, J. L. A. (2008). *O imaginário conduzido no conforto de doentes em contexto psiquiátrico*. Doctoral Dissertation. Porto, PT: Universidade do Porto.

Apóstolo, J. L. A., Rodrigues, M. A., & Olvera, J. P. - Evaluacion de los estados emocionales de estudiantes de enfermería. *Index de Enfermeria*, 56, 26-29. 2007.

Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C., & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (6), 863-871.

Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C., & Rodrigues, M. A. (2007). Propriedades psicométricas da Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse (DASS-21), numa amostra não clínica. *Revista Investigação em Enfermagem*, 15, 66-76

Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66.

Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 217-220). Lisboa: ISPA.

Ávila, R. (2003). Resultados da reabilitação neuropsicológica em paciente com doença de Alzheimer leve. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30 (4), 139-146.

Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 3 Série, 8 (4), 199-204.

Barroso, V. L. (2008). *Orfãos geriatras: Sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento: estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados* [On line]. [Consult. 10-7-2009]. Disponível: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>.

Bertolucci, P. H. F., Okamoto, I. H., Neto, J. T., Ramos, L. R., & Brucki, S. M. D. (1998). Desempenho da população brasileira na bateria neuropsicológica do Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (2), 80-83.

Blessed, G., Tomlinson, B. E., & Roth, M. (1968). The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. *British Journal of Psychiatry*, 114 (512), 797-811.

Brito, L. (2000). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos* [On line]. Dissertação de mestrado. Universidade do Porto, Faculdade de Medicina. [Consult. 10-9-2009]. Disponível: repositorio.up.pt/aberto/bitstream/10216/.../2524_TM_01_P.pdf.

Brooke, P., & Bullock, R. (1999). Validation of a 6 item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (11), 936-940.

Cameron, I. D., & Kurrle, S. (2002). Rehabilitation and older people. *Medical Journal of Australia*, 177 (7), 387-391.

Cassis, S. V. A., Karnakis, T., Moraes, T. A., Curiati, J. A. E., Quadrante, A. C. R., Magaldi, R. M. (2007). Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. *Revista da Associação Medicina Brasileira* [On line], 53 (6), 497-501. [Consult. 09-09-2009]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n6/a15v53n6.pdf>.

Chaves, M. (2009). *Testes de avaliação cognitiva: Mini-exame do estado mental* [On line]. [Consult. 10-8-2009]. Disponível: http://cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf.

Cole, M. G. , Dendukuri, N. (2003). Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*, 160 (6), 1147-1156.

Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand*, 113 (5), 372-87.

Duarte, Y. A. O. (2006). Estratégias de atenção à saúde da pessoa idosa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [On line]. [Consult. 10-8-2009]. Disponível: http://www.saude.sp.gov.br/resources/geral/agenda/pdfs/evento_idoso-4_de_marco-fsp-yeda_duarte-profa_escola_de_enfermagem-parte_2.pdf.

Duarte, Y. A. O., Andrade, C. L., & Lebrão, M. L. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola Enfermagem da USP*, 41 (2), 317-325.

Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.

Ferreira, P. L., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: Implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência.

Galera, C., & Fuhs, C. C. L. (2003). Memória visuo-espacial a curto prazo: Os efeitos da supressão articulatória e de uma tarefa aritmética. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (2), 337-348.

Ginarte-Arias, Y. (2002). Reabilitación cognitiva: Aspectos teóricos y metodológicos. *Revista de Neurologia*, 35 (9), 870-876.

Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências (2003). *Escalas e testes na Demência*. Colaboração da UCB Pharma (Novartis Farma) – Produtos Farmacêuticos.

Hamdan, A. C., & Bueno, O. F. A. (2005). Relações entre controle executivo e memória episódica verbal no comprometimento cognitivo leve e na demência tipo Alzheimer. *Estudos de Psicologia*, 10 (1), 63-71.

Holderbaum, C. *et. al.* (2006). A Intervenção cognitiva para pacientes portadores de demência do tipo Alzheimer. In M.A.M.P. Parente, *et. al.* *Cognição e envelhecimento* (pp. 258-273). Porto Alegre: Artmed.

Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W. L., Coben, L. A., & Martin R. L. (1982). A new clinical scale for the staging of dementia. *British Journal of Psychiatry*, 140, 566-572.

Instituto Nacional de Estatística. (2004). *Projeções de Portugal residente, Portugal e NUTSII: Decréscimo e envelhecimento da população até 2050*. Lisboa: INE.

Jacinto, A. (2008). *Alterações cognitivas em pacientes atendidos em ambulatório geral de clínica médica* [On line]. Tese de doutoramento. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. [Consult. 10-9-2009]. Disponível: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5138/tde-12012009-172647/>.

Katz, S., & Akpom, C. A. (1976). A measure of primary sociobiological functions. *International Journal of Health Service*, 6 (3), 493-508.

Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185(12), 914-919.

Katzman, R., Brown, T., Fuld, P., Peck, A., Schechter, R., & Schimmel, H. (1983). Validation of a short orientation-memory concentration test of cognitive impairment. *American Journal of Psychiatry*, 40 (6), 734-739.

Lawton, M. P., & Brody, M. H. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9 (3), 179-186.

Lojudice, D. (2005). *Quedas de idosos institucionalizados: Ocorrência e factores associados* [On line]. [Consult. 10-7-2009]. Disponível: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-04102006-140850>.

Lopes, M. V. O., Araujo, M. F. M., & Moraes, G. R. (2006). Avaliação do grau de dependência nas actividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará. *Acta Paulista Enfermagem* [On line], 19 (2), 201-206. [Consult. 10-7-2009]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a12v19n2.pdf>.

Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40 (4), 712-719.

Maia, A. L. G., Godinho, C., Ferreira, E. D., Almeida, V., Schuh, A., Kaye, J., & Chaves, M. (2006). Aplicação da versão brasileira da escala de avaliação clínica da demência (Clinical Dementia Rating - CDR) em amostras de pacientes com demência. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 64 (2b), 485-489.

Martinez, J. A. B., Brunherotti, M. A., Assis, M. R., & Sobreira, C. F. R. (2006). Validação da escala motora funcional EK para a língua portuguesa. *Revista da Associação Médica Brasileira* [On line], 52 (5), 347-351. [Consult. 29-8-2009]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n5/a24v52n5.pdf>.

Mata, F. A. F., Barros, A. L. S., & Lima, C. F. (2008). Avaliação do risco de queda em pacientes com doença de Parkinson. *Revista de Neurociências*, 16 (1), 20-24.

Melo, M. B. (2008). *Impacto da estimulação cognitiva sobre o desempenho de idosos com demência de Alzheimer em tarefas de memória lógica e recordação livre* [On line]. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília. [Consult. 6-7-2009]. Disponível: http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=4361.

Mendonça, A., & Guerreiro, M. (Coords.) (2007). *Escalas e testes na demência*. Lisboa: Novartis.

Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde - Orientações estratégicas para 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde.

MMSE (Adaptação portuguesa) (1993). Lisboa: Laboratório de Estudos do Centro Egas Moniz, Hospital de Santa Maria.

Montaño, M. B. M., & Ramos, L. R. (2005). Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Revista de Saúde Pública*, 39 (6), 912-927.

Morris, J. (1993). The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology*, 43 (11), 2412-2414.

Morris, J. N., Fries, B. E., Mehr, D. R., Hawes, C., Phillips, C., Mor, V., Lipsitz, L. A. (1994). MDS Cognitive Performance Scale. *Journal of Gerontology*, 49 (4), 174-182.

Morris, J. **et al.** (1989). The Consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD). *Neurology*, 39, 1159-1165.

Nunes, B. (2008). *Envelhecer com saúde: Guia para melhorar a sua saúde física e psíquica*. Lisboa: Lidel.

Nunes, B. & Pais, J. (2006). *Doença de Alzheimer. Exercícios de estimulação* (Vol. 1). Lisboa: Lidel.

Nunes, B., & Pais, J. (2007). *Doença de Alzheimer. Exercícios de estimulação* (Vol. 2). Lisboa: Lidel.

Oliveira, R., Cacho, E. W. A., & Borges, G. (2006). Post-stroke motor and functional evaluations: A clinical correlation using Fugl-Meyer assessment scale, Berg balance scale and Barthel index. *Arquivo Neuro-Psiquiátrico* [On line], 64 (3b). Consultado. [Consult. 10-7-2009]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v64n3b/31610.pdf>.

Organização Mundial da Saúde (1992). *The ICD-10. Classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines* [On line]. [Consult. 14-12-2006]. Disponível: www.who.int/entity/classifications/icd/en/bluebook.pdf.

Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança* [On line]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. [Consult. 21-9-2006]. Disponível: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>.

Organização Mundial da Saúde. (2003). *Mental health in the WHO European region* [On line]. [Consult. 21-9-2006]. Disponível: <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0303e.pdf>.

Organização Mundial da Saúde. (2006). *Mental health: Facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference* [On line]. [Consult. 23-08-2007]. Disponível: <http://www.euro.who.int/document/E87301.pdf>.

Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39 (6), 918-923.

Pereira, C. (2006). A recuperação do utente após AVC: Que prognóstico? *EssFisioOnline*, 2 (4), 38-49.

Peskind, E. R., & Raskind, M. A. (1999). Transtornos cognitivos. In Edward W. Busse & Dan G. Blazer (Eds.), *Psiquiatria geriátrica* (Maria Rita Secco Hofmeister & Dayse Batista, trad., 2ª. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 23 (10), 433-441.

Pfeiffer, R. I., Kurosaki, T. T., Harrah, C. H., Jr., Chance, J. M., & Filos, S. (1982). Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology*, 37 (3), 323-329.

Porto, S. L. (2006). *A escala de avaliação de demência (DRS) no diagnóstico de comprometimento cognitivo leve e doença de Alzheimer* [On line]. Tese de doutoramento. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. [Consult. 10-8-2009]. Disponível: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5138/tde-31102006-150108/>.

Prencipe, M. et al. (2003). Prevalence of non-dementing cognitive disturbances and their association with vascular risk factors in an elderly population. *Journal of Neurology*, 250 (8), 907-912.

Radovanovic, C., & Alexandre, N. (2002). Desenvolvimento de um instrumento para avaliar a movimentação e transferência de clientes: Um enfoque ergonômico. *Revista Escola Enfermagem USP* [On line], 36 (3), 231-239. [Consult. 10-7-2009]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n3/v36n3a03.pdf>.

Ribeiro, A. P. A. M. (nd). *Hemisférios cerebrais e sua relação com o equilíbrio em AVC's* [On line]. Porto: Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Porto. [Consult. 28-8-2009]. Disponível: http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/content_files/cms/pdf/pdf_fb7b9ffa5462084c5f4e7e85a093e6d7.pdf.

Ribeiro, J., & Ribeiro, L. (2003). Estudo de validação de uma escala de auto-conceito físico para homens jovens adultos. *Análise Psicológica* [On line]. [Consult. 10-7-2009]. Disponível: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v21n4/v21n4a02.pdf>.

Santana, I. (2005). A doença de Alzheimer e outras demências. In A. Castro-Caldas & A. de Mendonça (Eds.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 61-81). Lisboa: Lidel.

Santos, A. (2007). *Valor dos instrumentos de avaliação do risco de queda em idosos com fibrilhação atrial* [On line]. [Consult. 15-5-2009]. Disponível: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5131/tde-12022008-132620/>.

Santos, A. P., Ramos, N. C., Estêvão, P. C., Lopes, A. M. F., Pascoalinho, J. (2005). Instrumentos de medida úteis no contexto da avaliação em fisioterapia. *Re(habilitar) – Revista da Escola Superior de Saúde do Alcoitão* [On line], 1, 131-156. [Consult. 10-7-2009]. Disponível: http://www.essa.pt/revista/docs/n_1/Re_habilitar_1_6.pdf.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

Silva, A., Almeida, G. J. M., Cassilhas, R. C., Cohen, M., Peccin, M. S., Tufik, S., Mello, M. T. (2007). Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. *Revista Brasileira de Medicina e Esporte* [On line], 14 (2), 88-93. [Consult. 10-7-2009]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v14n2/01.pdf>.

Sousa, C., Oliveira, S., Marques, T., & Apóstolo, J. L., (in press). *Mobilidade, avaliação do risco e prevenção de quedas em idosos*. Referência. Resumos do II Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa.

Souza, M. C., Tutiya, G. C., Jones, A., Lombardi, I., Jr., Natour, J. (2008). Avaliação do equilíbrio funcional e qualidade de vida em pacientes com espondilite anquilosante. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 48 (5), 274-277.

Souza, P. S., Falcão, J. T. R., Leal, C. C., Marino, J. G. (2007). Avaliação do desempenho cognitivo em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [Online], 10 (1), 29-38. [Consult. 10-7-2009]. Disponível: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000100003&lng=pt&nrm=iso.

Steffens, D. C., Skoog, I., Norton, M. C. et al. (2000). Prevalence of Depression and Its Treatment in an Elderly Population 1: *Arch Gen Psychiatry*. 57 (6), 601-607

Tinetti, M. E. (1986). Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *The Journal of the American Geriatric Society*, 34 (2), 119-126.

Verissimo, M. T. (1988). *Avaliação Diagnóstica dos síndromes demenciais: Escala de depressão geriátrica*. Porto: Serviço de Neurologia do Hospital S. João do Porto.

Yesavage, J. A. (1988). Geriatric depression scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 709.

Yesavage, J. A., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37-49.

Steffens, D. C., Skoog, I., Norton, M. C. et al. (2000). Prevalence of Depression and Its Treatment in an Elderly Population 1: *Arch Gen Psychiatry*. 57 (6), 601-607

Tinetti, M. E. (1986). Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *The Journal of the American Geriatric Society*, 34 (2), 119-126.

van't Veer-Tazelaar PJ, van Marwijk HW, van Oppen P, van Hout HP, van der Horst HE, Cuijpers P, Smit F, Beekman AT. (2008). Depression in old age (75+), the PIKO study. *J Affect Disord*. 106 (3), 295-259.

Wells, K., Sherbourne, C. (1999). Functioning and utility for current health of patients with depression or chronic medical conditions in managed, primary care practices. *Arch Gen Psychiatry*, 56 (10), 897-904.