



**PATRICIA NEVES
FERREIRA**

**Centro de Dia e Lar: Saúde mental de idosos e
capacidade para o trabalho dos seus cuidadores
formais**



**PATRICIA NEVES
FERREIRA**

**Centro de Dia e Lar: Saúde mental de idosos e
capacidade para o trabalho dos seus cuidadores
formais**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para
cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de
Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação
Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica do
Doutor Carlos Fernandes da Silva, Professor catedrático do
Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

O Júri

O presidente

Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
Professora Associada C/ Agregação, Universidade de Aveiro

Professora Doutora Maria de Fátima de Jesus Simões
Professora Associada Com Agregação, Departamento de Psicologia e
Educação da Universidade da Beira Interior

Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva
Professor Catedrático, Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Este é um espaço especialmente dedicado a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que este percurso fosse possível. A todos eles deixo aqui o meu sincero agradecimento.

À minha família que mesmo em tempos difíceis me apoiou tanto financeiramente como emocionalmente.

Aos meus amigos e namorado que foram incansáveis colaboradores e confidentes, apoiando em todos os momentos.

À minha melhor amiga Mestre Elisa Gabriel Eusébio Novo que foi a minha força nos momentos de desânimo e cansaço.

Ao Prof. Doutor Carlos Fernandes da Silva pela disponibilidade e apoio ao longo da construção desta tese.

Às instituições que me permitiram desenvolver este estudo.

Aos idosos sempre disponíveis e carinhosos.

Aos cuidadores formais que abdicaram de alguns dos seus momentos de descanso para colaborar.

A todos os que desencorajaram constantemente o meu trabalho e que acabaram por me dar ainda mais força nesta caminhada.

Palavras-Chave:

Idoso; cuidador formal; institucionalização; estado mental; depressão; capacidade para o trabalho.

Resumo:

O Envelhecimento da população é uma realidade cada vez mais presente na nossa sociedade. A investigação junto da população idosa e dos seus cuidadores requer que sejam criadas condições para que, estes grupos, possam usufruir de uma boa qualidade de vida.

Propõe-se analisar a capacidade de trabalho dos cuidadores formais de idosos em contexto institucional mas com modalidades de trabalho distintas, no Centro de Dia, onde praticam um horário diurno e fixo, em paralelo com o horário por turnos rotativos diurnos/noturnos praticados no Lar. Foi proposto também analisar o estado mental dos idosos dessas mesmas instituições.

A amostra deste estudo contou com 90 participantes dos quais 50 idoso e 40 cuidadores formais.

Utilizou-se para a recolha de dados com os idosos o MMSE – Mini-Mental State Examination e a GDS-30 – Escala de Depressão Geriátrica, com os cuidadores a Escala de Graffar e o ICT – Índice de Capacidade para o Trabalho.

Os resultados demonstraram não existirem diferenças significativas ao nível da demência e da depressão entre os idosos do Lar e do Centro de Dia. Outros resultados refletiram, para os cuidadores formais, uma capacidade para o trabalho excelente, ligeiramente superior aos dados de referência. Não foi conseguida uma relação entre a saúde mental dos idosos e a capacidade de trabalho dos seus cuidadores formais o que pode retratar o sucesso das medidas de apoio e educação desenvolvidas nesta área.

Key-Words:

Elderly; caregiver; institutionalization; mental state; depression; ability to work.

Abstract:

The aging of the population is a reality more and more present in our society. The research done among the elderly and their caregivers requires that conditions are created so that these groups can enjoy a good life quality.

It is proposed to analyse the working ability of elderly caregivers in institutional context but with different working arrangements on the Day Center, where is practiced a daily fixed schedule, in contrast with the time of full time rotating shifts practiced at the Nursing Home . It was also proposed examination of mental state of the elderly of those institutions.

The sample included 90 participants, 50 of which elderly and 40 formal caregivers.

In order to collect data, among the elderly there was made use of the MMSE - Mini Mental State Examination and the GDS-30 – The Geriatric Depression Scale. For the caregivers it was applied the Graffar Social Scale and WAI – Work Ability Index.

The results showed no significant differences at the level of dementia and depression among the elderly of Nursing Home and Day Centre. Other results reflected, for formal caregivers, a capacity for excellent work, slightly higher than the reference data. It was unable to achieve a relationship between the mental health of the elderly and the working capacity of the formal caregivers which can portray the success of the support and education measures developed in this area.

Índice

I. Introdução	1
1. Contextualização.....	1
2. Fundamentação Teórica.....	1
2.1. O envelhecimento e a institucionalização em Portugal.....	1
2.2. Saúde Mental dos idosos.....	4
2.3. O cuidar e o cuidador.....	5
2.4. Capacidade para o trabalho dos cuidadores formais	7
3. Objetivos do estudo.....	8
II. Metodologia	8
1. Hipótese do estudo.....	8
2. Participantes.....	8
3. Instrumentos.....	9
4. Procedimentos.....	12
Procedimento de recolha de dados.....	12
Procedimento estatístico.....	12
III. Resultados	13
IV. Discussão	16
V. Referências Bibliográficas	21
VI. Anexos	25

Lista de siglas

MMSE – Mini-Mental State Examination – Exame do Estado Mental

GDS – Escala de Depressão Geriátrica

ICT – Índice de Capacidade para o Trabalho

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição das características dos cuidadores formais segundo a notação de Graffar

Tabela 2 – Teste U de Mann-Whitney – comparação de itens MMSE entre Homens e Mulheres.

Tabela 3 – Teste U de Mann-Whitney – comparação MMSE e GDS entre Homens e Mulheres.

Tabela 4 – Teste Kruskal-Wallis para comparação dos itens do MMSE entre níveis de escolaridade.

Tabela 5 – Postos médios nos itens “Linguagem” e “Habilidade Construtiva” entre níveis de escolaridade.

Tabela 6 – Comparação entre “Participantes do Lar” e “Participantes do Centro de dia” relativamente aos itens do MMSE.

Tabela 7 – Percentagem de participantes por classe de capacidade para o trabalho.

Tabela 8 – Tipo de cuidador * classe de capacidade para o trabalho

1. Introdução

1. Contextualização

No culminar de mais uma etapa académica surgiu a necessidade de elaborar uma tese através da qual se pudessem pôr em prática algumas das competências adquiridas na área da Psicologia, nomeadamente técnicas de investigação científica.

O presente estudo pretende apurar em que condições se encontram os cuidadores formais de idosos ao nível da sua capacidade para o trabalho ao passo que, faz um levantamento da saúde mental dos idosos a seu cargo. Devido à conjuntura social atual esta classe operária tem sido cada vez mais solicitada e nesse sentido torna-se importante identificar possíveis fatores de risco ou mesmo a necessidade de apoio e formação por parte das entidades patronais. Em paralelo solicitam-se estudos que favoreçam as melhores condições de trabalho e de qualidade de vida.

Comparativamente com outros grupos trabalhistas, estes profissionais adquirem diferentes modalidades de trabalho mesmo tendo as mesmas qualificações/funções. Focamos neste estudo a importância de possíveis diferenças quanto ao horário de trabalho, diurno nos centros de dia e por turnos nos lares/estruturas residenciais para idosos.

A fim de estabelecer possíveis relações surgiu a oportunidade de analisar o estado em que se encontram os idosos no âmbito da sua saúde mental ajudando assim também a desenvolver competências no acompanhamento ao idoso visto terem sido realizadas consultas individuais.

2. Fundamentação teórica

O envelhecimento e a institucionalização em Portugal. O envelhecimento da população é cada vez mais notório em Portugal que, à semelhança de outros países desenvolvidos e industrializados, tem melhorado exemplarmente tanto ao nível da saúde como da qualidade de vida. Este aglomerar de acontecimentos vem-se traduzindo num aumento progressivo da esperança média de vida.

Segundo o INE – Instituto Nacional de Estatística, no último período registado na Tábua Completa da Mortalidade para Portugal – 2012-2014, em Maio de 2015, a esperança média de vida foi estimada, para os dois géneros, em 80,24 anos, sendo de 77,16 anos para os homens e 83,03 anos para as mulheres, aumentando na última década a esperança média

de vida em cerca de 3 anos (mais precisamente 3,06 nos homens e 2,47 nas mulheres) (INE, 2015).

Perante estes dados, torna-se evidente a necessidade de acompanhar, mais de perto, esta fase que culmina o desenvolvimento humano. Neste sentido, é de extrema importância que se conheçam as características individuais do idoso, as suas doenças e carências assim como os seus contextos familiares e sociais (Kaskie, Gregory & Van Gilter, 2009).

Em Portugal como em outros países, a velhice é considerada a partir dos 65 anos (Freitas, Cançado & Gorzoni, 2006). Classifica-se dessa forma perante um conjunto de aspetos físicos, psíquicos e sociais que sofrem modificações e alteram o, até então, funcionamento do indivíduo.

O prolongar do envelhecimento sugere, cada vez mais, que a camada idosa apresente maiores implicações no que toca à deterioração das suas capacidades físicas e mentais o que leva consequentemente estes indivíduos à perda de autonomia e à dependência de outrem. Estabelecesse assim uma relação entre o envelhecimento e a dependência que se traduz numa maior procura, não só dos cuidados prestados pelos familiares e amigos mas, de apoio formal devidamente capacitado e qualificado para este tipo de prestação de serviços (Saraiva, 2011; Ferreira, 2012).

Nesta linha de pensamento onde se considera que o indivíduo é um ser biopsicossocial, o processo de envelhecimento torna-se resultante da junção destas três dimensões. Não deixando de ser um processo normal da vida do ser humano, é delineado não só pela carga genética mas também pelo estilo de vida adotado e pelas condições de que o indivíduo dispõe, nunca esquecendo a cultura onde se insere e as especificidades do género (Ferreira, 2012).

No que diz respeito ao envelhecimento social, verifica-se que tendem a ocorrer crises de identidade, advindas da perda de um determinado papel social e que comumente se refletem na perda de autoestima; mudanças de papéis também na família e no trabalho, como a perda do cargo de chefe de família e a entrada na reforma, entre outros. Estes fatores determinam desde logo uma abrupta mudança na rotina e nas expectativas de vida do indivíduo (Correia, 2003).

Quanto ao envelhecimento físico considera-se que este processo provoca alterações na composição química do corpo (e.g. “diminuição da massa magra e aumento

da massa gorda, aumento dos depósitos do pigmento lipofuscina, aumento do cross-linking das moléculas, entre elas as do colagénio”, entre outras) e que essas alterações se apresentam como progressivamente degenerativas. Este fenómeno vai ao encontro da Teoria Neuro-Endócrina do Envelhecimento, das teorias desenvolvimentistas/ genéticas, que considera essencialmente que ocorre uma diminuição na função dos neurónios e das hormonas e conseqüentemente alterações no sistema nervoso central e periférico (Correia, 2003, Teixeira, 2006), este processo dá origem a fenómenos como atrofia do cérebro; aparecimento de placas senis; degeneração neurofibrilar; morte neuronal da arborização dendrítica; aumento da proteína amilóide e emaranhados neurofibrilares (Cancela, 2007; Teixeira, 2006). Neste seguimento pode afirmar-se que são importantes focos de análise os aparelhos visual; auditivo; olfativo; gustativo e tátil assim como as funções locomotoras. De um modo geral, é consideravelmente visível a redução das capacidades de adaptação do organismo às modificações do meio ambiente assim como um aumento na vulnerabilidade; no entanto, este processo não se deve considerar necessariamente patológico, como em fenómenos como as rugas ou a diminuição da espessura da pele (Correia, 2003; Teixeira, 2006).

Na perspetiva do envelhecimento psicológico a literatura relativa ao desenvolvimento intelectual demonstra que as aptidões cognitivas atingem o seu pico aproximadamente aos 30 anos, estabilizando até à velhice onde tem tendência a diminuir. Com o declínio cognitivo, os idosos enfrentam frequentemente diminuição da velocidade do processamento, ou seja, diminuição da velocidade com que muitas operações cognitivas são executadas; a diminuição da memória de trabalho (inclui a memória a curto prazo, de natureza visual e fonológica, processos de ensaio da informação que mantém a informação disponível, e processos executivos que permitem trabalhar com a informação que está armazenada); o declínio da função inibitória que resulta na não focagem da informação relevante, dispersando os seus recursos no processamento de informação irrelevante e, por último mas não menos importante, o declínio da função sensorial (Correia, 2003; Cancela, 2007; Knight & Poon, 2008).

Ao longo do território nacional verifica-se então a necessidade de recorrer à institucionalização em Lares/ estruturas residenciais para idosos ou Centros de dia, consoante a disponibilidade/preferência; condições financeiras e necessidade de cuidados especializados.

A entrada para uma instituição de acolhimento é, em grande parte dos casos, um momento muito difícil para a população idosa principalmente quando esta ainda possui alguma autonomia ou se a institucionalização teve origem em algum acontecimento trágico (e.g. acidente ou falecimento do cônjuge). Associado a isto temos ainda o corte de ligações familiares e sociais que contribuem para exacerbar a tristeza e frustração que estes idosos transmitem sentir. Surge a necessidade de adaptação a novos espaços, às novas rotinas e principalmente a novas pessoas com as quais têm de partilhar a sua nova realidade. No estágio curricular que desenvolvi anteriormente numa estrutura residencial para idosos verifiquei precisamente que essas são as suas maiores queixas ao nível da institucionalização.

Saúde mental dos idosos. Como referem Plati; Govre; Lukasova e Macedo em 2006, os indivíduos residentes nos lares apresentam maiores défices na memória do que os não institucionalizados por não serem beneficiados pelo contato interpessoal e relacional frequente, assim como uma menor estimulação física e psicológica. Estes dados foram obtidos através da pontuação do MMSE – Mini-Mental State Examination que comparou idosos ainda autónomos e independentes que frequentam o centro de dia com os idosos residentes do lar. No mesmo estudo maiores níveis de depressão foram encontrados nos idosos institucionalizados através da DGS – Escala de Depressão Geriátrica.

Em outro estudo realizado na cidade de Bragança que apresentava como objetivo avaliar os fatores de risco associados à institucionalização do idoso, nomeadamente a depressão, verificaram-se valores mais elevados no sexo feminino; verificou-se também que apesar da iniciativa do internamento ser, na maioria dos casos, do próprio idoso, esta não era uma decisão fácil de tomar e em 76,9% dos casos era um bem necessário pois apresentavam falta de apoio familiar e dificuldade em autocuidar-se.

A depressão na velhice é frequente na nossa sociedade mas não faz parte do processo natural de envelhecimento. Vários são então os fatores que podem favorecer este estado nomeadamente riscos demográficos; riscos psicossociais e riscos de saúde (Vaz, & Gaspar, 2011).

Embora a maioria dos idosos encarem a institucionalização como inevitável e desagradável, para alguns significa uma nova oportunidade de usufruir de uma boa qualidade de vida, deixando para trás uma experiência de solidão e trabalho árduo.

Surgiu recentemente, e tem vindo a ser implementado nas instituições, o conceito de Envelhecimento Ativo, que Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2002, podemos considerar como um conceito que abarca, para além da saúde, aspetos sociais e económicos assim como psicológicos e ambientais. Trata-se de um processo que visa otimizar as oportunidades para a saúde, participação e segurança, com o objetivo global de melhorar a qualidade de vida ao longo da velhice (Paúl; & Ribeiro, 2011).

Sendo este um conceito tão abrangente é certamente determinado por diversos fatores que diariamente orientam e definem o percurso onde se pode edificar este envelhecimento. Referem-se, desta forma, os determinantes económicos (e.g. rendimentos; proteção social; trabalho digno); determinantes sociais e de saúde (e.g. promoção da saúde e prevenção da doença); determinantes pessoais (e.g. fatores biológicos; genéticos e psicológicos); determinantes comportamentais (e.g. estilo de vida saudável; cuidado da própria saúde); o ambiente físico (e.g. condições e acessos) e determinantes sociais (e.g. apoio social; alfabetização; educação). Todos estes devem estar orientados para que a velhice seja vivida com condições dignas; com alimentação saudável e instalações seguras a fim de que possa ser estabelecida uma trajetória pessoal positiva. Neste sentido a Organização Mundial de Saúde assim como a Direção-Geral de Saúde em parceria com o Ministério da Saúde, delinearão um conjunto de políticas sociais assim como programas integrados de apoio permanente à população idosa (e.g. Programa de Apoio Integrado ao Idoso (PAII); Programa de Idosos em Lar (PILAR) e o Programa de Apoio à Iniciativa Privada Social (PAIPS)) (Direção-Geral da Saúde; & Ministério da Saúde, 2008). Serve isto para salientar que o envelhecimento não é apenas um problema ao nível biológico e demográfico mas um fenómeno sociocultural; político e económico que necessita cada vez mais de novas e adequadas respostas.

O cuidar e o cuidador. Cuidar, numa perspetiva psicossocial, caracteriza-se por ser um processo de prestação de cuidados, podendo assumir uma dimensão uni, pluri, inter ou transdisciplinar. Assumem-se estas denominações consoante o número de profissionais, as suas formações e a abordagem que estabelecem para acompanhar quem cuidam. A dimensão unidisciplinar promove uma abordagem direta consoante a formação do cuidador; a pluri ou multidisciplinaridade faz alusão a diferentes profissionais de diferentes áreas que trabalham em simultâneo com o mesmo recetor de cuidados aplicando

unicamente a sua técnica; interdisciplinar implica condições similares à pluri mas apenas com um objetivo específico em comum, trabalhando em parceria; quando ocorre uma abordagem transdisciplinar a equipa interdisciplinar sai da sua formação planeando e intervindo num domínio exterior o que vai implicar aquisição de novos conhecimentos e competências assim como partilha de saberes no grupo. Tudo isto pode aplica-se a problemas sociais, de saúde ou até educacionais, com a finalidade de ser suporte e ajudar, neste caso o idoso, mas também com o objetivo de compreender as suas dificuldades, enaltecendo as capacidades que este ainda preserva, trabalhando assim, continuamente, para uma melhor qualidade de vida. Este conceito mostra-se assim muito complexo perante uma visão holística do mesmo pois engloba a vertente relacional; afetiva; ética; sociocultural; terapeuta e técnica (Ricart, 2009 cit. por Saraiva, 2011; Lins; & Ventura, 2014).

Este conceito já não é recente e nos seus princípios esteve intimamente ligado ao “*self care*”, ligado à família ou a relações que os indivíduos criavam dando a ideia de reciprocidade, proteção e apoio sempre com o sentido de responsabilidade. As mulheres foram sempre consideradas as principais prestadoras de cuidados, não só com a população idosa mas também com crianças e jovens nas mais variadas situações (Carvalho, 2007).

Segundo alguma literatura os cuidados podem ser classificados como instrumentais e expressivos. Os de ordem instrumental abrangem os aspetos físicos (e.g. “higiene; alimentação; vestuário; mobilização”); aspetos técnicos (e.g. “terapêuticos e preventivos”) assim como outros mais práticos (e.g. “vigilância e gestão financeira”). Por outro lado os de ordem expressiva englobam os cuidados afetivos e os cuidados relacionais (Saraiva, 2011).

Neste árduo processo de cuidar deve ser feita a distinção dos cuidadores informais dos cuidadores formais, este último o foco deste estudo. Os cuidadores informais identificam-se como familiares; amigos; vizinhos; membros da comunidade onde o idoso se insere e que se mostram voluntários e dispostos a acompanhar o idoso, cuidando dele, sem qualquer formação ou remuneração para o efeito. Em contrapartida, os cuidadores formais apresentam-se como profissionais das mais diversas vertentes da área da saúde e que assumem o ato de cuidar como a sua profissão. São comumente prestadores de serviços em instituições sociais e/ou ao domicílio (Carvalho, 2007; Saraiva, 2011; Ferreira, 2012).

O cuidador formal de idosos deve, geralmente, ter capacidade para trabalhar em equipes multidisciplinares e possuir conhecimentos e competências para intervir da melhor forma nas necessidades e particularidades do idoso. Deve aplicar, não só, os conhecimentos adquiridos ao longo da sua formação profissional, mas acrescentar a afetividade e relação adequadas se pretender, como supracitado, uma abordagem holística do envelhecimento (Kim, Bursac, Dililla, White, & West, 2009 cit by Saúde, 2013). Percebe-se portanto que é crucial para um envelhecimento com qualidade que o cuidador tenha capacidade para o trabalho que está a exercer.

Capacidade para o trabalho dos cuidadores formais. Para a população ativa, no caso deste estudo os cuidadores formais, é importante ter capacidade de desenvolver o seu trabalho.

A capacidade para o trabalho está diretamente ligada não só à qualidade e produtividade das tarefas desenvolvidas mas principalmente com a qualidade de vida do indivíduo.

Este conceito surgiu na Finlândia, a cargo do FIOH – Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional que, preocupado com as características de envelhecimento da população, começou estudos nesta área (Pereira, 2009).

A capacidade para o trabalho engloba fatores que determinam o bom funcionamento do indivíduo dentre eles encontram-se os aspetos sociodemográficos; o estilo de vida adotado; a saúde; a educação; competência e o tipo de trabalho e esforço (físico e mental).

Quando falamos em cuidar de idosos não podemos ignorar que além das exigências das tarefas a exercer, estes profissionais suportam diariamente diversas exigências mentais e emocionais. Neste seguimento, e por ser um trabalho que interfere com a saúde pública, os cuidadores tem de zelar pelo seu bem-estar enquanto asseguram a qualidade dos seus serviços e a qualidade de vida dos idosos a seu cargo.

Através do ICT – Índice de Capacidade para o Trabalho consegue fazer-se o levantamento do estado do trabalhador e atuar tanto ao nível preventivo como reabilitativo. Este instrumento é mais uma ferramenta de auxílio a quem ambiciona proporcionar aos idosos um envelhecimento ativo e com qualidade, citando Pereira em 2006 “*Acréscitar vida aos anos e não apenas anos à vida.*” (Pereira, 2009).

Neste estudo propõe-se, mais à frente, a análise da capacidade de trabalho perante a distinção entre um trabalho por turnos e um trabalho apenas diurno com horário fixo.

Torna-se pertinente referir que o trabalho por turnos é uma prática comum e importante nos contextos hospitalares e de cuidados de saúde. É considerado um fator prejudicial à saúde dos profissionais e é neste seguimento que existe uma legislação que defende, para além da compensação monetária, exames regulares entre outras políticas de trabalho como o controlo dos períodos de descanso e da duração dos períodos de prestação de serviços (Código do Trabalho aprovado em Lei no 7/2009, de 12 de Fevereiro. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, 2015). O não cumprimento destas leis pode originar consequências graves para o trabalhador, tanto ao nível da saúde como dos serviços prestados.

3. Objetivos do estudo

Em virtude do estágio curricular anteriormente desenvolvido na Casa de Repouso Dr. António Breda e Lea Breda, em Barrô – Águeda, surgiu a necessidade de compreender melhor se existe alguma relação entre o estado mental dos idosos/residentes e recetores de cuidados no que toca a possíveis níveis de depressão e demência e a capacidade para o trabalho dos seus cuidadores formais, prestadores de serviços. No entanto, sabe-se que não são apenas os lares/estruturas residenciais que acolhem diariamente idosos e por esse motivo tornou-se pertinente comparar o que acontece também nos centros de dia.

Para fazer estas comparações e procurar possíveis tendências propôs-se analisar o estado mental dos idosos com o MMSE e a GDS por forma a fazer o levantamento de um possível comprometimento cognitivo e depressão assim como analisar como classificam os cuidadores formais a sua capacidade para o trabalho, através do ICT.

II. Metodologia

1. Participantes

Os dados recolhidos para este estudo pertencem a uma amostra de conveniência e foram recolhidos no distrito de Aveiro. O universo desta amostra foi composto por 90 participantes, dos quais 50 são idosos e 40 cuidadores formais.

Os idosos considerados para amostra cumprem o requisito de pertencer à faixa etária de >65 anos sendo por isso excluídos 3 participantes, com idades compreendidas

entre os 65 e 95 anos (M= 81,56; DP= 7,45) correspondendo 70% ao sexo feminino e 30% ao sexo masculino. No que diz respeito às habilitações literárias 11 apresentaram-se como analfabetos; 32 possuem o primeiro ciclo; apenas 1 possui o segundo ciclo; 1 o terceiro ciclo e 5 concluíram uma licenciatura. Foram considerados para este estudo idosos que apenas estivessem em regime institucional após 3 meses de admissão o que levou à exclusão de 1 participante.

Relativamente aos cuidadores formais 100% da amostra é do sexo feminino; apresentaram idades compreendidas entre os 21 e os 60 anos (M= 42,42; DP=11,96). Foram considerados cuidadores formais todos aqueles trabalhadores que, ao serviço de uma das instituições inquiridas e sendo trabalhadores por conta de outrem, exercessem a sua profissão diretamente com os idosos.

Na seguinte tabela estão descritas as características dos cuidadores formais segundo o tipo de profissão; instrução; fonte principal de rendimentos; tipo de habitação e local onde residem assim como a classe/estrato social predominante.

Tabela 1:

Distribuição das características dos cuidadores formais segundo a notação de Graffar.

	Profissão		Instrução		Fonte Principal		Tipo de Habitação		Local de Residência		Estrato Social
I	Grandes industriais e comerciantes. Gestores. Grandes empresas e Administração Pública. Profissionais liberais	2	Doutoramento Mestrado Licenciatura	4	Propriedade	0	Luxuoso	0	Bairro Elegante	0	I CLASSE ALTA
II	Médios industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios e quadros técnicos de empresas e Administração Pública	1	Bacharelato Curso superior	2	Altos vencimentos ou honorários	1	Espaçoso e confortável	10	Bom Local	34	II CLASSE MÉDIA ALTA
III	Pequenos industriais e comerciantes. Empregados e operários qualificados	31	Curso Complementar Ensino superior	6	Vencimentos Certos	38	Bem conservado com cozinha e casa de banho. Eletrodomésticos essenciais	30	Zona antiga	5	III CLASSE MÉDIA
IV	Pequenos agricultores Operários semiquilificados Escriturários	6	Escolaridade obrigatória	23	Remunerações incertas	1	Com cozinha e casa de banho degradadas e ou sem eletrodomésticos	0	Bairro operário Social	1	IV CLASSE MÉDIA BAIXA
V	Mão-de-obra indiferenciada	0	Não escolaridade obrigatória completa	5	Assistencial	0	Impróprio	0	Bairro de Lata	0	V CLASSE BAIXA

2. Instrumentos

Num primeiro momento foram formulados pedidos de recolha de dados para as instituições e consentimentos informados para os participantes do estudo. Desses consentimentos constava o motivo pelo qual estariam a ser inquiridos e a finalidade do estudo. No caso de idosos a cargo de outrem foram também formulados consentimentos para os cuidadores informais, para que estes pudessem autorizar a participação do idoso por quem são responsáveis legais, caso assim achassem conveniente. Em todos constavam as garantias de confidencialidade e anonimato (Anexos 1, 2 e 3).

A recolha de dados foi feita através de instrumentos aferidos para a população portuguesa e que serão descritos de seguida.

No caso do grupo dos idosos foram utilizados o MMSE e a GDS.

Mini-Mental State Examination (Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, & Garcia, 1994).

Este instrumento foi inicialmente desenvolvido por Fostein, Fostein e McHugh, em 1975, tendo como objetivo diferenciar doentes neurológicos de doentes psiquiátricos (Lobo, Saz, Marcos, Dia, Cámara, Ventura, Morales, Fernando, Montañes, & Aznar, 1999). Trata-se de um conjunto de questões que pertencem às categorias de orientação; retenção; atenção e cálculo; evocação; linguagem e habilidade construtiva. Pode obter-se uma pontuação máxima de 30 pontos. O MMSE só deve ser administrado a pessoas com idade superior a 40 anos, sendo o ponto de corte para o declínio cognitivo menor ou igual a 15 para analfabetos, menor ou igual a 22 se o sujeito tiver entre um a onze anos de escolaridade e menor ou igual a 27 se tiver mais de doze anos de escolaridade (Grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demência, 2008).

Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage; Brink; Rose; Lum; Huang; Adey; & Leirer., 1983). Criada especificamente para a população idosa é constituída por trinta questões sobre sentimentos, pensamentos ou comportamentos que possam ter existido na última semana. As opções de resposta são dicotómicas, sim e não, às quais se atribui a cotação de 0 ou 1 consoante o item em questão.

Segundo Farrel, em 2004, a GDS apresenta uma sensibilidade de 84% e uma especificidade de 95%. É importante referir que a GDS não está estruturada para servir de instrumento diagnóstico de depressão major consoante os critérios do DSM, no entanto,

possui uma lista de questões que, conforme experiência clínica, estão diretamente ligadas à depressão geriátrica.

A recolha de dados com os cuidadores formais foi feita a partir da resposta à escala de Graffar e ao ICT – Índice de Capacidade para o Trabalho.

Classificação Social Internacional proposta por Graffar (Fonseca, 1999). Esta classificação foi estabelecida em Bruxelas pelo professor Graffar. Assenta em cinco conjuntos das principais características sociais como a profissão; o nível de instrução; a fonte de rendimentos familiares; conforto/tipo de habitação e aspetos do local onde reside. Dentro destes cinco conjuntos existem cinco opções de classificação consoante as características de cada indivíduo. A cada item corresponde uma pontuação que no final será somada e que incluirá o indivíduo numa determinada classe social.

ICT – índice de Capacidade para o Trabalho. O ICT é um instrumento traduzido, adaptado e aferido a partir do Work Ability Index, para a população portuguesa e dos países africanos de língua oficial portuguesa, por uma equipa orientada pelo Prof. Doutor Carlos Fernandes da Silva. Este instrumento foi utilizado em estudos após 2002 sendo aferido apenas em 2006. Através deste instrumento pode avaliar-se a capacidade de trabalho, percebido pelo próprio trabalhador, ou seja, o trabalhador é quem faz a sua autoavaliação. Trata-se de um questionário que tem por base fazer o levantamento das exigências físicas e mentais do trabalho a ser executado ao passo que apresenta em que estado se encontram a saúde e os recursos psicológicos do trabalhador.

O cálculo do ICT é feito a partir da soma dos pontos resultantes de cada item. No primeiro item avalia-se a “capacidade de trabalho atual comparada com o seu melhor” e o trabalhador pode optar por um valor de 0 a 10; no segundo item “capacidade de trabalho em relação às exigências da atividade” pode obter-se um resultado ponderado entre 2 e 10 valores; no terceiro item “Número de doenças atuais diagnosticadas por um médico” o resultado pode ser de 1 a 5 pontos consoante o número de doenças, na ausência destas a pontuação é de 7; no quarto item “Estimativa do grau de incapacidade para o trabalho devido a doenças” os valores variam de 1 a 6; no quinto “Absentismo por doença durante o último ano (12 meses) ” varia de 0 a 5 pontos; no sexto “Prognóstico da capacidade de

trabalho para daqui a dois anos” as respostas podem valer 1, 4 ou 7 pontos e por último em sétimo “Recursos psicológicos” onde pode variar de 1 a 4 pontos. Os valores totais variam entre 7 a 49. Valores entre 7 e 27 correspondem a um ICT pobre, de 28 a 36 um ICT moderado, de 37 a 43 ICT um bom e 44 a 49 um nível excelente. No que toca aos resultados estes podem ser utilizados tanto a nível coletivo como individual favorecendo a adoção de medidas preventivas e de apoio ou corretivas, podendo mesmo prever situações de incapacidade para o trabalho no futuro.

3. Procedimentos

Procedimento de recolha de dados. O presente estudo classifica-se como quantitativo e de natureza transversal. Iniciou-se com o contato com os responsáveis das instituições onde se pretendia realizar o estudo, daí ser uma amostra de conveniência, solicitando a sua colaboração via carta. Quando obtidas as autorizações foram agendadas reuniões cujo objetivo primordial seria conhecer a instituição e dar a conhecer o estudo de uma forma mais pormenorizada. Nestas reuniões delinear-se também estratégias de recolha de dados onde estivessem presentes o respeito pela dinâmica de funcionamento da instituição e a disponibilidade da investigadora. No caso da recolha com os idosos, realizou-se uma entrevista semiestruturada fazendo uso dos materiais anteriormente referidos. No caso dos cuidadores formais de idosos, foi feita uma exposição em grupo por parte do(a) responsável da instituição e pela investigadora onde se apresentava o estudo e as condições. Posteriormente eram distribuídos os materiais que foram preenchidos pelos participantes no local de trabalho ou mesmo em casa.

A todos os participantes foi entregue um consentimento informado onde se garantiam, como anteriormente citado, a confidencialidade e o uso exclusivo dos dados para o estudo.

Procedimento estatístico. Para o tratamento e análise dos dados recolhidos foi utilizada a base de dados SPSS – 20.0 (Statistical Package for the Social Science). Efetuaram-se análises estatísticas descritivas e correlacionais como o cálculo de frequências; médias e desvios padrões das variáveis assim como o Teste U de Mann-Whitney e o Teste de Kruskal-Wallis para a comparação de variáveis em amostras não paramétricas.

III. Resultados

Foram analisados primeiramente os dados recolhidos dos idosos através do MMSE e da GDS.

Comparando os participantes do sexo masculino com os do sexo feminino, relativamente aos seis itens do MMSE (orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação com interferência, linguagem e habilidade construtiva), constatámos que na nossa amostra não se distingue de modo estatisticamente significativo em nenhum dos itens (Tabela 2).

Tabela 2:

	Orientação	Retenção	Atenção e Cálculo	Evocação	Linguagem	Habilidade Construtiva
U-Mann-Whitney	198.500	245.000	246.500	253.000	220.500	242.500
p (2-caudas)	.136	.127	.704	.834	.320	.452
p Exacto (2-caudas)	.141	.300	.693	.846	.347	.654

Comparando os homens e mulheres relativamente ao valor total do Mini-Mental State Examination (MMSE) e da Escala de Depressão Geriátrica (GDS), constatámos igualmente que na nossa amostra não se distinguem de modo estatisticamente significativo em nenhum dos itens (Tabela 3).

Tabela 3:

Testes U de Mann-Whitney Comparação MMSE e GDS entre homens e mulheres

	Score MMSE	Score GDS
U-Mann-Whitney	230,000	198,500
p (2-caudas)	,490	,170
p Exacto (2-caudas)	,497	,173

Comparando os participantes dos diversos graus de escolaridade, relativamente aos itens do MMSE, encontrámos diferenças estatisticamente significativas apenas nos itens “Linguagem” e “Habilidades construtivas” (Tabela 4).

Tabela 4:

Teste Kruskal-Wallis para comparação dos itens do MMSE entre níveis de escolaridade

	Orientação	Retenção	Atenção e Cálculo	Evocação	Linguagem	Habilidade Construtiva
Qui- Quadrado	3.755	.563	7.133	2.005	12.024	16.519
Gl	4	4	4	4	4	4
P	.440	.967	.129	.735	.017	.002

De acordo com a tabela 5, verifica-se que os analfabetos apresentam claramente uma cotação inferior aos dos escolarizados na “Linguagem”. Nas “habilidades construtivas” os que apresentam valores mais baixos são os analfabetos e os licenciados.

Tabela 5:

Postos médios nos itens Linguagem e Habilidades Construtivas entre níveis de escolaridade

	Escolaridade	N	Posto Médio
Linguagem	Analfabeto	11	14.32
	1º ciclo (4º ano)	32	28.69
	2º ciclo (6º ano)	1	43.50
	3º ciclo (9º ano)	1	22.50
	Licenciatura	5	26.70
	Total	50	
Habilidade Construtiva	Analfabeto	11	22.50
	1º ciclo (4º ano)	32	25.63
	2º ciclo (6º ano)	1	47.50
	3º ciclo (9º ano)	1	47.50
	Licenciatura	5	22.50
	Total	50	

Contudo, comparando os diversos níveis de escolaridade relativamente ao valor global do MMSE e da GDS, não encontrámos diferenças estatisticamente significativas

entre os níveis de escolaridade (para o MMSE: $\chi^2 = 8.038$; gl= 4; p = .090; GDS: $\chi^2 = 2.094$; gl = 4; p = .719).

Correlacionando a idade com os itens do MMSE e os valores globais do MMSE e da GDS, através de correlações parciais (controlando as variáveis “sexo” e “escolaridade”), não encontramos nenhuma correlação estatisticamente significativa (p>.05).

Comparando os participantes de “Lar/ Estrutura residencial para idosos” e de “Centro de Dia” nos itens do MMSE, não encontramos diferenças estatisticamente significativas (Tabela 6).

Tabela 6:

Comparação entre “Participante em Lar” e “Participante em Centro Dia” Relativamente aos itens do MMSE

	Orientação	Retenção	Atenção e Cálculo	Evocação	Linguagem	Habilidade Construtiva
U-Mann-Whitney	285.500	300.000	270.000	222.500	237.500	262.500
p (2-caudas)	.564	.317	.356	.069	.103	.085
p Exacto (2-caudas)	.573	1.000	.360	.070	.131	.189

Fazendo a mesma comparação relativamente aos valores globais do MMSE e GDS, também não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de escolaridade (para o MMSE: U = 279.5; p =.527; GDS: U = 262.0; p =.326).

Passando aos dados dos Cuidadores, procurou saber-se quantas classes de capacidade para o trabalho há na amostra. Pela Tabela 7 constatou-se que mais de metade dos cuidadores possui excelente capacidade para o trabalho e menos de 10% possuem capacidade moderada. Não encontramos cuidadores com “pobre” capacidade para o trabalho.

Tabela 7:

Percentagens de participantes por classe de capacidade para o trabalho

	n	%	% acumulada
Moderada Capacidade para o Trabalho	3	7,5	7,5

Boa Capacidade para o Trabalho	16	40,0	47,5
Excelente Capacidade para o Trabalho	21	52,5	100,0
Total	40	100,0	

O teste Exato de Fisher sugere que a distribuição dos participantes pelo tipo de instituição (Lar/Estrutura Residencial para Idosos ou Centro de Dia) e a “classe de capacidade para o trabalho” é devida ao acaso (TEF =.735; p-2 caudas =.802), isto é, não haverá relação entre a capacidade para o trabalho e trabalhar em lar ou centro de Dia. A distribuição é visível na tabela 8.

Tabela 8:

Tipo de Cuidador * Classe Capacidade para o Trabalho

		Classe Capacidade para o Trabalho			Total
		Moderada Capacidade para o Trabalho	Boa Capacidade para o Trabalho	Excelente Capacidade para o Trabalho	
Tipo de Cuidador	Cuidador do Centro de Dia	2	7	11	20
	Cuidador do Lar/ estrutura residencial	1	9	10	20
Total		3	16	21	40

Também procurámos verificar se existem relações entre as variáveis “idade”, “classe social” (segundo o índice de Graffar) e a “capacidade para o trabalho” (Índice de Capacidade para o Trabalho). Entre a “idade” e a “capacidade para o trabalho” não encontramos correlação estatisticamente significativa ($r = -.099$; $p = .545$). Entre a “posição social” e a capacidade para o trabalho também não encontramos correlação estatisticamente significativa ($r = -.044$; $p = .790$).

IV. Discussão e Conclusão

Apresentados e analisados os resultados obtidos, segue-se agora uma reflexão crítica dos mesmos, confrontando-os entre si e com o quadro teórico de referência. Afirma

a literatura que a população envelhecida é predominantemente feminina. Estes dados são facilmente encontrados nas amostras de estudos com população idosa e um dos determinantes mais visíveis é a esperança média de vida (Paúl; & Ribeiro, 2011). Este estudo não foi exceção e verificou-se, uma vez mais, a predominância do sexo feminino nas amostras.

No que diz respeito à variável sexo relativamente aos seis itens do MMSE; ao valor total do MMSE e ao valor da GDS, não houve na nossa amostra valores significativos à semelhança de outros estudos (Gonçalves, 2011; Carrilho; Gameiro; & Ribeiro, 2015). Estes resultados correspondem aos dados normativos publicados pela Sociedade Portuguesa de Neurologia (Morgado; Rocha; Maruta; Guerreiro; & Martins, 2009).

Apesar de não se obter uma diferença estatisticamente significativa na GDS, quanto ao sexo do participante, a literatura refere que existe uma tendência para que as mulheres obtenham valores superiores aos homens (Pocinho; Farate; Dias; Lee; & Yesavage, 2009, Simões; Sousa; Firmino; Andrade; Ramalho; Martins; Martins; Araújo; Noronha; Pinho; & Vilar, 2010). No estudo de Vaz & Gaspar, em 2011, os dados recolhidos em 14 lares do distrito de Bragança sugeriam que as mulheres teriam tendência a valores superiores na GDS. O mesmo aconteceu num estudo realizado também em 2011 mas este no concelho de Coimbra, com o objetivo de estudar o declínio cognitivo, sintomas ansiosos e depressivos em idosos institucionalizados, onde a média foi também superior no sexo feminino (Gonçalves, 2011).

Comparando por outro lado os participantes segundo os diversos graus de escolaridade, relativamente aos itens do MMSE, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas nos itens “Linguagem” e “Habilidades construtivas”. Verifica-se que os analfabetos apresentam claramente uma cotação inferior aos dos escolarizados na “Linguagem”. No item “habilidades construtivas” os que apresentam valores mais baixos são os “analfabetos” e os “licenciados”. Neste âmbito já os dados normativos (Morgado et al, 2009) apelam a uma relação, ainda que moderada, entre os níveis de literacia e as pontuações do MMSE, nesse mesmo seguimento se apresentam os distintos pontos de corte que remete a diferentes interpretações consoante as habilitações literárias do indivíduo. Para reforçar esta ideia estudos afirmam que este fenómeno se deve, no caso da “linguagem” e da “Habilidade Construtiva” para o grupo “analfabeto”, à falta de estimulação por ausência de escolarização, no entanto, estes dados são contrários

para o grupo de “licenciados”, onde se esperavam os resultados mais elevados (Bertolucci; Brucks; Campacci; & Juliano, 1994; Paulo; & Yassuda, 2010). Ao analisar mais pormenorizadamente o grupo dos licenciados podemos verificar que estes apresentam a amostra com idade mais elevada do estudo, entre os 85 e os 95 anos, e que segundo o gabinete de recenseamento dos Estados Unidos da América corresponde ao grupo dos “*muito idosos*” (idade igual ou superior a 85) o que pode em parte explicar os resultados obtidos, se tivermos em conta que nesta idade é comum que se observe rigidez nos movimentos além de grande perda de acuidade visual (Correia, 2003). Para analisar melhor este resultado a literatura sugere que pacientes com Depressão Major podem apresentar comprometimento em várias habilidades cognitivas, entre elas a fluência verbal e as funções executivas (Avila; & Botino, 2006). Procurou-se então saber quantos destes “licenciados” estariam dentro desta condição e apenas foi observado um único caso, o que exclui esta explicação para o grupo, mesmo que seja uma explicação plausível para esse caso em particular. Contudo, comparando os diversos níveis de escolaridade relativamente ao valor dos restantes itens do MMSE não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de escolaridade, o que reporta a um desenvolvimento das competências de “orientação”; “retenção”; “atenção e cálculo” e “evocação com interferência” nas atividades do quotidiano e ao longo do desenvolvimento. Reunidos os dados é neste seguimento que não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de escolaridade para o valor total do MMSE.

Correlacionando a idade com os itens do MMSE e os valores globais do MMSE e da Escala de Depressão Geriátrica, (controlando as variáveis “sexo” e “escolaridade”) não se obteve nenhuma correlação estatisticamente significativa dos dados não servindo de suporte à literatura, que afirma que a idade é considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da demência, em casos mais comuns a demência de Alzheimer e o mais recente Déficit cognitivo Ligeiro que tem tendência a duplicar a sua taxa de prevalência a cada 5 anos após os 60 (Chen; Lin; & Chen, 2009; Herrera-Rivero; Hernández- Aguilar; Manzo; & Aranda-Abreu, 2010; Luck; Luppá; Briel; & Riedel-Heller, 2010 cit by Alves, 2013). Mesmo assim, vários estudos apresentam resultados semelhantes aos encontrados neste estudo (Craik, 1994; Mather; & Carstensen, 2005 cit by Gaspar, 2011; Vigário, 2012). Em Coimbra, um estudo procurou analisar as características sociodemográficas de idosos institucionalizados e concluiu que apesar de não obter dados

estatisticamente significativos, a pontuação do MMSE tem tendência a diminuir com a idade, foram obtidos no grupo “novos velhos” $M=23,49$; $DP=5$ e no grupo “velhos velhos” dados inferiores $M=20,98$; $DP=5,6$ (Vigário, 2012).

Comparando os idosos de “Lar/Estrutura residencial para idosos” e de “Centro de Dia” nos itens do MMSE, não encontramos diferenças estatisticamente significativas. Fazendo a mesma comparação relativamente aos valores globais do MMSE e GDS, também não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de escolaridade. Comparando com outros estudos que tinham como participantes idosos de Lar e Centro de Dia verificou-se que também não foram conseguidas comparações estatisticamente significativas, o que os levou a fazer as restantes análises sem ter em conta o “tipo de participante” acabando por formar apenas um grupo para estudo (Gaspar, 2011, Barroso, 2006).

Podemos com estes dados avançar que, contrariamente ao esperado, os dois grupos não diferem no que toca a níveis de demência e de depressão. Apesar de um dos grupos de idosos frequentar a instituição apenas durante o dia e o outro estar em regime de permanência, o período em que se podem desenvolver um maior número de competências é comum a ambos e decorre na instituição durante o dia.

Outros fatores podem favorecer estes resultados, são exemplos a zona geográfica onde foi recolhida a amostra - Aveiro, as condições da instituição, as atividades desenvolvidas e o contato com os outros idosos e com o exterior social sempre que possível. Estes fatores seguem-se aos fatores biológicos e psicológicos subjacentes a cada indivíduo. Mas nem todos os casos de institucionalização são vistos de forma negativa pelos idosos e nesta amostra muitos consideraram que desta forma conseguem ter os cuidados e o conforto que ao longo da sua vida não conseguiram ter.

Passando aos dados dos Cuidadores, começámos por saber quantas classes de capacidade para o trabalho há na amostra. Os resultados evidenciaram que metade dos cuidadores possui “excelente capacidade para o trabalho” e menos de 10% possuem “moderada capacidade para o trabalho”. Não constaram na amostra cuidadores com “pobre” capacidade para o trabalho. Estes resultados mostram-se satisfatórios no que toca ao nível de capacidade para o trabalho esperado para a área da saúde. Num estudo semelhante da Universidade de Aveiro, a média situou-se numa “boa capacidade para o

trabalho” (M=39,72; DP= 5,10) (Simões, 2012), sendo estes dados consistentes com os de referência obtidos por Silva e seus colaboradores, em 2011.

O teste Exato de Fisher sugere que a distribuição dos participantes pelo tipo de instituição (Lar ou Centro de Dia) e a classe de “capacidade para o trabalho” é devida ao acaso, isto é, não haverá relação entre a capacidade para o trabalho e trabalhar em Lar ou Centro de Dia. Num estudo que pretendia analisar cuidadores formais na condição de horário fixo diurno e horário por turnos rotativos não foram igualmente encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$ no teste t de Student para amostras independentes) apresentando em ambos os grupos uma “moderada capacidade para o trabalho” (Costa, 2009).

Também se procurou verificar se existem relações entre as variáveis “idade”, “classe social” (segundo o índice de Graffar) e a “capacidade para o trabalho (Índice de Capacidade para o Trabalho). Entre a “idade” e a “capacidade para o trabalho” não foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa mas a literatura afirma que a capacidade para o trabalho tende a diminuir com a idade (Costa, 2009; Simões, 2012). Entre a “posição social” e a capacidade para o trabalho também não encontramos correlação estatisticamente significativa. Os cuidadores formais avaliados pela nossa amostra superaram a média fixada nos dados de referência (Silva, 2011) para trabalhadores na área da saúde.

Os resultados obtidos não eram os esperados mas aproximaram-se em muitos pontos ao de outros estudos anteriores. Como não existiram diferenças entre Lar e Centro de Dia não foi possível retirar conclusões ou estabelecer qualquer relação entre grupos.

É importante que relativamente aos resultados do ICT as instituições promovam estratégias para manter, no caso de ICT excelente, e melhorar nos restantes, o desempenho dos colaboradores na instituição, podendo assim, continuar a garantir que estes tenham reunidas as condições físicas e mentais necessárias para o desempenho da sua função e do cuidado do idoso. Desta forma deverão ser minimizadas as circunstâncias que possam colocar em risco estas capacidades (Silva et al., 2001).

V. Referências Bibliográficas

- Alves, J. (2013). Três dimensões do processo de desenvolvimento. Revista eletrónica de psicóloga, educação e saúde. Retrieved from:
http://www.udip.porto.ucp.pt/sites/default/files/files/FEP/docs/Temas_em_Psicologia_d_o_Envelhecimento_Vol_I.pdf.
- Avila, R.; & Bottino, C. M. C. (2006). Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. Revista Brasileira de Psiquiatria. Retrieved from:
<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n4/2225.pdf>.
- Barroso, V. (2006). Orfãos geriátricos: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Retrieved from:
<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>.
- Bertolucci, P. ; Brucks, S.; Campacci, S.; & Juliano, Y. (1994). O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arquivo Neuropsiquiatria. 52(1), p.1-7.
- Cancela, D. (2007). O processo do envelhecimento. Retrieved from:
<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>.
- Carrilho, L.; Gameiro, C.; & Ribeiro, A. (2015). Envelhecer no concelho de Oeiras: estudo numa população institucionalizada. Análise Psicológica. Retrieved from
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v33n1/v33n1a09.pdf..>
- Carvalho, M. (2007). Entre os cuidados e os cuidadores: o feminino na configuração da política de cuidados às pessoas idosas. *Estudos de género e a mulher no espaço lusófono e na diáspora*. 3(4), 269-280.
- Código do Trabalho aprovado pela Lei no 7/2009, de 12 de Fevereiro, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 105/2009, de 14 de Setembro; 47/2012, de 29 de Agosto; 69/2003, de 30 de Agosto; 27/2014, de 8 de Maio. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. Lisboa. Retrieved from:
http://www.cite.gov.pt/asstscite/downloads/legislacao/CodigoTrabalho2015_completo.pdf.
- Correia, L. (2003). Introdução à gerontologia. Universidade Aberta. 972 674 392 3.
- Costa, I. (2009). Trabalho por turnos, saúde e capacidade para o trabalho dos enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Saúde Ocupacional. Universidade de Coimbra. Coimbra.

- Ferreira, M. (2012). Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos. Dissertação de mestrado em Educação Social. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança.
- Fonseca, V. (1999). Classificação social internacional proposta por Graffar. Retrieved from: <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1351/Anexo%202%20-%20Graffar.pdf?sequence=4>.
- Gaspar, A. (2011). Memória a curto-prazo, satisfação com a vida e afetividade em idoso em lar e centro de dia. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra.
- Gonçalves, A. R., (2011). Declínio cognitivo, sintomas ansiosos e depressivos: estudo em idosos sob resposta social do conselho de Coimbra. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9.
- Instituto Nacional de Estatística – INE (2015). Tábuas completas da mortalidade para Portugal 2012-2014. Retrieved from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224677785&DESTAQUESmodo=2.
- Kaskie, B.; Gregory, D.; & Gilder, R. (2009). Community Mental Health Service Use by Older Adults with Dementia. *Psychological Services*. 6(1), 56–67.
- Lins, M.; & Ventura, D. (2014). Educação superior e complexidade: integração entre disciplinas no campo das relações internacionais. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v44n151/06.pdf>.
- Lobo, A.; Saz, P.; Marcos, G.; Dia, J. L.; Cámara, C.; Ventura, T.; Morales, A. F.; Fernando, P. L.; Montañes, J.A.; & Aznar, S. (1999). Revalidation and standardization of the cognition mini-exam (first spanish version of the mini-mental status examination) in the general geriatric population. *Medicina Clinica*. 112 (20), p.767-774.
- Morgado, J.; Rocha, C. S.; Maruta, C.; Guerreiro, M.; & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do mini-mental State Examination. *Sinapse – Sociedade Portuguesa de Neurologia*. Lisboa.
- Paúl, C.; & Ribeiro, O. (2011). Manual do envelhecimento ativo. Lidel. Edições técnicas.

- Paulo, D.; & Yassuda, M. S. (2010). Queixas de memória de idosos e a sua relação com a escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n1/a05v37n1>.
- Plati, M. C. F., Covre, P., Lukasova, K., & Macedo, E. C. (2006). Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), 118-121.
- Pereira, M. (2009). A avaliação da capacidade para o trabalho em elementos policiais: Um estudo de caso no comando da polícia de segurança pública de Braga. Dissertação de Mestrado em Sociologia da Saúde. Universidade do Minho.
- Pocinho, M. T. S., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T., & Yesavage, J. A. (2009). Clinical and psychometric validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32, 223-236.
- Saraiva, M. (2011). O olhar dos e pelos cuidadores: os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador. Dissertação de mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo. Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Saúde, S. (2013). Qualidade de vida e saúde mental em cuidadores formais de idosos. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade de Aveiro. Retrieved from <https://ria.ua.pt/handle/10773/11418>.
- Silva, C.; Amaral, V.; Pereira, A.; Bem-haja, P.; Rodrigues, V.; ... Alves, A. (2011). *Índice de capacidade para o trabalho – Portugal e Países Africanos de língua oficial portuguesa*. Aveiro: Análise Exata – Consultadoria, Formação e Edição de Livros.
- Silva, C., Rodrigues, V., Sousa, C., Cotrim, T., Rodrigues, P., Pereira A., ... Maia, P. (2001). *Índice de capacidade para o trabalho – Portugal e Países Africanos de língua oficial portuguesa*. FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Simões, M.; Sousa, L.; Firmino, H.; Andrade, S.; Ramalho, E.; Martins, J.; Martins, M.; Araújo, J.; Noronha, J.; Pinho, M.; & Vilar, M. (2010). Geriatric Depression Scale (GDS30): Estudos de validação em grupos de adultos idosos com Declínio Cognitivo Ligeiro e Demência. VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Associação Portuguesa de Psicologia e Universidade do Minho. Braga.
- Simões, M. (2012). Capacidade para o trabalho em cuidadores formais de idosos. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade de Aveiro. Aveiro.

- Teixeira, P. (2006). Envelhecendo passo a passo. Departamento de Psicologia da Universidade Lusíada do Porto. Portugal. Retrieved from <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0283.pdf>
- Vaz, S.; & Gaspar, N. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. Revista de Enfermagem referência. Retrieved from <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn4/serIIIIn4a05.pdf>
- Vigário, V. (2012). Diferenças no funcionamento cognitivo entre idosos institucionalizados. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra.

II. Anexos

Anexo 1. Pedido de Recolha de Dados.



Patrícia Neves Ferreira

Aveiro, [REDACTED]

Exm.º Sr. [REDACTED]

Presidente [REDACTED]

Assunto: Pedido para recolha de dados para Tese de Mestrado

Eu, Patrícia Neves Ferreira, aluna de Mestrado de Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, orientada pelo Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva, venho por este meio solicitar à Vossa Instituição [REDACTED] que me seja concedida autorização para a recolha de dados e tratamento/publicação dos mesmos com vista à elaboração futura da minha Tese de Mestrado.

A Tese incidirá na avaliação de idosos do Centro de Dia/Lar ao nível da saúde mental assim como nos seus cuidadores formais, avaliando a sua capacidade para o trabalho.

Como material serão utilizados questionários de resposta rápida, nomeadamente o Exame do estado mental (MMSE), o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), o Índice de Graffar e o Teste de Depressão Geriátrica. Estes dados deverão ser posteriormente comparados com dados relativos a outra instituição, mas que se encontram na valência de Lar/ Centro de Dia.

Resta ressaltar que toda a informação recolhida é estritamente confidencial e anónima e que será solicitada autorização individual a cada participante na investigação.

Agradeço desde já toda a atenção e colaboração que possa dispensar.

Com os melhores cumprimentos,

Patricia Neves Ferreira

P.S.: Para contato/resposta disponibilizo o meu e-mail: pnferreira@ua.pt e o meu contato telefónico 913021078.

Tomou Conhecimento

Autorizou o Pedido

Carlos Fernandes da Silva

[REDACTED]

Anexo 2. Consentimento informado ao participante no estudo.



universidade de aveiro

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Título do estudo: Centro de dia e Lar: Estado mental de idosos e capacidade para o trabalho dos seus cuidadores formais.

Enquadramento: Este estudo insere-se no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica da Universidade de Aveiro, da autoria da aluna Patricia Neves Ferreira, sob a orientação científica do Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva.

Explicação do estudo: A recolha de dados será realizada através do preenchimento de questionários. Estes registam a condição social e avaliam a capacidade para o trabalho, no caso dos cuidadores formais de idosos e, no caso dos idosos, o seu estado mental e se existe algum padrão depressivo. Os dados recolhidos serão posteriormente comparados com os de outra instituição.

Condições: A participação no estudo é voluntária, não estando envolvida qualquer remuneração ou gratificação. É garantida a confidencialidade e anonimato e o uso exclusivo dos dados recolhidos para efeitos de investigação.

A investigadora agradece a sua disponibilidade e colaboração.

Patricia Neves Ferreira

Para mais informações e/ou esclarecimentos contactar através do correio eletrónico: pnferreira@ua.pt

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa acima referida. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar nesta atividade sem qualquer tipo de consequência. Desta forma aceito participar voluntariamente com o preenchimento dos questionários propostos, confiando que serão apenas utilizados para a tese acima referida, nas garantias de confidencialidade e anonimato dadas pela investigadora.

SIM___ NÃO___

DATA: __/__/__

Assinatura: _____

Anexo 3. Consentimento Informado para Responsáveis/cuidadores informais dos idosos.



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Título do estudo: Centro de dia e Lar: Estado mental dos utentes e capacidade para o trabalho dos seus cuidadores formais.

Enquadramento: Este estudo insere-se no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica da Universidade de Aveiro, da autoria da aluna Patricia Neves Ferreira, sob a orientação científica do Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva.

Explicação do estudo: A recolha de dados será realizada através do preenchimento de questionários. Estes registam o estado mental dos idosos inquiridos e, caso exista, algum padrão depressivo. Os dados recolhidos serão posteriormente comparados com os de outra instituição.

Condições: A participação no estudo é voluntária, não estando envolvida qualquer remuneração ou gratificação. É garantida a **confidencialidade e anonimato** e o uso exclusivo dos dados recolhidos para efeitos de investigação.

A investigadora agradece a sua disponibilidade e colaboração.

Patricia Neves Ferreira

Para mais informações e/ou esclarecimentos contatar através do correio eletrónico: pnerreira@ua.pt

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa acima referida. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar nesta atividade sem qualquer tipo de consequência. Desta forma aceito que o idoso/utente pelo qual sou responsável participe voluntariamente com o preenchimento dos questionários propostos, confiando que serão apenas utilizados para a tese acima referida, nas garantias de confidencialidade e anonimato dadas pela investigadora.

SIM ___ NÃO ___

DATA: __/__/__

Nome do idoso/utente: _____

Assinatura do responsável: _____