

VISITA

DOMICILIÁRIA

Margarida Sotto Mayor
Carlos Sequeira
Gorete Reis

Visita domiciliária das pessoas mais velhas com doença mental

Margarida Sotto Mayor | Gorete Reis

A visita domiciliária em enfermagem psicogeriatrica é uma alternativa de qualidade em serviços de saúde e constitui a oportunidade de acompanhamento de pessoas idosas com doença mental e de seus cuidadores em contexto comunitário. Em alguns locais, os enfermeiros integram equipas multidisciplinares, deslocam-se a casa dos doentes, identificam prioridades em saúde e sinalizam situações de risco.

A necessidade de fazer face às mudanças sociais e de saúde

A necessidade de fazer face às crescentes exigências na procura de saúde, - na sequência das presentes alterações demográficas (Christensen, 2013), dos atuais padrões de morbilidade, dos elevados gastos com a saúde e da conseqüente necessidade de redução da despesa pública por parte do Estado, - levou a que se agilizasse o sistema de saúde e se conduzisse esta responsabilidade de cuidar, cada vez mais, para as famílias. Os familiares - alguns por opção, outros por não terem oportunidade de escolha -, tendem a cuidar dos seus doentes em casa, constituindo-se eles próprios como um novo grupo de risco - também ele alvo de investigação e de atenção por parte dos profissionais de saúde mental.

Com um conhecimento profundo e experiente destas realidades e tendo como referência a necessidade de avaliação e intervenção multidimensional, enfermeiros generalistas e especialistas, de diversas áreas da saúde mental, integrados nas equipas multidis-

ciplinares, deslocam-se a casa, identificam prioridades em saúde, planeiam intervenções, executam e avaliam essas intervenções, permitindo, assim, a continuidade terapêutica, num contexto mais próximo da realidade familiar. Isto implica planeamento, avaliação e execução de visita domiciliária, segundo um plano de cuidados maior e onde se enquadra a avaliação multidimensional.

A avaliação multidimensional

A avaliação multidimensional da pessoa incluída num programa de visita domiciliária constitui a base fundamental da planificação dos cuidados (Rosário, 1999), já que permite identificar o potencial das pessoas envolvidas, objetivar problemas de saúde, conhecer o seu impacto no próprio idoso e nos familiares e permite, assim, planear ações orientadas para a melhoria da condição clínica.

Os indicadores demográficos atuais não deixam dúvidas. O envelhecimento da população é um fenómeno mundial em contínua expansão e Portugal segue as mesmas alterações do resto do mundo. Em 2050, na União Europeia, aproximadamente 30% da população terá 65 ou mais anos de idade (em 2009 a percentagem era de 17,2%) e 11% terá 80 ou mais anos (WHO, 2002). Em Portugal, na mesma altura, 32% da população terá 65 ou mais anos de idade (em 2011 representava apenas 19,2%) (INE, Censos 2012).

É atualmente indiscutível que uma boa saúde representa um importante recurso que beneficia todos os setores da sociedade, e por isso essencial para o desenvolvimento económico e social, constituindo, portanto, uma preocupação vital para todas as pessoas, famílias e comunidades (Lopes, Mendes, & Escoval, 2014). A estratégia delineada pelos Ministros da Saúde Europeus no plano de ação até 2020 (WHO, 2013), engloba a ideia de sistemas de saúde mentais compreensivos, integrados e eficientes. Atualmente em Portugal ainda há pessoas com doença mental que não recebem tratamento (Lopes et al., 2014). As pessoas viverão mais, num estado de saúde de maior fragilidade e vivendo em diferentes cená-

rios de cuidados, estão predispostas para problemas multifatoriais que requerem intervenções multidimensionais.

A visita domiciliária de Enfermagem no contexto psicogeriátrico

A visita domiciliária de enfermagem visa reduzir o estigma associado às doenças mentais e, numa ótica de rede, desenvolver um conjunto de atividades em casa, que facilitem a inclusão social e promovam a ligação aos cuidados de saúde comunitários, agindo, para tal, em parceria. As atividades mais desenvolvidas em visita domiciliária são fundamentalmente centradas na monitorização do estado clínico da pessoa doente, na deteção de necessidades específicas e na realização de otimização do cuidado prestado ao doente, visando potenciar os recursos sociofamiliares disponíveis.

Os estudos mostram que à idade avançada se associam uma maior fragilidade, comorbidade, incapacidade ou dependência (Fried et al, 2004; Jagger et al, 2009; Napalkov, 2004; Walter et al, 2006; Zhao et al, 2010), acompanhadas de perdas nos domínios físico, psicológico, e social, com repercussões adversas e potenciadoras de síndromes geriátricas (Fried et al, 2004; Gobbens et al, 2010; Zhao et al, 2010). A intervenção de enfermagem neste contexto contribui para uma avaliação/intervenção multidimensional, fazendo um diagnóstico precoce de cada caso, no sentido de reduzir o número de pessoas que necessitam de internamento hospitalar ou sofrem mortalidade precoce.

Consentâneas com a homogeneidade do diagnóstico encontrado na população considerada, surgem situações de demência, de que as principais atividades de avaliação identificadas se centram na monitorização do binómio autonomia funcional/estado mental. Outras há também, associadas ao estado clínico do doente, de que se destaca a identificação de fatores de risco. A avaliação orientada para o contexto familiar em que o idoso se encontra inserido, é uma das prioridades do primeiro momento de visita, avaliação que é

depois transversal na continuidade dos cuidados porque, como se sabe, o contexto é menos mutável que o estado clínico do doente.

Depois das atividades de avaliação global – em que se faz a caracterização social da família, se identifica o suporte social e se fica a compreender minimamente quem é a família, como vive, de que vive, que relação tem com o doente, quem é o cuidador principal e como sente esse cuidado, entre outras informações de importância relevante -, as atividades seguintes estão mais orientadas para a intervenção. Estas assentam especialmente na figura do cuidador, sobre o qual se atua, no sentido de promover condições otimizadas de cuidado, através de atividades de formação, esclarecimento de dúvidas e de suporte emocional.

A visita domiciliária afirma-se, neste contexto, como um meio singular no diagnóstico precoce da sobrecarga e do adoecer do cuidador, devendo ser consideradas as potencialidades do domicílio como espaço terapêutico privilegiado para uma maior promoção do autocuidado do cuidador, a par de atividades formativas e informativas.

O encaminhamento dos doentes para outras estruturas de saúde e sociais surge como uma atividade também de destaque, que ilustra a necessidade e preocupação de rentabilizar os recursos de atenção à pessoa, no sentido de um cuidado mais eficaz.

Com efeito, a deteção de situações de risco e posterior reencaaminhamento para os recursos da comunidade, designadamente para o especialista de medicina familiar, ilustram o grande esforço no estabelecimento de uma ótica de rede, no apoio à pessoa mais velha e, nesse contexto, sugere-se a sua sistematização num protocolo de avaliação-intervenção que inclua o planeamento, execução e avaliação, tornando mais fácil o acesso à informação e, consequentemente, à reelaboração do plano.

Esse protocolo necessita de ter, como primeira informação a recolher, as atividades relacionadas com o planeamento da visita; isto é, antes de qualquer decisão ou intervenção, está subjacente a

necessidade de se conhecer qual o técnico previsto para a visita domiciliária e qual o seu quadro de referência profissional. Cada técnico tem uma resposta especializada, além de contribuir, de modo eficaz, para uma visita mais global.

É de referir que os aspetos que se prendem com a orientação religiosa e sexual da pessoa doente a quem se prestam cuidados são importantes; isto para se compreender toda a sua dinâmica e enquadramento familiar e social.

Domínios de intervenção de Enfermagem psicogeriátrica no domicílio

Em contexto comunitário, sugere-se a identificação de três domínios centrais de atuação dos enfermeiros no domicílio:

(1) Avaliação do estado mental, independência funcional do idoso, autonomia, controlo da terapêutica, rede comunitária de apoio e estado de saúde do cuidador;

(2) Detecção de situações de risco (pessoais e ambientais) e conhecimento de estratégias de reenaminhamento da diáde para outras estruturas de saúde, e

(3) Educação para a saúde.

Expõe-se todavia a necessidade de uma reflexão permanente em torno das práticas de visita dos enfermeiros, nomeadamente junto da figura do cuidador, para que elas sejam facilitadoras da melhoria da intervenção. Estas práticas assentam especialmente na figura do cuidador, com o qual se atua, no sentido de promover condições otimizadas de cuidado, através de formação, esclarecimento de dúvidas e de suporte. As intervenções psicossociais no domicílio, podem também ser preventivas, visando estilos de vida saudáveis, a promoção da sociabilidade, o empoderamento dos familiares cuidadores - no fazer ouvir a sua voz e reconhecer as suas necessidades -, criando respostas diversificadas na comunidade: de novas

aprendizagens, de práticas de voluntariado, de desenvolvimento de nichos culturais significativos e que integrem o contributo essencial das pessoas mais velhas.

Ajudar as pessoas a reencontrar as suas capacidades menos exploradas é uma oportunidade para qualquer enfermeiro que faça visita domiciliária, porque ajuda as pessoas a exercitarem as competências, a exercerem a cidadania, a serem avós, a terem oportunidade de ser também companheiros e amigos, a atualizarem projetos significativos que contribuam quer para o seu bem-estar, quer para o bem-estar da comunidade.

Avaliação funcional e cognitiva

A avaliação funcional pode ter por base o EASYcare (EC), que é um instrumento que avalia de forma uniformizada as necessidades das pessoas idosas (fornece um perfil de necessidades e prioridades relativos aos cuidados) e que está disponível virtualmente (<http://www.easycare.org.uk>). A utilidade da sua aplicação é avaliar as necessidades e problemas do utente, relativamente à (in)dependência nas ABVD e AIVD. Foi construído com base em instrumentos consistentes e validados (Índice de Barthel, Índice de Katz, SF-36, Escala de Depressão Geriátrica, teste de diminuição cognitiva), conjugando numa escala os itens mais preditivos, relativos às várias dimensões da qualidade de vida e do bem-estar da pessoa idosa (Philp, 2000).

Trata-se de um instrumento de autoavaliação que pretende avaliar capacidades (aptidão de um indivíduo para a execução de uma tarefa ou ação) e não o desempenho (execução). No entanto, tendo em conta as situações clínicas das pessoas visitadas e muitas vezes a impossibilidade de recolher dados fidedignos perante o doente identificado, a avaliação pode ser realizada e obtida pela informação fornecida pelo cuidador.

No contexto de visita domiciliária de enfermagem, podem usar-se apenas o índice de Katz ou o índice de Barthel (Collins, Wade,

Davies, & Horne, 1988) pois, embora estes instrumentos sejam substancialmente diferentes, servem, com boa acessibilidade, os propósitos da avaliação funcional em casa, uma vez que a restante avaliação integrada no EASYcare (EC) é facilmente percebida no contexto interativo que a visita domiciliária em enfermagem proporciona.

O EC avalia aspetos mais gerais relacionados com ouvir, ver, fazer-se entender, beber ou engolir (aspeto muito importante nos doentes com processos demenciais), aprecia a perceção que o próprio tem do seu estado de saúde e como se sente em relação a isso, e refere também a casa como objeto de avaliação. Tem uma parte que avalia as atividades básicas de vida diária e as atividades instrumentais de vida diária e inclui os problemas fisiológicos da eliminação. A pontuação deste instrumento vai de zero a noventa e nove e as pontuações mais elevadas indicam maior incapacidade. Como não tem um ponto de corte definido usa-se como referência a avaliação feita pela equipa. Tal facto pressupõe critérios, na sua apreciação, evitados de subjetividade; porém, a experiência profissional rapidamente ajuda a esclarecer esta subjetividade. Apesar daquele constrangimento, está indicado efetuarem-se avaliações multidimensionais das pessoas idosas, que conduzam ao conhecimento do seu estado funcional e de saúde física e mental, propiciadores de intervenções precoces de estimulação e manutenção das suas capacidades.

Os aspetos da deterioração cognitiva

A avaliação mental tem como referência os itens do Mini Mental (Guerreiro et al., 1994); este é um instrumento que possibilita uma avaliação breve do estado mental, sobretudo nos itens da orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. É contudo de referir que as pessoas em programa de visita domiciliária já passaram por este primeiro filtro de avaliação, o que significa que o recurso ao mini mental só é feito nos

novos casos ou nas situações que se considerem duvidosas em relação ao cuidador.

No contexto de domicílio interessa ao enfermeiro perceber como está a orientação alopsíquica, autopsíquica, espacial e temporal; embora outros itens possam contribuir para a avaliação mental. Nestes insere-se a utilização de acontecimentos do dia-a-dia: o tempo das sementeiras, os santos populares, a calendarização das consultas médicas, bem como o tipo, forma e dose de medicamentos a tomar. Estes são recursos muito simples que permitem fazer a avaliação mental da pessoa, de modo discreto.

Em casa, a avaliação tem de ser flexível e ajustada ao contexto físico, familiar e social de cada pessoa; por isso deve usar-se para avaliação o modo de funcionar do dia-a-dia, por ser mais real. Esta estratégia permite, também, fazer a apreciação da interação da díade cuidador/idoso, de modo implícito, tranquilo, sem criar dificuldade nem momentos de tensão, nocivos para a relação profissional que se estabelece num contexto que não é neutro; porém, nunca será demais lembrar o carácter técnico-científico das visitas e a necessidade de reflexão, tendo por base a utilização de alguns instrumentos validados para a população portuguesa (Sequeira, 2010).

Trata-se de acompanhar a pessoa idosa que vive um período de crise, relacionado com o envelhecimento biológico, psicológico e social. Aqui incluem-se os processos demenciais, a viuvez e a experiência de solidão, a depressão e o potencial suicídio, a aposentação não planeada e as suas consequências, a emergência médica resultante das síndromes geriátricas como as quedas, a imobilidade, os quadros confusionais ou a própria institucionalização, nem sempre planeada e aceite. Vários destes diagnósticos aparecem interligados mais do que independentes e aumentam, por acumulação, o risco psicológico. A esta vivência está também associada a sintomatologia depressiva, que pode ser alvo de cuidados dos enfermeiros em visita domiciliária.

A sintomatologia depressiva das pessoas mais velhas

A presença de perturbação mental nas pessoas mais velhas, especificamente associada à diminuição cognitiva e em particular ao diagnóstico de demência, apresenta uma relação significativa com a incapacidade funcional, sendo a incapacidade maior nos indivíduos com maior diminuição cognitiva. Contudo, muitas vezes necessitamos de distinguir se estamos em presença de um processo demencial que cursa com sintomatologia depressiva (e o prognóstico será substancialmente diferente) ou se estamos perante uma pessoa que tem sintomatologia depressiva sem qualquer deterioração cognitiva. É uma avaliação urgente para que este diagnóstico não se prolongue no tempo, com as consequências nefastas a isso associadas.

Assim, o enfermeiro em visita domiciliária, aciona o conjunto de conhecimentos e mobiliza a estratégia que considerar melhor, de acordo com o seu quadro de referência, para perceber o que está em causa; isto é, se se trata de uma pessoa que tem défices cognitivos e está a deprimir, ou se, pelo contrário, a pessoa não parece apresentar défices cognitivos. De qualquer modo, através do conteúdo do seu discurso, avaliará se não estará presente alguma característica que possa evidenciar o surgimento de potencial depressão. Alguns sintomas são comuns à depressão e à demência. A restrição do campo de interesses, a redução da atividade e da interação social, a lentificação psicomotora que pode tocar as raízes do apragmatismo e até uma agitação psicomotora, pertencem à semiologia comportamental tanto da demência quanto da depressão. A utilização de um instrumento de medida como a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) permite esclarecer a situação (Yesavage e col., 1983).

No caso das pessoas mais velhas, por vezes, a sintomatologia depressiva não é a principal evidência de depressão mas sim as alterações de comportamento, a perda de apetite, as ideias ruminativas de prejuízo e de pobreza que não têm correspondência com a realidade objetiva. É raro uma depressão levar a um défice cognitivo maior; além do mais, os distúrbios mnésicos têm a ver com os

processos de recuperação e a depressão poupa a memória indicada e não há intrusão na rememoração prorrogada, nem falsos reconhecimentos (Gil 2012).

O contexto de visita não só é favorável ao esclarecimento do diagnóstico por parte dos enfermeiros, como permite perceber se há outros fatores que se conjugam para que a pessoa apresente determinado comportamento, nomeadamente a presença de potenciais maus tratos.

No caso de se estar em presença de confusão mental, onde habitualmente não existia, é preciso desconfiar de outros processos de doença que possam criar condições de flutuação da vigília, distúrbios da atenção, perplexidade ansiosa e onirismo, perturbações e até inversões do ritmo sono vigília. Tudo isto pode ser alheio ao diagnóstico de demência e ser objeto de distorção ou de confusão por parte dos familiares que podem atrasar o pedido de ajuda para esclarecimento da situação. A avaliação do caso clínico atempadamente pode impedir que este evolua de forma irreversível e, simultaneamente, pode securizar aqueles que rodeiam a pessoa e que também sofrem com a sua condição clínica.

O enfermeiro na visita domiciliária, porque vai conhecendo aqueles que acompanha, pode ser fator de desenvolvimento dos próprios familiares e cuidadores, no sentido em que, face a quadros patológicos como estes, pode habilmente fazer o encaminhamento para outros profissionais de saúde. Esta é uma das suas principais funções: intervenção diagnóstica e de filtro, para o encaminhamento para outros profissionais.

Neste contexto, os enfermeiros fazem intervenções de formação/informação que visam promover a autonomia dos cuidadores, reforçar as suas capacidades e competências, apoiar no acesso a ajudas técnicas adequadas e personalizadas, ajudar a desenvolver um ambiente seguro e protetor e, globalmente, a melhorar o desempenho do papel de cuidador. No fundo, um adequado planeamento das intervenções que reconheça o envelhecimento diferencial das populações e que integre a ideia de que as pessoas man-

têm seletivamente algumas capacidades, enquanto outras se deterioram - provavelmente em função das doenças cardiovasculares, da educação e do nível ocupacional, com tradução no conhecimento das respostas institucionais para as idades mais avançadas - permite, por um lado, resolver o problema de cada pessoa ou familiar em particular e, por outro, contribuir para o despertar da sociedade civil para as novas necessidades que as alterações demográficas fazem sentir. Este desejado despertar da sociedade civil pode levar os enfermeiros a terem necessidade de ajustar as suas práticas de consulta (ou de visita) para melhor servir as populações do futuro.

Nas suas práticas - e logo nesta tarefa de acompanhamento de diversas famílias com modos de enfrentamento diferente para abordar a realidade - os enfermeiros vêem-se, muitas vezes, perante situações de sobrecarga que estão relacionadas com as alterações de comportamento da pessoa doente, com o desconhecimento que os cuidadores têm do processo de doença e com o modo como lidam com as situações mais ou menos disruptivas. Do amplo espectro de problemas apresentados pelos cuidadores de pessoas com doença mental, destacam-se as dificuldades pessoais, familiares, económicas e sociais, as quais são frequentemente acompanhadas da percepção de que os profissionais de saúde não estão cientes das suas reais vivências e da implicação destas no bem-estar pessoal e na globalidade das suas próprias vidas (Sotto Mayor, Ribeiro, & Paúl, 2008). À semelhança de outros estudos, estes cuidadores tomam regularmente medicamentos para dormir e um número elevado considera a sua saúde fraca. Este dado, segundo Zanetti, Frisoni e Bianchetti (1998), pode estar relacionado com sintomatologia depressiva, para a qual muitas pessoas fazem tratamento. Alguns assumem que não têm capacidade para o desempenho do papel de cuidador, alegando falta de conhecimento do seu papel ao nível das atividades básicas de vida diária e das dificuldades na colaboração a prestar ao idoso. Enfrentam contendas diárias que se prolongam no tempo e, com isso, arrastam um mal-estar recíproco que acaba por promover a destruição das relações pessoais e familiares e agrava a deterioração cognitiva do doente identificado.

O trabalho dos enfermeiros em casa, incide na desconstrução destas vivências e na explicitação da etiologia associada aos comportamentos disruptivos ou problemáticos, para que as pessoas doentes sejam aceites com as características do seu adoecer. Importa tornar sereno o que se apresenta tumultuoso, daí a necessidade de números tão elevados de ações de suporte ao cuidador. Trata-se de encorajar o cuidador a alterar padrões distorcidos de pensamento acerca da doença do seu familiar, para que possa perceber melhor o que se passa quando este se torna mais agressivo e para que consiga assim aceitar as suas características com as inerentes perturbações. Requer ajudar a pessoa a viver o luto do familiar com quem sempre viveu até aí sem qualquer défice, para aceitar uma outra pessoa agora com défice cognitivo e com alterações de comportamento.

Engloba ajudar o cuidador a perceber e a identificar as situações que espoletam os comportamentos-problema por parte do familiar doente, para assim os compreender, dentro daquele contexto patológico, levando-o a deixar para trás a ideia de que o idoso cuidado age para lhe causar prejuízo. Funciona como uma mudança de pensamento irracional para pensamento racional. Ele não tem aquele comportamento “porque é mau, sempre foi mau” mas porque tem uma doença que lhe afeta, por exemplo, o lobo frontal (local onde se realiza boa parte do controlo da agressividade). Esta ajuda realizada por enfermeiros, quando sistematizada e aceite, vai produzir ganhos em saúde, na medida em que reduz objetivamente a vivência de crise, melhorando o ambiente familiar. E fica assim claro que há necessidade de alguns cuidadores se afastarem temporariamente da responsabilidade de cuidar, para cuidarem de si próprios. Ninguém consegue cuidar de outra pessoa com harmonia, se estiver em sofrimento e em luta consigo próprio. Esta indispensabilidade de afastamento é também reconhecida por outros investigadores, que indicam a utilidade de períodos de descanso e de alívio da tarefa de cuidar (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004; Sequeira, 2010; Sotto Mayor, 2008).

Em muitos casos, mostra-se positiva a aproximação e envolvimento de outros familiares. Ajudar na reorganização familiar de apoio ao doente a cuidar pode ser benéfico na medida em que reduz sobrecarga de alguns membros e de certo modo funciona como uma fonte de alívio. Nestes casos, ajuda fornecer informação técnica simplificada e de acordo com o caso clínico daquela pessoa, com aquelas características em particular, para facilitar a aproximação ao cuidado.

Esta intervenção requer planeamento e avaliação contínua do trabalho relacional realizado, sendo necessário que o enfermeiro reinicie o processo de reestruturação das ideias acerca das alterações de comportamento do familiar, melhorando deste modo o *coping* de alguns membros cuidadores. Num *continuum* de trabalho, enquanto promove a expressão de pensamentos e sentimentos positivos ou negativos acerca do cuidado daquela pessoa, valida a necessidade de descanso do cuidador principal, mesmo que por curtos períodos. Simultaneamente, vai registando o evoluir das alterações da pessoa doente e do seu sentir acerca de cada situação vivida, e, como técnico de referência privilegiado, informa os membros da equipa de saúde. Alterações de comportamento, alterações da personalidade, perturbações do sono, associados com a progressiva dependência funcional e cognitiva, são múltiplos aspetos para a intervenção no contexto da família. Assim, o enfermeiro integrado num programa de visita domiciliária é um elemento chave que produz ganhos em saúde.

Trata-se, portanto, de ajudar as pessoas a encontrar caminhos que apontem para a realização de gestos e de tarefas que deem sentido à vida e que preservem a vontade de a usufruir. É assim, de promover a saúde mental na sua globalidade.

Caso clínico

Os profissionais de saúde, no seu dia-a-dia encontram situações de dependência que estão relacionadas com a instalação de doenças

nerológicas progressivas mas também se verificam outros casos em que a sobrecarga objetiva e subjetiva, ou o adoecer psiquiátrico levem a que a pessoa se esqueça de si próprio e progressivamente abandone o seu cuidado tornando-se num doente em situação de dependência que urge diagnosticar e cuidar.

Baseados na prática clínica, apresenta-se de seguida um caso de estudo que envolve uma família de três idosos, vivendo numa comunidade rural, com o objetivo de elucidar a trama que pode envolver o envelhecimento normal com as múltiplas vivências relacionadas com a prestação de cuidados, em situação de crise.

Abordagem multidimensional

Com uma abordagem multidimensional integrada percebe-se a intervenção/avaliação de uma equipa multidisciplinar no contexto do adoecer de um cuidador de pessoa com doença mental. As fontes de informação para elaborar e discutir o diagnóstico são: o processo clínico (relatos, instrumentos, notas de evolução), as bases de dados de visitas domiciliárias e pequenos extratos de entrevistas não estruturadas com a equipa assistente deste caso clínico.

Um cuidador de pessoa com demência

Tratou-se de um homem de 73 anos, Sr. H. M., cuidador de pessoa que padecia de demência, seguida por equipa multidisciplinar de um hospital psiquiátrico. Era reformado, tinha a 4^a classe, tinha trabalhado sempre no campo. Mostrava sinais evidentes de sobrecarga. Apresentava sintomatologia depressiva compatível com o diagnóstico de depressão. No discurso estava presente a ideação suicida. Pediu ajuda à equipa multidisciplinar e ao Pároco da sua freguesia.

Da esposa, Sr.^a L., sabemos que era uma senhora de 73 anos, casada, tinha a 4^a classe, era doméstica, tinha demência de etiologia vascular em estágio moderado, era dependente nas atividades

instrumentais e parcialmente dependente nas atividades de vida diária. Não aderiu à toma da terapêutica e estava a viver grandes períodos de insónia. Frequentemente apresentava alterações de comportamento, sendo disruptiva. Vivia com o cônjuge e com uma irmã com ligeira debilidade. Tinham uma relação familiar e conjugal problemática. Recentemente, numa ida ao serviço de urgência, tinham-lhe diagnosticado uma infeção urinária.

Para se compreender melhor a situação patológica do Sr. H. M. consultaram-se os antecedentes clínicos da Sr.^a L. e dele extraíram-se alguns dados que puderam, em certa medida, explicar a sobrecarga evidenciada no contexto de consulta.

A Sr.^a L. era seguida nesse hospital psiquiátrico por apresentar síndrome demencial. Enviada pelo Centro de Saúde, recorreu aos serviços especializados por apresentar défices cognitivos, alterações de comportamento. Apresentava insónia grave, não aderiu à toma da terapêutica, nem admitia a ajuda de ninguém para melhorar o seu funcionamento doméstico. Não tinha consciência mórbida. Apresentava também desinibição sexual acusando o seu marido (atual cuidador) de cometer adultério com a irmã que consigo habitava. A doente, a irmã e o marido viviam numa zona rural e o cuidador constatou que a população da comunidade envolvente, desconhecendo os antecedentes psicopatológicos da mulher, estava contra si, julgando que este tinha cometido adultério o que tornava muito difícil a permanência do cuidador em lugares públicos. Esta repudiava também a irmã que, por isso, vivia dias amargurados.

Na sequência do regular seguimento prestado pelo serviço psiquiátrico, através de entrevista semiestruturada na Consulta de Enfermagem de apoio ao cuidador, detetou-se que este homem tinha um discurso de ruína, sem esperança, uma atitude corporal depressiva, corpo curvado, olhar baço e perdido. Falava colocando a cabeça entre as mãos enquanto verbalizava: “tenho vontade de acabar com isto”, (...) “não presto para nada” (...) “não consigo ser o homem da minha mulher” (...) “toda a vida fui fiel, sou religioso mas Deus abandonou-me” (...) “se eu morrer alguém há-de resolver

o caso dela...” (sic). “Esta ideia consome-me e alivia-me, não sei o que hei de fazer” (sic).

O cansaço do cuidador

Este cuidador, exausto, apresentava sintomatologia depressiva, tinha perdido cerca de 10 kg em 6 meses. No seu discurso eram dominantes as acusações à esposa e a dificuldade de enfrentar a comunidade. Percebiam-se sentimentos de desvalorização e de culpa. Alguma ansiedade, maior irritabilidade e secura de boca, estava lentificado, fazia tentativas sucessivas de humedecer a boca através de movimentos contínuos da língua. Rosto abatido referia desmotivação e cansaço. Deixou de fazer pequenas tarefas na comunidade, iniciou perturbações do sono, sofria de adinamia, tinha deixado de frequentar a Igreja o que veio a despoletar o interesse do Pároco da terra que rapidamente veio em seu auxílio.

Para avaliar a situação pessoal do cuidador, o Sr. H. M., foram recolhidos dados dos instrumentos habitualmente utilizados pelos técnicos de saúde: a entrevista clínica semiestruturada, com apoio da folha de consulta de enfermagem, instrumento de diagnóstico e de intervenção com cuidadores informais; o QASCI de Martins, T; Ribeiro, JLP; Garrett, C (2003) para a Avaliação do Impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal; e o questionário de sintomatologia depressiva CES-D de Gonçalves e Fagulha (2004). Os aspetos da funcionalidade foram retirados do EASYcare (EC) que é um instrumento que avalia de forma uniformizada as necessidades das pessoas idosas (fornece um perfil de necessidades e prioridades relativas aos cuidados), disponível a nível Europeu (<http://www.easycare.org.uk>). A avaliação social foi recolhida da informação registada com a escala de Gijon que avalia a situação sociofamiliar. O protocolo de admissão tinha também alguns dados que se consultaram e que forneceram subsídios para melhor compreensão do quadro clínico, facilitando a análise e fornecendo material que permitiu analisar os dados relativos ao seguimento da doente em regime de ambulatório.

A consulta do processo clínico permitiu colher um conjunto de informações relativas a instrumentos utilizados para a avaliação do Sr. H. M. e remetia também para o processo clínico da Sr.^a L., referenciando o Sr. H. M. como cuidador principal e mencionando a sua ida ao hospital naquela condição. Através da técnica de análise de conteúdo de documentos, passo a passo, percebeu-se o que levou o Sr. H. M. ao hospital. A base de dados de visita domiciliária referia um conjunto de visitas realizadas pela equipa de ambulatório que permitiu contextualizar o aparecimento da doença e o seguimento da doente identificada pela equipa assistente.

Da análise de conteúdo realizada ao processo clínico, à base de dados de visita domiciliária e da auscultação da equipa assistente, tratou-se de um idoso que cuidava da esposa a quem tinham em tempo diagnosticado um processo demencial. O atendimento a esta pessoa, no hospital psiquiátrico, resultou da sua condição de cuidador. Pelo que foi dado analisar, o primeiro contacto efetuado pelo Sr. H. M. foi na Consulta de Enfermagem, e a fonte de dados que informou o processo clínico terá sido a pessoa do próprio cuidador. Assim, os dados indicaram que da história familiar do Sr. H. M. consta que foi o último de uma fratria de 10 irmãos, não sendo vivo nenhum deles.

Oriundo de uma família de agricultores (História Progressa), cedo os filhos abandonavam a escola para ajudar os pais no campo, com ar triste dizia: “era trabalho duro de sol a sol e sem tempo para chorar” (...). “Todos contribuíam para ajudar a pôr o pão na mesa” (sic).

Nem todos fizeram a escolaridade obrigatória e o Sr. H. M. foi, dentre os mais novos, o que terá tido um maior apoio dos irmãos. Dizia que “sempre foi frágil. Aprendia bem na escola, mas levantava-se muito cedo para ordenhar o gado e só depois seguia para a escola onde por vezes adormecia” (...) “Levei muitas reguadas mas gostava da escola e lá brincava muito” (sic).

Foi o único dos irmãos que não fez o serviço militar obrigatório porque nessa altura a família apresentava um foco de tuberculose.

O tempo em que passou “a sua infância era de muita pobreza e a guerra tinha levado tudo”. O registo indicava: “estava sempre na fila para comprar comida...éramos muitos” (sic).

“Homem de poucos sorrisos entendia-se bem com os seus irmãos (...) era por eles protegido (...) não tinha muitos amigos porque, o trabalho também não deixava”. Com facilidade ia a baixo (...) bastava um ano mau (...) com poucas novidades para ficar cismento (sic). Sabia que viviam da terra e que um mau ano agrícola punha a família rabugenta (...) Sempre teve dificuldade de confrontar a família com a diferença de opinião e “nunca respondia (...) sabia que não era muito forte e que muitas vezes os males espreitam” (sic).

Casou ainda jovem, segundo referiu, porque estava farto daquela vida e tinha conhecido a Sr.^a L. que tinha umas terras suas, ali ao lado e que prometia uma vida melhor...(sic).

Sem antecedentes psiquiátricos registados. “Por vezes tomava uma medicação fortificante para passar melhor os períodos maus, sobretudo nos tempos em que ficava mais triste (...) Mas nunca foi ao Psiquiatra...” (sic).

Como antecedentes médicos tinha hipertensão, alguns problemas na coluna lombar e cervical e nas mãos apresentava artroses que lhe provocavam dores. A história da doença atual, o motivo da sua vinda ao hospital psiquiátrico, tinha a ver com a doença da sua esposa. Cuidava da esposa havia já 6 anos e de uma cunhada e essa condição tinha-lhe dado acesso a essa consulta.

Explorada a história pessoal e familiar do Sr. H. M. estava-se agora em melhores condições para compreender o plano de intervenção da equipa multidisciplinar e as ações levadas a cabo pelos diferentes membros do grupo para cuidar do casal de idosos que em conjunto com a sua familiar (cunhada) passavam por uma situação de crise.

Surgiu assim a indicação no processo clínico de uma primeira reunião de equipa, de emergência. “Combinamos entre nós como poderíamos rapidamente agilizar o apoio ao Sr. H. M. uma vez que conhecíamos bem a doente sua esposa” (equipa). Dessa reunião resultou um plano de trabalho, sendo visível a intervenção técnica e o posicionamento de cada profissional face ao caso em análise.

Plano de intervenção

- a) Avaliar a sobrecarga do Sr. H. M.;
- b) Avaliar a sintomatologia depressiva;
- c) Avaliar aspetos funcionais;
- d) Requerer assistência intrainstitucional de outro médico psiquiatra para seguimento do cuidador;
- e) Planear o internamento da Sr.^a L.
- f) Rever os apoios sociais da família e contactar apoios comunitários.
- g) Avaliar psicologicamente o Sr. H. M.;
- h) Marcar sessões de terapia cognitivo-comportamental, em hospital de dia, pelo serviço de psicologia com o objetivo de acompanhar o Sr. H. M.;
- i) Planear acompanhamento do casal (doente identificada e seu cuidador) com um enfermeiro, durante as visitas à Sr.^a L, no período de internamento, em hospital, com o objetivo de ajudar a interação social em contexto protegido.
- j) Planear visitas domiciliárias com a equipa de ambulatório, para acompanhar a familiar do casal.
- k) Falar com serviço social da freguesia de residência para agilizar contratações para alimentação e higiene;

- l) Estabelecer contacto com o Pároco da Igreja Matriz

Objetivos a atingir:

- a) Estabilizar quadro clínico da Sr.^a L.
- b) Compensar a doente do ponto de vista psicopatológico e promover a adesão à terapêutica
- c) Proporcionar alívio ao Sr. H. M.
- d) Iniciar tratamento do Sr. H. M.
- e) Apoiar o Sr. H. M. na situação psicopatológica em que se encontrava
- f) Estabilizar situação social do casal
- g) Apoiar a familiar que permanecia na comunidade

Dessa reunião evidenciam-se também objetivos terapêuticos para o cuidador:

- a) Promover a adesão à terapêutica;
- b) Melhorar o humor;
- c) Reduzir/eliminar a ideação suicida;
- d) Aumentar autoestima;
- e) Restabelecer o padrão de sono do cuidador;
- f) Promover reinserção comunitária.

Foram definidas as técnicas de intervenção utilizadas pela equipa, quer no caso do Sr. H. M. como também no caso da Sr.^a L. que já era seguida pela equipa de ambulatório. No acompanhamento psicológico do Sr. H. M., o psicólogo planeou utilizar as terapias cognitivo-comportamental e escuta ativa, sobretudo nos aspetos

relacionados com algumas crenças de saúde que dificultavam a utilização de mecanismos de *coping* que gerassem menos desgaste pessoal e que permitissem uma gestão da situação mais equilibrada do ponto de vista familiar. A estratégia de intervenção no internamento com a Sr.^a L., uma vez que se tratava de uma pessoa com processo demencial e, no momento, com episódio de infeção do trato urinário, foi centrada na satisfação das necessidades básicas (alimentar, higienizar, eliminar). Investiu-se também na redução dos efeitos do processo infeccioso, no padrão tradicional de comportamento desta doente. O seu comportamento tinha-se alterado muito e esta alteração foi “a gota de água” que faltava a este cuidador para ficar fragilizado e impotente perante a situação da esposa. Assim, como a doente permanecia muito confusa, os registos indicavam numa primeira fase o recurso diário à terapia da validação e quando a doente começou a atenuar o processo confusional tornaram-se evidentes as sessões de estimulação multissensorial efetuadas por uma terapeuta e por um enfermeiro, com o objetivo de preservar alguns dos processos cognitivos ainda intactos.

Dos vários objetivos traçados pela equipa assistente, para fazer face à situação do Sr. H. M., o primeiro objetivo (promover a adesão à terapêutica da parte do cuidador) foi atingido a curto prazo e os primeiros dias de intervenção mostraram-se fundamentais para a continuidade do tratamento. Este objetivo foi conseguido e trabalhado nos períodos de visita, particularmente quando o Sr. H. M. vinha visitar a esposa.

O serviço social tinha planeado o apoio comunitário à cunhada do Sr. H. M., contactando uma empresa de fornecimento de refeições e de limpeza da casa. Tentou-se também manter o terceiro elemento da família, a irmã da doente, em contexto comunitário, com o mínimo de perturbação possível, enquanto se resolvia a situação de saúde do casal. Esta recebia visitas semanais da equipa de ambulatório. Simultaneamente, a estratégia seguida pela equipa assistente, aquando das visitas do Sr. H. M. à sua esposa, internada no hospital, foi aproveitar esse tempo de presença previamente planeado para trabalhar com o cuidador a importância da ade-

são à terapêutica e o relativizar dos efeitos sentidos e os medos associados à toma dos antidepressivos. Através da psico-educação procurou-se transmitir informação necessária para compreender o efeito da farmacoterapia e a importância de aderir ao tratamento.

O segundo objetivo (melhorar o humor do Sr. H. M.) foi sendo progressivamente atingido. Esta alteração teve uma melhor fase ao fim de 10 a 15 dias com a regularização concomitante do padrão de sono e, com o efeito do antidepressivo que habitualmente se faz sentir, entre a segunda e a terceira semanas. Entrou depois numa fase de melhoria mais lenta em que o Sr. H. M. apresentava-se com um rosto mais aberto à interação social e com uma expressão menos carregada deixando de parecer que carregava o mundo às costas. As dores iam também diminuindo. As articulações pareciam suportar melhor as mudanças que o tempo teimava em lembrar...

Paralelamente ao internamento da Sr.^a L. decorriam as sessões de psicoterapia cognitivo-comportamental com o Sr. H. M.. Começou por se estabelecer um contrato terapêutico, onde se enquadravam as regras da psicoterapia, a focalização em objetivos mínimos numa relação terapêutica colaborativa, mas com uma atitude terapêutica ativa e uma especial atenção ao ritmo das sessões e ao planeamento contínuo de tarefas. Cada sessão iniciava-se com a revisão do tema proposto para casa e com a discussão de dúvidas, caso as houvesse. Seguiam em tudo a concretização do tratamento adaptado noutras etapas do desenvolvimento, naturalmente com alguns ajustes de ritmo e flexibilidade. Os registos indicavam algumas paragens na sequência de verbalizações de noites mal dormidas ou de maior cansaço no início da manhã. Aqui pôde-se verificar a flexibilidade na intervenção da equipa assistente que ia ajustando os tempos de atuação em função da pessoa que tinha em tratamento. Os tempos dos mais idosos, entre outras coisas, são diferentes também nas psicoterapias. Tratava-se de uma pessoa que apresentava um quadro depressivo, com perturbações do sono, manifestando sobrecarga objetiva (dado que tinha a cargo uma pessoa com demência em estadio moderado), por isso, havia que evitar pesadas sessões ou momentos que fizessem a pessoa sentir

se constrangida. O processo terapêutico seguia duas linhas orientadoras: mudar percepções ou distorções cognitivas acerca de si próprio e da própria doença da mulher e simultaneamente ajudar a aprender a lidar com a sobrecarga, tomando posições alternativas como o relaxamento e a adoção de comportamentos alternativos para lidar com a problemática da demência, presente no seio da família. O questionamento socrático era frequentemente utilizado e ajudava muito nas evidências de um pensamento menos realista.

Os objetivos de melhorar a autoestima do cuidador e da redução da ideação suicida eram, no dizer da equipa, fulcrais para o encontro saudável consigo próprio. Esta equipa reconheceu esta etapa como importantíssima para a evolução do quadro psicopatológico. A autoestima é uma importante componente da saúde psicológica e frequentemente acompanha vários distúrbios psiquiátricos. Por isso mesmo as sessões de psicoterapia incidiam na importância de valorizar-se a si próprio para poder melhor integrar os papéis que habitualmente desenvolvia na comunidade local o que veio a verificar-se. Era necessário estabelecer confiança, demonstrar uma atitude de aceitação, mostrar disponibilidade, gerir adequadamente os silêncios, escutar o Sr. H. M., permitindo-lhe a expressão verbal de sentimentos, percepções e medos. Interpretar as suas mensagens verbais e não-verbais, tudo isto com o objetivo de o fortalecer e o devolver à comunidade e à família.

O caminho para a reintegração comunitária foi quase natural e resultou da melhoria verificada no apoio psicoterapêutico efetuado ao Sr. H. M.. Com a psicoterapia, foi a oportunidade de alguém se centrar em si próprio, enquanto pessoa e não enquanto cuidador, e isto, produziu melhoras na sua autoestima. Aprendeu por um lado a lidar com a sua doença e por outro a encontrar formas de lidar agilmente com as situações de stresse do quotidiano que interferiam no seu bem-estar. Deste modo, permitiu-se um melhor enfoque no futuro e não tanto numa ruminação sobre o seu passado. Fruto da reestruturação cognitiva procurou-se mudar os pensamentos negativos ou irracionais do Sr. H. M. por pensamentos positivos ou mais racionais. O discurso tornou-se mais positivo. "Há muito

que não chorava (...) já sou capaz de dizer que a vida corre mal sem ficar com a vida tão atarracada” (sic). Há medida que o tempo ia passando, a postura física indicava um homem mais seguro de si, retomava a firmeza de um homem do campo e o abandono da figura cabisbaixa. As melhorias foram progressivamente observadas à medida que o cuidador recuperava a confiança em si próprio e o progresso do seu nível de desempenho diário era observado. Retomava as tarefas de cuidado habituais. “É tempo de meter as sementes na terra Sr. Dr.” (sic). Regressava ao modo de vida anterior e preocupava-se agora com as lides da terra. Via os velhos projetos com outro olhar. Conseguia traçar metas a atingir e objetivos mais realistas. Metia na terra algumas sementes e progressivamente sentia-se melhor. Enquanto isso, desdramatizava a sobrecarga que vivia, para começar a entendê-la, no âmbito de uma fragilidade que estava a desenvolver no contexto de um luto antecipado e da vivência de solidão. Sentia que tinha perdido a companhia de uma vida, mas, agora, a situação começava a ser compreendida. A reciprocidade que norteia uma relação de casal esvaziara-se no contexto do adoecer e sem partilha de emoções, afetos e projetos de vida restava uma relação unívoca.

O fim do processo psicoterapêutico foi gradual. A pouco e pouco o Sr. H. M., mais seguro de si, perguntava pela esposa: “Sabe melhoras da minha senhora Sr. Dr.? É que tenho saudades dela, tenho andado entretido nas lides e, queria vê-la... (sic)” Menos centrado em si próprio, sentindo-se melhor, recuperava o papel de cuidador, já que o de marido estava agora mais apagado, e começava a fazer parte da comunidade de onde se tinha sentido excluído pela doença da esposa. Era pesada a acusação que ela tinha deixado sobre si próprio, pois não era um homem adúltero e não queria sê-lo perante a comunidade.

O regresso à frequência da Igreja, aos mercados agrícolas e às pequenas mercearias da zona rural onde habitava, antes vedado pelo seu próprio sentir e pela distorção cognitiva que o progressivo adoecer lhe tinha causado, era agora possível. A aceitação à nova situação da esposa, mais fragilizada e dependente, fazia parte dum

quadro psicopatológico que ele começava a tolerar melhor e a compreender que esta mulher, apesar de ser a mesma pessoa com quem tinha casado, era agora outra. Não podia partilhar dos seus desejos, ser cúmplice de algumas pequenas alterações do seu quotidiano, porém continuava a precisar dos seus cuidados e afetos disso dependendo o seu equilíbrio e a sua própria vida.

A irmã da sua esposa, que continuava a vida diária com o apoio das estruturas comunitárias, era já aceite nas visitas ao hospital e o Sr. H. M. podia relatar sem dificuldades como tinha sido o seu dia de “ontem” e o que pretendia fazer em prol da família. Essas atividades e as pessoas com quem as fazia já não tinham a força da discórdia nem apresentavam a forma rude de uma alteração de pensamento que qualifica “um homem bom” como um adúltero. A extinção progressiva da perturbação de pensamento que assolava a Sr.^a L. ajudou muito na melhoria do Sr. H. M. e agora mais facilmente podiam abordar nas suas conversas do dia-a-dia as questões que os afastaram ao mesmo tempo que trocavam afetos. O sucesso da intervenção resultou da sua abrangência e multidisciplinaridade. Estes resultados foram também progressivamente atingidos com a abordagem social estendida à figura do Pároco que desde logo se mostrou disponível para acolher o fiel devoto e o fazer retomar os seus rituais de crente fazendo-o sentir-se melhor na sua própria comunidade.

O caso continua em aberto. As indicações da equipa assistente no pós alta sugerem um acompanhamento domiciliário ao casal de idosos e os apoios comunitários estão ativos. O Sr. H. M. retomou a sua vida normal, a indicação para a Sr.^a L. frequentar o Centro de Dia está a ser trabalhada porém, esta, ainda não aceitou sair do seu “cantinho” nem permitiu ainda que o marido fizesse a sua inscrição no respetivo centro, por isso a equipa decidiu dar mais tempo a quem precisa.

Discussão e comentários finais

O caso clínico apresentado, pelas componentes que apresenta, sugere um diagnóstico compatível com uma depressão que se foi instalando progressivamente, num homem com uma personalidade prévia de alguma fragilidade, introversão, sentimentos de inferioridade e *coping* desajustado. Assoberbado de trabalho pelas lides domésticas, pela vida rude do campo, acrescentado da prestação de cuidados, cedo experimentou a perda e o luto familiar. De uma fratria de 10 irmãos, viveu a morte de todos eles. No acompanhamento pessoal que fazia da esposa, foi-se apercebendo do agravamento progressivo que esta apresentava, iniciando uma vivência de luto antecipado, que tomou proporções incontroláveis à medida que o processo infeccioso, que a perturbava, mostrou um estado delirante que punha em causa toda a segurança de uma relação que tinha sido esteio das perdas familiares antes verificadas. Era insustentável viver naquela comunidade com a dor de perder a companheira de toda uma vida. Antes morrer, agora que Deus o tinha abandonado. Com uma história desenvolvimental de infância, de adolescência e de vida adulta carregada de perdas, precocemente perdeu todos os irmãos, enfrentava agora diariamente a perda da esposa que à medida que se desenrolava a involução característica da demência perdia cada vez mais as possibilidades de interagir e de ser a esposa com quem partilhou toda a sua vida desde muito novo. Com uma história ocupacional e educacional pobre e com a única familiar com quem vivia com reduzida capacidade intelectual, enfrentava agora uma situação de crise onde se percebia que a solidão experimentada formava a base para a alteração de humor que o faria deprimir.

Este caso clínico reúne várias das questões comuns a um processo de envelhecimento secundário (com patologia) em que circunstâncias individuais e de contexto evoluem insidiosamente para uma situação de depressão que se instala na vivência solitária de um papel, também ele cada vez mais frequente, de prestador de cuidados a um cônjuge com um quadro evolutivo de demência, a exigir cada vez mais cuidados, numa relação desigual em que não

há retribuição atual de afetos. Os contextos familiares extravasam para a comunidade que continua a não reconhecer e valorizar devidamente os esforços físicos, psicológicos e mesmo financeiros dos que assumem, de forma mais ou menos voluntária e consciente, o papel de cuidadores principais. Sem suporte social e especializado muitas destas situações de evolução patológica do envelhecer, numa perspetiva quer individual quer familiar, vivem desancoradas e incapazes de resolver a crise em que se vêm mergulhados, imersos na solidão dos seus sentimentos numa vivência dolorosa e sofrida que exige atenção e investimento profissional focado.

Os estereótipos sobre o ser velho e o envelhecer, a falta de investimento na formação de profissionais capazes de responder aos desafios de uma faixa crescente da população, constituída por pessoas mais velhas conduzem com frequência ao fracasso em identificar estes sofrimentos e reabilitar estas situações de crise que urge modificar.

Olhar o desenvolvimento/envelhecimento dos indivíduos como um processo ao longo da vida, com crises e potencialidades de mudança é essencial para que os profissionais de saúde assumam um postura pró-ativa na intervenção junto dos mais velhos, investindo na sua recuperação e/ou melhoria de qualidade de vida.

Referências bibliográficas

Christensen, M. (2013). An exploratory study of staff nurses' knowledge of delirium in the medical ICU: An Asian perspective. *Intensive & Critical Care Nursing: The Official Journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 61. doi:10.1016/j.iccn.2013.08.004

Collins, C., Wade, D. T., Davies, S., & Horne, V. (1988). The Barthel ADL Index: a reliability study. *International Disability Studies*, 10, 61-63.

Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). *Adaptação à população portuguesa*

na tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). Coimbra: Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia.

Lopes, M., Mendes, F., & Escoval, A. (2014). *Saúde Síndrome da Negação Relatório de Primavera 2014*. (M. Lopes, F. Mendes, & A. Escoval, Eds.) (p. 141). Lisboa, Évora.

Reeves, A., McKee, M., Basu, S., & Stuckler, D. (2014). The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 115(1), 1-8. doi:10.1016/j.healthpol.2013.11.008

Sotto Mayor, M., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2008). Satisfacción percibida en el cuidado de ancianos. *Gerokomos*, 19(3).

Bressan, L. A., Junior, A. P. B., Rodrigues, R. A. P., Franco, B. B., Silva-Filho, J. H., & Vale, F. A. C. (2008). P3-462: Aspects related to the burden of caregivers of dementia patients in a tertiary outpatient clinic. *Alzheimer's and Dementia*, 4, Supplement 1(4), T657.

Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J. W. (2009). Ageing populations: the challenges ahead. *The Lancet*, 374(9696), 1196-1208.

Collins, C., Wade, D. T., Davies, S., & Horne, V. (1988). The Barthel ADL Index: a reliability study. *International Disability Studies*, 10, 61-63.

Garcés, J., Carretero, S., Ródenas, F., & Vivancos, M. (2009). The care of the informal caregiver's burden by the Spanish public system of social welfare: A review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, In Press, Corrected Proof.

Lage, I. (2007). Questões de género e cuidados familiares a idosos. *Nursing*, 217, 40-43.

Leuschner, A. (2005). Os auxílios disponíveis: Os serviços de saúde mental In A. Castro Caldas & A. Mendonça (Eds.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa. Porto. Coimbra: Lidel.

Marques, S. C. L. (2006). *Cuidadores informais de doentes com AVC*. Coimbra: Coimbra.

McCurry, S. M., LaFazia, D. M., Pike, K. C., Logsdon, R. G., & Teri, L. (2009). Managing Sleep Disturbances in Adult Family Homes: Recruitment and Implementation of a Behavioral Treatment Program *Geriatric Nursing*, 30(1), 36-44.

McCurry, S. M., Logsdon, R. G., Teri, L., & Vitiello, M. V. (2007). Sleep disturbances in caregivers of persons with dementia: Contributing factors and treatment implications. *Sleep Medicine Reviews*, 11(2), 143-153.

Ramos, M. (2005). *Crescer em stress*. Porto.

Ribeiro, O. & Paúl, C. (2006). *Demência de Alzheimer e cônjuges cuidadores: homens em perspectiva*. *Revista Psychologica*, 42, 71-87.

Selwood, A., Johnston, K., Katona, C., Lyketsos, C., & Livingston, G. (2007). Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), 75-89.

Sotto Mayor, M., Varandas, I., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2005). *Domiciliary intervention in psychogeriatrics*. Paper presented at the The 18th Congress of the International Association of Gerontology. from <http://www.onlinereg.ru/gerontology>

Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.