



**Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte**

**Mestrado em Neuropsicologia Clínica**

*Estudo das alterações de comportamento em indivíduos  
com demência e sua correlação com a Personalidade  
Pré-mórbida*

**Raquel Marina Magalhães Ferreira**

**2015**



**Instituto Superior de Ciências da Saúde- Norte**

**Mestrado em Neuropsicologia Clínica**

***Estudo das alterações de comportamento em indivíduos  
com demência e sua correlação com a Personalidade  
Pré-mórbida***

Dissertação apresentada no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, para  
obtenção do grau de Mestre em Neuropsicologia Clínica.

Trabalho efetuado sob Orientação da Professora Doutora Manuela Leite, Psicóloga  
Clínica e Professor Auxiliar no Departamento de Ciências Sociais, Instituto Superior  
Ciências Saúde – Norte

Gandra, 04 de Maio de 2015

## **Agradecimentos**

Agradeço...

...À minha família, em especial aos meus pais, ao meu irmão, à minha cunhada e aos meus avós, por acreditarem sempre em mim e naquilo que faço e por todos os ensinamentos de vida que me transmitiram. Foi uma longa etapa, no decorrer da qual sempre me apoiaram e acarinharam.

...Ao meu companheiro, pela transmissão de confiança e força, mesmo nos momentos em que tinha que lidar com as minhas desilusões, inseguranças e frustrações.

...Aos meus colegas e amigos, que me acompanharam nesta etapa de vida.

...À Professora Dra. Manuela Leite, pela orientação e apoio neste percurso, que em muito elevaram os meus conhecimentos e, sem dúvida, muito estimularam o meu desejo de querer saber mais e a vontade constante de querer fazer melhor.

... À Professora Dra. Maria Prazeres Gonçalves pela ajuda essencial e disponibilidade sempre demonstrada.

... À Dra. Emanuela Lopes, pela orientação de Estágio e autorização da recolha da amostra no local de Estágio Curricular. E reconheço, com gratidão, a confiança que em mim depositou.

...A todos os docentes, com os quais tive contacto no decorrer da Licenciatura em Psicologia e do Mestrado de Neuropsicologia Clínica

....A todos elementos participantes nesta investigação.

## Índice

Resumo	1
Abstract	2
Introdução	3
Material e Métodos	4
Resultados	7
Discussão dos resultados	10
Conclusão	13
Bibliografia	15
Tabelas	18
Anexos	25

## **Índice Tabelas**

Tabela 1: Resultados obtidos no INP_____	18
Tabela 2:Correlação do tipo Spearman entre o INP Desgaste e o INP Total_____	19
Tabela 3: Estudo Correlacional do Tipo Sperman entre o INP, MMSE, CDR e Tempo Diagnóstico_____	20
Tabela 4: Tabela 4: Avaliação da Concordância Inter-observadores no NEO-PI – R_____	21
Tabela 5: Medidas descritivas do NEO-PI-R, obtidas pelo C e I e dados da População Normativa_____	22
Tabela 6: Estudo Correlacional do tipo Spearman entre NEO-PI-R (versão C) e o INP_____	23

## **Índice de Anexos**

**Anexo A.** Protocolo de Investigação

**Anexo B.** Normas de Publicação na Revista de Psiquiatria Clínica

## **Abreviaturas**

C - Cuidador Informal Primário

I - Informante

MMSE - Mini Mental State Exam

CDR - Clinical Dementia Rating

INP - Inventário Neuropsiquiátrico

NEO- PI- R– Inventário de Personalidade Neo- Revisto

**Estudo das alterações de comportamento em indivíduos com demência  
e sua correlação com a Personalidade Pré-mórbida**

Study of behavioral changes in individuals with dementia and their  
correlation to pre-morbid personality

Raquel Ferreira, Manuela Leite, Maria Prazeres Gonçalves<sup>1</sup> & Emanuela Lopes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CESPU, Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde

<sup>2</sup>Centro Hospitalar do Alto Ave – Unidade de Guimarães, Departamento de Psiquiatria e Saúde  
Mental

Gandra, Maio de 2015

**Direção para correspondência:**

Maria Manuela da Silva Leite  
Instituto Superior Ciências da Saúde - Norte  
Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento  
Rua Central de Gandra, 1317  
4585-116 Gandra PRD | Portugal  
manuela.leite@iscsn.cespu

## **Resumo**

**Introdução:** O principal objetivo é aprofundar o conhecimento acerca das alterações de comportamento em pacientes com demências e das variáveis que podem influir sobre as mesmas, centrando-nos na Personalidade Pré-mórbida.

**Material e métodos** - A amostra é constituída por 20 pacientes com demência, 20 cuidadores informais primários e 20 informantes. Foi aplicado ao paciente o MMSE; ao cuidador o CDR, INP e NEO-PI-R para a avaliação da personalidade pré-mórbida do paciente. O informante apenas preencheu o NEO-PI-R à semelhança do cuidador, o que levou à avaliação do nível de concordância inter-sujeitos.

**Resultados** – Ao nível das alterações de comportamento há uma maior frequência da Apatia, Agitação, Ansiedade, Irritabilidade e Ansiedade. Relativamente à personalidade, verificou-se uma correlação moderada e positiva entre Neuroticismo pré-mórbido e Depressão; forte e negativa entre Abertura à Experiência e Comportamento Nocturno, a ainda uma correlação negativa e moderada entre Conscienciosidade e Depressão, assim como a existência de várias correlações positivas e negativas e moderadas entre várias facetas e a Depressão.

**Conclusões** – As associações moderadas entre a personalidade pré-mórbida e alterações de comportamento, legitimam o investimento em investigações nesta área devido à gravidade, prevalência, e impacto global das alterações de comportamentos nos indivíduos com demência.

**Palavras-chave:** Demência, Personalidade pré-mórbida, Alterações de Comportamento

## **Abstract**

**Introduction:** The main aim is to deepen the knowledge of behavioral changes in patients with dementia and the variables that can influence the same, focusing on the pre-morbid personality.

**Methods -** The sample consists of 20 patients with dementia, 20 primary informal caregivers and 20 informants. It was applied to the patient MMSE; Caregiver CDR INP and NEO-PI-R for the evaluation of the pre-morbid personality of the patient. The informant just completed the NEO-PI-R like the caregiver, which led to the assessment of inter-subject agreement level.

**Results -** In terms of behavior changes there is a higher frequency of apathy, agitation, anxiety, irritability and anxiety. Regarding character, there was a moderate, positive correlation between premorbid Neuroticism and depression; strong negative correlation between Openness to Experience and Behavior Night, the still negative and moderate correlation between Conscienciosidade and depression, as well as the existence of several positive and negative and moderate correlations between various facets and the Depression.

**Conclusions -** The moderate association between premorbid personality and behavior changes, legitimate investment in research in this area because of the severity, prevalence, and impact of global change behaviors in individuals with dementia.

**Keywords:** Dementia, premorbid personality, behavior changes

## Introdução

O envelhecimento demográfico e o aumento da esperança média de vida é uma realidade.<sup>1</sup> De acordo com o Censur de 2011<sup>2</sup>, e Portugal, à semelhança de outros países também se confronta com este fenómeno, fortemente associado ao aumento da morbidade física e psicológica. Atualmente as demências são consideradas como um problema médico e social em crescimento<sup>3</sup>, afetando aproximadamente, 5 a 8 % de indivíduos com menos de 65 anos de idade, 15 a 20 % de indivíduos até aos 75 anos e 25 a 50 % de indivíduos com mais de 85 anos de idade<sup>4</sup>. Esta caracteriza-se pelo desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos, manifestando-se pela diminuição da memória e uma ou mais perturbações, como, afasia, apraxia, agnosia, perturbação da capacidade de execução<sup>5</sup>. Também são frequentes as alterações de comportamento dificuldades de comunicação e problemas motores que, em conjunto, podem diminuir a capacidade de realizar as atividades de vida diária<sup>6</sup>. Maioritariamente, os casos de demência, são quadros clínicos com um perfil progressivo crónico, tratando-se de um processo insidioso, lento e com duração superior a um ano<sup>7</sup>.

A par do declínio cognitivo progressivo, desenvolve-se normalmente sintomatologia a nível comportamental e psicológico, nomeadamente agressividade, desinibição comportamental, depressão, psicose, entre outros<sup>8</sup>. De acordo com O'Donnell et al. (2007)<sup>9</sup>, 20 a 92% dos indivíduos com demência vão exibir pelo menos um distúrbio comportamental ao longo da doença, o que significa que nem todos os indivíduos com demência manifestarão alterações comportamentais. Contudo, a prevalência das alterações comportamentais é significativa e com impacto substancial na qualidade de vida dos indivíduos com demência e seus cuidadores<sup>10</sup>.

Quanto à origem das alterações comportamentais na demência, durante muito tempo, estas foram encaradas com resultantes da degeneração cerebral, assentando numa relação de causalidade entre a neuropatologia e o comportamento. Atualmente, considera-se esta conceção teórica e empiricamente pouco sustentadas, na medida em que ignoram a experiência individual da pessoa demenciada e o seu contexto sócio-cultural<sup>11</sup>. Assim, nos últimos 20 anos, têm sido propostas alternativas ao modelo médico tradicional, passando a demência a ser encarada como uma condição biopsicossocial, que se origina através de uma interação entre fatores neurológicos, psicológicos e sociais. Este quadro explicativo, demonstra que comportamentos relacionados com a demência são encarados como tentativas de procura de significado,

expressar ou atender às necessidades psicológicas/físicas, constituindo a resposta do indivíduo ou tentativa do mesmo de lidar com o seu mundo<sup>12</sup>.

A investigação acerca do comportamento nas demências, inicialmente residiu na sua relação com variáveis clínicas específicas (e.g. idade de início e tipo de demência). Concluindo-se que, apenas uma pequena proporção era explicada por esses fatores. A personalidade é um fator que tem vindo a assumir relevância na compreensão das alterações de comportamento.<sup>13</sup> As estruturas individuais da personalidade podem influenciar não apenas a experiência da demência, como constituir um fator causal das alterações comportamentais, tendo por base as evidências de estabilidade temporal e situacional dos traços de personalidade<sup>10</sup>.

Neste contexto, torna-se relevante o conhecimento da personalidade pré-mórbida dos pacientes com demência, no sentido de uma maior compreensão, com o objetivo final de maximizar as intervenções clínicas nas alterações de comportamento, tendo em conta que a personalidade pré-mórbida pode ser vista como uma causa subjacente às mesmas em pessoas com demências.

A escassez de estudos nesta área a nível internacional, e sua inexistência em Portugal justificam a pertinência da presente investigação, que tem como principal objetivo o estudo das alterações de comportamento em indivíduos com demência e sua correlação com a Personalidade Pré-mórbida. Parte-se do pressuposto de que a personalidade pré-mórbida influencia as alterações de comportamento evidenciadas pelos pacientes com demência, podendo constituir um dos fatores explicativos da grande variabilidade de manifestações comportamentais evidenciadas pelos pacientes com demência, mesmo dentro da mesma entidade diagnóstica.

## **Material e métodos**

A amostra foi composta por 60 indivíduos, dos quais 20 são pacientes com Demência, 20 respetivos Cuidadores informais primários e 20 familiares/amigos designados de informantes.

Trata-se de uma amostra de conveniência, tendo por base 3 critérios principais: (1) Possuir um diagnóstico de Demência em Fase I ou II do CDR e em acompanhamento médico e psicológico pelo Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, do Centro Hospitalar do Alto Ave; (2) prestação de cuidados assegurada pelo Cuidador Primário Informal; e (3) possuir um familiar/amigo com um vínculo relacional

e longínquo que lhe permitisse caracterizar a Personalidade Pré-mórbida, o mais fielmente possível, não podendo prestar qualquer tipo de cuidados. Neste contexto, foram excluídos pacientes em Fase III do CDR, e/ou institucionalizados, e/ou que não possuíssem Cuidador Primário Informal e um segundo informante (familiar/amigo).

Considerou-se importante recrutar um segundo informante (familiar/amigo) para a avaliação da Personalidade Pré-mórbida do paciente, tendo em consideração a dificuldade de preenchimento de um questionário de auto-avaliação nesta área por uma terceira pessoa, assim como, o facto da prestação contínua de cuidados poder influir sobre a capacidade de discernimento necessário para caracterizar o paciente antes do diagnóstico, dadas as alterações provocadas pela doença.

O grupo clínico foi constituído por 20 pacientes com diagnóstico de demência, com idades compreendidas entre os 50 e 85 anos ( $M=70.80$ ;  $DP=9.807$ ), dos quais 55% do sexo feminino e 45% masculino. A maior parte (65%), possui um diagnóstico clínico de Doença de Alzheimer, seguindo-se a Demência Vasculare (25%), Demência Frontotemporal (5%) e Demência Alcoólica (5%). No que concerne à fase da doença, 85% encontra-se na Fase II e os restantes (15%) na I, apesar de a maior parte (85%), terem sido diagnosticados apenas entre 1 a 3 anos, seguindo-se os 3 a 5 anos (15%). Quanto aos Cuidadores, tinham idades compreendidas entre os 25 e 75 anos ( $M=51.50$ ;  $DP=12.751$ ), sendo maioritariamente (75%) do sexo feminino. Os segundos informantes apresentam-se com idades compreendidas entre os 24 e 74 anos ( $M=36.70$ ;  $DP=12.295$ ), dos quais 40% do sexo masculino e 60% do feminino.

A avaliação cognitiva do paciente foi efetuada através do Mini Mental State Exam – MMSE<sup>14</sup> (versão portuguesa: Guerreiro et al., 1994), tendo em consideração que se trata de um instrumento de rastreio breve, amplamente utilizado e rápido de administrar, que avalia distintas dimensões da linguagem e das funções cognitivas. Este instrumento tem uma classificação máxima de 30 pontos, porém a interpretação deve ter em conta o nível de escolaridade de cada paciente. Os pontos de corte indicam défice cognitivo, de acordo com três condições: analfabetos, com pontuação igual ou inferior a 15 pontos; um a onze anos de escolaridade com uma pontuação igual ou inferior a 22 pontos; e escolaridade superior a onze anos com pontuação igual ou inferior a 27 pontos.<sup>15</sup>

A Escala de Avaliação Clínica da Demência (Clinical Dementia Rating – CDR<sup>16</sup> (versão portuguesa: Garrett et al., 2008)<sup>17</sup> tem como objetivo a avaliação da existência e prevalência dos diversos graus de demência, tendo sido aplicada ao C. É dividida em seis categorias cognitivo-comportamentais, cada uma delas classificada em 0 (nenhuma

alteração), 0.5 (suspeita), 1 (demência ligeira), 2 (demência moderada) ou 3 (demência grave). A classificação final da CDR é obtida a partir da análise das classificações por categorias, seguindo um conjunto de regras elaboradas e validadas por Morris (1993)<sup>16</sup>. Resta salientar que se trata de um instrumento com uma boa fiabilidade na avaliação de pacientes com e sem demência.<sup>18,19</sup>

Inventário Neuropsiquiátrico (INP), permite a avaliação psicopatológica de pacientes com alterações cerebrais, através de uma entrevista ao C, não devendo ser efectuada na presença do paciente, de forma a permitir uma discussão aberta e franca dos comportamentos do mesmo.<sup>20</sup> As questões são relativas a alterações comportamentais do paciente, surgidas desde o aparecimento da doença. São perguntas de “screening”, de forma a verificar se há ou não alterações comportamentais. Permite determinar a frequência e a gravidade dos comportamentos alterados, assim como o desgaste provocado no cuidador, devido a essas mudanças comportamentais. Avaliam-se comportamentos de delírios, alucinações, agitação/agressão, depressão/disforia, ansiedade, euforia/euforia, apatia/indiferença, desinibição, irritabilidade/labilidade, comportamento motor aberrante, sono e por fim apetite e perturbações alimentares.<sup>21</sup>

O Inventário de Personalidade Neo Revisto (NEO-PI-R)<sup>22</sup>, avalia os principais factores de personalidade e cada factor é composto por seis facetas, medidas por 8 itens cada uma, que perfaz um total de 240 itens. Os domínios de personalidade medidos são: Neuroticismo (Ansiedade, Hostilidade, Depressão, Auto-consciência, Impulsividade e Vulnerabilidade), Extroversão (Acolhimento Caloroso, Gregariedade, Assertividade, Actividade, Procura de Excitação e Emoções positivas), Abertura à Experiência (Fantasia, Estética, Sentimentos, Acções, Ideias e Valores), Amabilidade (Confiança, Retidão, Altruísmo, Complacência, Modéstia e Sensibilidade) e Conscienciosidade (Competência, Ordem, Dever, Esforço de realização, Auto-disciplina e Deliberação). É de resposta do tipo Likert, com 5 opções de resposta, desde “Discordo fortemente” a “Concordo fortemente”. Este instrumento foi aplicado ao C e ao I, com o objectivo de caracterizar a Personalidade Pré-mórbida do paciente.<sup>23</sup>

Quanto aos procedimentos a primeira fase consistiu na aprovação do projecto de investigação pela Comissão de ética do Centro Hospitalar do Alto Ave, seguindo-se a recolha de dados através das consultas da Clínica de Memória, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Os pacientes e seus C foram recrutados através das consultas externas, tendo a primeira abordagem o objectivo de perceber se o paciente e o C preenchem os critérios de inclusão no estudo e se existia um segundo informante que aceitasse participar e preenchesse também os critérios de inclusão, sendo este

nomeado pelo C. Reunidas estas condições e obtido o consentimento informado do C (1ª consulta), prosseguiu-se a aplicação do CDR (recorrendo ao C) e do MMSE (aplicado ao paciente), terminando com a marcação de entrevista com o C para aplicação do NEO-PI-R (para obtenção de dados de Personalidade Pré-mórbida do paciente antes do diagnóstico de demência) e do INP (para caracterização das alterações comportamentais após o diagnóstico de demência). Era solicitado ao C que fornecesse o contacto do I, com o objetivo de estabelecer contacto, obtenção do consentimento informado e combinação dos procedimentos inerentes ao preenchimento do NEO-PI-R. Sempre que possível era agendada uma reunião entre I e a investigadora, e em caso de indisponibilidade (e.g. geográfica) era combinado outra modalidade, como por exemplo, o envio do questionário via e-mail ou CTT, sendo-lhe facultado um envelope com respetivo selo para devolução do questionário.

O tratamento dos dados foi efectuado através do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0, recorrendo-se a estatística descritiva (frequências, percentagens, médias e desvios padrão) e inferencial (Coeficiente de Correlação de Kappa e Coeficiente de Correlação de Spearman). O Coeficiente de Correlação de Kappa, foi utilizado na avaliação da concordância inter-sujeitos no preenchimento do NEO-PI-R, tendo por base valores de -1 a 1 (discordância inversa a concordância total).

## **Resultados**

Os resultados obtidos no MMSE (M=15.60, DP= 4.893), demonstram que estamos perante uma amostra com alterações cognitivas, tendo em consideração a escolaridade do paciente (M=4.0500; DP= 1.88).

No que diz respeito às alterações comportamentais evidenciadas pelos pacientes, verifica-se que a Apatia é a alteração mais marcante (94.1%), seguindo-se a Agitação (82.4%), Ansiedade (70.6%), Irritabilidade (70.6%), Appetite (70.6%), Depressão (64.7%), Desinibição (47.1%), Delírios (41.2%), Alucinações (41.2%), Comportamento noturno (23.5%), Comportamento motor aberrante (17.6%) e, por fim, Euforia (11.8%). Salienta-se que, o mesmo paciente pode apresentar mais do que uma alteração, e mesmo alterações dissonantes entre si (e.g agitação vs euforia).

A Tabela 1 apresenta os resultados obtidos no INP, tendo em consideração o valor total (frequência x gravidade) e o Desgaste associado em cada uma das dimensões avaliadas.

<Inserir Tabela 1>

Apesar da frequência dos comportamentos, quando associados à gravidade dos mesmos, verificam-se médias elevadas ao nível da Apatia (M=8.90; DP=8.493), seguindo-se a Agitação (M=6.95; DP= 4.123), Depressão (M=6.09; DP=4.947) e Irritabilidade (M=5.90; DP=4.909). A Euforia (M=.35; DP=1.089), o Comportamento Noturno (M=.90; DP=1.997) e o Comportamento Motor Aberrante (M= 1.00; DP=2.555), apresentam médias mais baixas. Quanto ao nível de desgaste provocado no cuidador, constatamos que a Apatia se afigura como o comportamento mais desgastante (M=3.70; DP=1.031), seguido de Agitação (M=3.20; DP= 1.508) e Depressão (M=2.80; DP=1.908). Contudo, correlacionando o INP total e as várias dimensões com o INP Desgaste (Tabela 2), constatamos que existe apenas uma forte correlação entre o INP Total e INP Desgaste ( $r=.826$ ,  $p<.001$ ), assim como, uma correlação moderada e também estatisticamente significativa com os Delírios ( $r=.587$ ,  $p=.007$ ) e a Irritabilidade ( $r=.539$ ,  $p=.014$ ).

<Inserir Tabela 2>

No sentido de aprofundar o conhecimento acerca das variáveis que poderão influenciar as alterações de comportamento nos pacientes com demência, procedeu-se ao estudo correlacional entre as alterações de comportamento (INP), o estado mental (MMSE e CDR) e Tempo de diagnóstico (Tabela 3) e posteriormente com a Personalidade Pré-mórbida do mesmo.

<Inserir Tabela 3>

A análise da Tabela 3 permite-nos verificar a existência de apenas três correlações estatisticamente significativas entre o INP e as outras variáveis. Desta forma, o INP Depressão e o MMSE ( $\rho =.578$ ,  $p=.030$ ), correlacionam-se de forma moderada e positiva; o INP Agitação e o Estadio da doença (CDR) ( $\rho=-.629$ ,  $p=.007$ ), assim como O INP Apatia e o Tempo de Diagnóstico ( $\rho=-.535$ ,  $p=.018$ ) correlacionam-se ambos, de forma moderada e negativa.

No que concerne à personalidade pré-mórbida do doente, e tendo em consideração que a mesma foi avaliada por terceiros em detrimento do próprio doente, o primeiro passo foi analisar o nível de concordância entre a avaliação realizada pelo C e pelo I, através da Medida de Concordância Kappa (Tabela 4).

<Inserir Tabela 4>

A análise da Tabela 4, revela-nos que a concordância inter-observadores é ligeira, oscilando entre valores de Kappa de .082 a .284. Estes valores de concordância são perfeitamente compreensíveis, quando analisamos os resultados obtidos na avaliação da personalidade pré-mórbida do doente na perspetiva de cada um dos informantes (Tabela 5).

<Inserir Tabela 5>

Como podemos verificar, é consensual entre os observadores a supremacia do domínio Amabilidade (C  $M=117.10$ ;  $DP=18.50$ ; I  $M=119.90$ ;  $DP=16.46$ ) e a baixa Abertura à Experiência (C  $M=82.20$ ;  $DP=18.40$ ; I  $M=83.84$ ;  $DP=17.08$ ), comparativamente às outras dimensões. Constatou-se também que todos os domínios e respetivas facetas de personalidade pré-mórbidas dos pacientes, avaliadas através dos cuidadores, se encontram dentro da média comparativamente com a população em geral. A análise pormenorizada das facetas, permite-nos identificar que as cinco características mais proeminentes, são, o “Dever” ( $M=20.70$ ;  $DP=2.58$ ), “Altruísmo” ( $M=20.60$ ;  $DP=4.27$ ), “Sensibilidade” ( $M=20.55$ ;  $DP=2.67$ ), “Retidão” ( $M=20.25$ ;  $DP=3.49$ ) e “Ansiedade” ( $M=20.15$ ;  $DP=3.15$ ). A primeira faceta faz parte do domínio Conscienciosidade, as três seguintes da Amabilidade, e a última do Neuroticismo.

Considerando a concordância inter-observadores aceitável, procedeu-se ao estudo correlacional das características da personalidade pré-mórbida e as alterações de comportamento decorrentes do processo demencial, optando-se pela versão preenchida pelo C, tendo em consideração que também foi ele quem forneceu os elementos relativos ao estadio da doença e alterações comportamentais (Tabela 6).

<Inserir Tabela 6>

A análise da Tabela 6, permite-nos constatar que existe uma correlação moderada e positiva entre o domínio de Neuroticismo pré-mórbido e INP Depressão ( $\rho=.607$ ,  $p=.021$ ), nomeadamente entre a faceta “Ansiedade” e INP Depressão ( $\rho=.593$ ,  $p=.025$ ), “Depressão” e INP Depressão ( $\rho=.642$ ,  $p=.013$ ), e “Vulnerabilidade” e INP Depressão ( $\rho=.728$ ,  $p=.003$ ). Constata-se uma correlação forte e negativa entre o domínio Abertura à Experiência e INP Comportamento Nocturno ( $\rho= -.879$ ,  $p=.009$ ). No que concerne às suas facetas, verificam-se uma correlação moderada e negativa entre “Sentimentos” e INP Depressão ( $\rho= -.601$ ,  $p=.023$ ), e moderadas mas positivas entre “Ações” e INP Agitação ( $\rho=.533$ ,  $p=.028$ ), “Ideias” e INP Ansiedade ( $\rho=.554$ ,  $p=.032$ ). Confirma-se uma correlação negativa e moderada entre Conscienciosidade e INP Depressão ( $\rho= -.725$ ,  $p=.003$ ), inclusive entre “Competência” e INP Depressão ( $\rho= -.577$ ,  $p=.031$ ), o “Esforço-realização” e INP Depressão ( $\rho= -.682$ ,  $p=.007$ ) e “Auto-

disciplina” e INP Depressão ( $\rho = -.647, p = .012$ ). A “Ordem” é a única faceta neste domínio que se correlaciona de forma moderada mas positiva com o INP, mais concretamente com o INP Ansiedade ( $\rho = .519, p = .047$ ). Salienta-se que os domínios de Extroversão e Amabilidade não se correlacionam significativamente com nenhuma das alterações de comportamento, no entanto, há facetas dentro destes domínios que apresentam correlações estatisticamente significativas. No domínio Extroversão, encontramos correlações moderadas e negativas entre a “Assertividade” e Depressão ( $\rho = -.616, p = .019$ ), e “Atividade” e Depressão ( $\rho = -.577, p = .031$ ). Existe ainda uma correlação forte e negativa entre a “Procura de Excitação” e Comportamento noturno ( $\rho = -.846, p = .030$ ). No que concerne às facetas do domínio da Amabilidade, verificam-se quatro correlações negativas, sendo três moderadas e uma bastante forte, entre: “Complacência” e INP Irritabilidade ( $\rho = -.527, p = .044$ ); “Modéstia” e INP Apetite ( $\rho = -.545, p = .036$ ); e “Sensibilidade” com o INP Apatia ( $\rho = -.651, p = .003$ ) e o INP Euforia ( $\rho = -.918, p = .028$ )

## **Discussão**

A presente investigação teve com objectivo contribuir para a compreensão das alterações de comportamento nos pacientes com demência, partindo do pressuposto de que para além da condição cognitiva, também a Personalidade Pré-mórbida poderá desempenhar um papel preponderante. Neste sentido, avaliou-se o paciente do ponto de vista cognitivo e comportamental, recolheu-se informações acerca da doença e tentou-se traçar um perfil da Personalidade Pré-mórbida dos mesmos através de dois informantes: cuidador e um familiar/amigo.

No que diz respeito à condição clínica dos pacientes, verifica-se que se encontram maioritariamente na fase II (moderada) da demência, apesar do diagnóstico ser relativamente recente (1 a 3 anos). Tal poderá dever-se ao predomínio de diagnóstico de Demência de Alzheimer, doença neurodegenerativa, com evolução insidiosa, o que dificulta o reconhecimento dos sintomas e por conseguinte, o diagnóstico precoce.<sup>24</sup> A idade avançada também contribui para as dificuldades de distinção entre o envelhecimento normal e patológico. Não obstante, o moroso acesso à Clínica de Memória e o processo de avaliação (exames laboratoriais, de neuroimagem e avaliação neuropsicológica), contribuem para um atraso no diagnóstico da demência<sup>25</sup>.

No que diz respeito às alterações de comportamento, verifica-se um predomínio da Apatia, Agitação, Ansiedade, Irritabilidade, Alterações do Apetite e Depressão, indo de encontro aos resultados obtidos num outro estudo, com frequências elevadas de Apatia (72%), Agitação (60%) e Ansiedade (48%).<sup>26</sup> A baixa frequência de comportamentos disruptivos (delírios, alucinações, comportamentos aberrantes, etc.), são congruentes com o estadió da doença e o nível de deterioração cognitiva moderada.<sup>27</sup> Associando a frequência à gravidade das alterações de comportamento, verifica-se mais uma vez a proeminência da Apatia, seguida da Agitação, Depressão e Irritabilidade, alterações comportamentais que conduzem a valores mais elevados de desgaste no cuidador, indo de encontro aos resultados de outros estudos.<sup>28,29</sup>—No entanto, quando se correlacionam as alterações comportamentais com o desgaste no cuidador verificam-se apenas correlações estatisticamente significativas entre o INP Total, os Delírios e a Irritabilidade. No que concerne ao INP Total, esta é perfeitamente compreensível tendo em consideração que os sintomas comportamentais surgem mais frequentemente associados ao desgaste no cuidador<sup>30</sup>, comparativamente aos cognitivos. A Irritabilidade é um comportamento frequente na nossa amostra, legitimando o nível de desgaste, o mesmo não se pode dizer relativamente aos delírios, com baixa frequência. Por conseguinte, o seu impacto no desgaste do cuidador, dever-se-á à natureza bizarra do comportamento em si.

O estudo correlacional entre o INP e o estado cognitivo dos pacientes (MMSE), demonstrou que o existe uma correlação estatisticamente significativa e negativa entre o nível de deterioração cognitiva e o INP Depressão, e que deriva da manutenção da capacidade de insight na fase inicial da doença. Segundo alguns estudos<sup>31, 32</sup>, os pacientes capazes de compreender o seu estado de saúde (perceção do declínio cognitivo), apresentam um risco aumentado para a Depressão.

Relativamente, ao estadió da doença verifica-se apenas uma correlação negativa e moderada com a Agitação, o que significa que a agitação é mais frequente nas primeiras fases da doença. Recorde-se que na última fase, o doente encontra-se acamado, em mutismo parcial ou total e desprovido da maioria das suas capacidades cognitivas, comunicacionais e motoras<sup>27</sup>.

Relativamente, à avaliação da Personalidade Pré-mórbida, trata-se de um processo difícil, tendo em consideração que a mesma não pode ser realizada pelo doente devido à deterioração cognitiva e os questionários existentes são de autoavaliação. No entanto, tal como em outros estudos<sup>33, 34, 35, 36, 37</sup>, recorreremos à avaliação da personalidade alicerçada nos cinco traços de personalidade<sup>1</sup>, preferindo-se a versão

completa do questionário (NEO-PI-R), o que constitui uma mais-valia no nosso estudo, comparativamente aos demais. À semelhança dos outros estudos, também optamos pelo hétero-preenchimento, recorrendo-se para o efeito a dois informantes de forma a testar a “fiabilidade” da avaliação realizada. Atendendo à individualidade das características da personalidade, o que dificulta o pleno conhecimento de alguém por parte de outrem, independentemente da proximidade e grau de intimidade, consideramos os valores de concordância inter-observadores “aceitáveis”, legitimando a persecução do estudo. Para além disso, a “normatividade” da amostra quando comparados os resultados obtidos através dos cuidadores, com os da população em geral, vem de alguma forma consolidar o estudo da Personalidade Pré-mórbida dos pacientes, e sua relação com as alterações de comportamento decorrentes da doença através da perspectiva do seu cuidador.

Comparados as avaliações da personalidade efetuados pelos cuidadores e informantes, constatamos níveis elevados de Amabilidade e baixos de Abertura à Experiência nos pacientes, havendo uma boa concordância inter-observadores quanto a estes dois domínios da personalidade. O Neuroticismo, é subavaliado pelos informantes comparativamente aos cuidadores. Tais discrepâncias poderão dever-se quer ao grau de conhecimento do paciente por parte de cada um dos sujeitos, quer à proximidade do cuidador ao paciente, cujas alterações de comportamento atuais poderão influenciar a avaliação pré-mórbida. Recorde-se que ao nível do Neuroticismo a faceta mais proeminente é a Ansiedade, sendo também um sintoma frequente nos quadros demenciais, o que poderá dificultar a capacidade de discernimento do cuidador entre o traço de personalidade (ansiosa) e a sintomatologia ansiosa atual – quinta alteração de comportamento mais evidenciada no INP. Os informantes não se deparam com este problema, tendo em consideração que um dos critérios de inclusão era precisamente a ausência de prestação de cuidados ao doente.

O estudo correlacional entre a Personalidade pré-mórbida e as Alterações Comportamentais, revelou ao nível dos domínios, uma correlação moderada e positiva entre o domínio de Neuroticismo pré-mórbido e INP Depressão, negativa e forte entre a Abertura à experiência e INP comportamentos noturnos e moderada e negativa entre a Conscienciosidade e o INP Depressão. Os domínios de Extroversão e Amabilidade não se correlacionam significativamente com nenhuma das dimensões do INP (alterações de comportamento). Contudo, no que concerne às facetas, encontramos um aglomerado significativo de correlações positivas e negativas de moderadas e fracas de várias facetas pertencentes aos cinco domínios com as diferentes dimensões do INP, sobretudo com a Depressão.

No que concerne ao Neuroticismo, os nossos resultados vão de encontro a outras investigações, que destacam uma relação positiva entre o Neuroticismo pré-mórbido e Depressão<sup>38</sup>, nomeadamente entre as facetas “ansiedade”, “depressão” e “vulnerabilidade”<sup>34</sup>. Salienta-se que o Neuroticismo avalia a capacidade de adaptação e estabilidade emocional<sup>22</sup>, sendo facilmente expectável que em situação de doença, indivíduos com estas características pré-mórbidas tenham uma maior propensão para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

A correlação negativa entre a Abertura à experiência e os Comportamentos noturnos é contraditória, na medida em que esta edifica a tendência para a exploração do não-familiar e da fantasia entre outros<sup>22</sup>.

Contudo, a correlação negativa entre a Conscienciosidade e Depressão, indica-nos que os indivíduos com maior capacidade de organização, persistência e motivação<sup>22</sup>, apresentam níveis inferiores de sintomatologia depressiva. Quando confrontados com a doença (recorde-se discussão entre capacidade de insight e depressão), a sua pro-atividade poderá levá-los a considera-la como um desafio, diminuindo o impacto negativo da mesma ao nível da saúde mental.

No que concerne à relação entre as alterações de comportamento e as facetas propriamente ditas, destacamos a Depressão por apresentar correlações positivas e negativas com nove facetas da personalidade. Sendo assim, verifica-se que os doentes com níveis mais elevados de depressão, são aqueles que apresentam como características pré-mórbidas traços ansiosos, depressivos, vulneráveis, níveis baixos de sentimentos, de assertividade, atividade, assim como, de competência, ordem, esforço de realização e autodisciplina. Por conseguinte são indivíduos mais tensos e preocupados, desesperançados, mais insensíveis ao meio ambiente, mais rígidos e pragmáticos, com baixa autoestima, desorganizados, pouco ambiciosos e desistentes face à frustração o que justifica uma vulnerabilidade aumentada<sup>22</sup>. O pragmatismo (“ideias”) e desorganização (“ordem”), também se correlacionam com níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa.

## **Conclusão**

O presente estudo apresenta algumas limitações, sendo o reduzido tamanho da amostra a principal. Não obstante, adensa a pertinência do estudo da personalidade pré-morbida dos doentes com demência na compreensão das alterações de comportamento,

tendo em consideração que o mesmo demonstrou a relação existente entre um conjunto de facetas da personalidade e os níveis de depressão e ansiedade. O caráter progressivo e incapacitante da demência, implica por parte dos doentes, uma atitude pró-ativa no sentido de preservar o mais tempo possível as capacidades cognitivas, não se coadunando com a instabilidade emocional, desorganização, dificuldades de afirmação e a sobre-estimulação.

## Bibliografia

- <sup>1</sup> Lima MP. Envelhecimento(s). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2010.
- <sup>2</sup> Censos 2011 – Resultados provisórios. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Lisboa; 2011.
- <sup>3</sup> Ribeira S, Ramos C, Sá L. Avaliação inicial da demência. Rev. Port. Clin. Geral. 2004; 20, 569-577.
- <sup>4</sup> APA - American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementia; 2007.
- <sup>5</sup> APA - American Psychiatric Association . Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores;1996.
- <sup>6</sup> Cruz J, Barbosa A, Figueiredo D, Marques A, Sousa L. Cuidar com sentido (s): Guia para cuidadores de pessoas com demência, Universidade de Aveiro, Fundação Calouste Gulbenkian; 2011.
- <sup>7</sup> Santana I. A Doença de Alzheimer e outras Demências – Diagnóstico Diferencial. Em Cartro-Caldas, A., Mendonça, A. (Coord.) A doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal (p.61-82). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas; 2005.
- <sup>8</sup> Heath H. Living well with dementia in a care home. A guide to implementing the National Dementia Strategy . Harrow: RCN Publishing Company; 2009.
- <sup>9</sup> O'Donnell MJ, Lewis DL, Dubois S, Standish TI, Bedard M, Molloy DW. Behavioural and psychological symptoms in community-dwelling elderly persons with cognitive impairment and dementia: Prevalence and factor analysis. Clinical Gerontologist. 2007; 30, 41–52.
- <sup>10</sup> Osborne H, Simpson J, Stokes G. The relationship between pre-morbid personality and challenging behaviour in people with dementia: A systematic review. Aging & Mental Health. 2010. Vol. 14, No. 5, 503–515.
- <sup>11</sup> Cheston R, Bender M. Understanding dementia: The man with the worried eyes. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd; 1999.
- <sup>12</sup> Downs M, Clare L, Anderson E. Dementia as a biopsychosocial condition: Implications for practice and research. In R. Woods & L. Clare (Eds.), Handbook of the clinical psychology of ageing (pp. 549–571). West Sussex: John Wiley and Sons Ltd; 2008.
- <sup>13</sup> Ballard C, O'Brien J, James I, Swann A. Dementia: Management of Behavioural and Psychological Symptoms. Oxford: Oxford University Press; 2011.
- <sup>14</sup> Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J. Psychiat. Res. 1975; 12 (3), 189-198.
- <sup>15</sup> Guerreiro M, Silva AP, Botelho A, Leitão O, Castro-Caldas A, Garcia C. Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). Coimbra: Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia; 1994.
- <sup>16</sup> Morris J. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. Neurology. 1993; 43 (11), 2412-2414.
- <sup>17</sup> Garrett C, Santos F, Tracana I, Barreto J, Sobral M, Fonseca R. Avaliação clínica da demência – Tradução em português. In A. Mendonça, & M. Guerreiro (Eds.). Escalas e Testes na Demência (pp. 17-32). Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência; 2008.
- <sup>18</sup> Rockwood K, Strang D, MacKnight C, Downer R, Morris JC.. Interrater reliability of the clinical dementia rating in a multicenter trial. J. Am. Geriatrics Soc. 2000; 48 , 558–559.

- <sup>19</sup> Schafer KA, Tractenberg RE, Sano M, Mackell JA, Thomas RG, Gamst A et al.. Alzheimer's disease cooperative study. Reliability of monitoring the clinical dementia rating in multicenter clinical trials. *Alzheimer Dis. Assoc. Disord.*2004; 18 , 219–222.
- <sup>20</sup> Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology.* 1994;44:2308-2314.
- <sup>21</sup> Leitão OR, Nina A. Escalas e Testes nas Demências. Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência. 2ª Edição;2007.
- <sup>22</sup> Costa P, McCrae R. Revised NEO Personality Inventory and NEO Five-Factor Inventory: Professional manual. Odessa, FL:Psychological Assessment Resources, 1992.
- <sup>23</sup> Lima M, Simões A. NEO PI-R: manual profissional. Lisboa: CEGOC-TEA; 2000.
- <sup>24</sup> Ribeiro CF. Doença de Alzheimer: a principal causa de demência nos idosos e seus impactos na vida dos familiares e cuidadores. Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
- <sup>25</sup> Caramelli P, Barbosa MT. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(Supl I):7-10.
- <sup>26</sup> Mega MS, Cummings JL, Fiorello T, Gornbein J. The spectrum of behavioural changes in Alzheimer's disease. *Neurology.* 1996;46:130-135.
- <sup>27</sup> Barreto J. Os sinais da doença e a sua evolução. In A. Castro- Caldas Mendonça (Eds). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp.27-40) Lisboa: Lidel; 2005.
- <sup>28</sup> Victoroff J, Mack WJ, Nielson KA. Psychiatric complications of dementia: impact on caregivers. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 1998;9:50-55.
- <sup>29</sup> Veja UM, Marinho V, Engelhardt E, Laks J. Sintomas neuropsiquiátricos nas demências: relato preliminar de uma avaliação prospectiva em um ambulatório do Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2007;65(2b):498-502.
- <sup>30</sup> Rabins PV. Behavioural disturbances of dementia: practical and conceptual issues. *Int Psychogeriatr* 1996;8:281-283.
- <sup>31</sup> Harwood DG, Sultzer DL, Wheatley MV. Impaired insight in Alzheimer disease: association with cognitive deficits, psychiatric symptoms, and behavioral disturbances. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*, 2000, 13(2): 83–88. AN: 00010291- 200013020-00002.
- <sup>32</sup> Horning SM, Melrose R, Sultzer D. Insight in Alzheimer's disease and its relation to psychiatric and behavioral disturbances. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014 29: 77 –84.
- <sup>33</sup> Brandt J, Campodonico JR, Rich JB, Baker L, Steele C, Ruff T et al. Adjustment to residential placement in Alzheimer disease patients: Does premorbid personality matter? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1998. 13, 509–515.
- <sup>34</sup> Chatterjee A, Strauss ME, Smyth KA, Whitehouse PJ. Personality changes in Alzheimer's disease. *Archives of Neurology*, 1992, 49, 486–491.
- <sup>35</sup> Clark LM, Bosworth HB, Welsh-Bohmer KA, Dawson DV, Siegler IC. Relation between informant-rated personality and clinician-rated depression in patients with memory disorders. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioural Neurology*, 2000, 1, 39–47.
- <sup>36</sup> Kolanowski AM, Strand G, Whall A. A pilot study of the relation of premorbid characteristics to behavior in dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 1997, 23, 21–30.

<sup>37</sup> Strauss ME, Lee MM, DiFilippo JM. Premorbid personality and behavioral symptoms in Alzheimer disease: Some cautions. *Archives of Neurology*, 1997, 54, 257–259.

<sup>38</sup> Gilley DW, Wilson RS, Bienias JL, Bennett DA, Evans DA. Predictors of depressive symptoms in persons with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 2004, 59B, 75–83.

## Tabelas

Tabela 1: Resultados obtidos no INP

	INP Total (F x G)		INP Desgaste	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<b>Delírios</b>	2.45	3.236	1.65	1.899
<b>Alucinações</b>	1.75	3.160	1.20	1.673
<b>Agitação</b>	6.95	4.123	3.20	1.508
<b>Depressão</b>	6.05	4.947	2.80	1.908
<b>Ansiedade</b>	5.10	4.587	2.45	1.572
<b>Euforia</b>	.35	1.089	.25	.786
<b>Apatia</b>	8.90	3.493	3.70	1.031
<b>Desinibição</b>	2.25	3.508	1.40	1.789
<b>Irritabilidade</b>	5.90	4.909	2.75	1.713
<b>Comp. motor aberrante</b>	1.00	2.555	.45	1.099
<b>Comp. nocturno</b>	.90	1.997	.70	1.455
<b>Apetite</b>	4.40	3.589	2.15	1.599

Tabela 2: Correlação do tipo Spearman entre o INP Desgaste e o INP Total.

	<b>INP Desgaste</b>
<b>INP Total</b>	.862**
<b>Delírios</b>	.587**
<b>Alucinações</b>	.293
<b>Agitação</b>	.402
<b>Depressão</b>	.147
<b>Ansiedade</b>	.219
<b>Euforia</b>	.025
<b>Apatia</b>	.065
<b>Desinibição</b>	.418
<b>Irritabilidade</b>	.539*
<b>Comp. Motor aberrante</b>	.016
<b>Comp. Nocturno</b>	.030
<b>Apetite</b>	.333

\*p<0.10; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Tabela 3: Estudo Correlacional do Tipo Sperman entre o INP, MMSE, CDR e Tempo Diagnóstico

<b>INP</b>	<b>MMSE</b>	<b>CDR</b>	<b>Tempo diagnóstico</b>
<b>Delírios</b>	-.305	.	.000
<b>Alucinações</b>	-.311	.	-.489
<b>Agitação</b>	.032	-.629**	-.113
<b>Depressão</b>	.578*	-.212	-.036
<b>Ansiedade</b>	.286	.046	-.355
<b>Euforia</b>	.500	.	-.395
<b>Apatia</b>	-.147	.084	-.535*
<b>Desinibição</b>	-.170	-.302	.189
<b>Irritabilidade</b>	-.263	-.201	-.140
<b>Comp. motor aberrante</b>	-.295	.	.112
<b>Comp.noturno</b>	-.715	.	.083
<b>Apetite</b>	.428	.160	.471
<b>Total</b>	.866	.	.866
<b>Desgaste</b>	-.866	.	.000

\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$

Tabela 4: Avaliação da Concordância Inter-observadores no NEO-PI-R

<b>Traço de personalidade</b>	<b>Medida de Concordância Kappa</b>
Neuroticismo	.182
Extroversão	.186
Abertura à experiência	.082
Amabilidade	.284
Conscienciosidade	.173

Tabela 5: Medidas descritivas do NEO-PI-R, obtidas pelo C e I e dados da População Normativa

	Cuidador		Segundo Informante		População Normativa	
	M	DP	M	DP	M	DP
<b>Neuroticismo</b>	97.20	19.03	93.05	18.25	95	18.6
N1 - Ansiedade	20.15	3.15	—	—	19.1	4.7
N2 - Hostilidade	15.20	4.82	—	—	14.5	4.2
N3 - Depressão	13.95	5.26	—	—	16.1	4.9
N4 - Auto-Consciência	16.95	3.55	—	—	16.2	4.4
N5 - Impulsividade	16.35	3.36	—	—	15.9	4
N6 - Vulnerabilidade	14.60	5.64	—	—	12.9	4.3
<b>Extroversão</b>	97.10	23.58	98.60	22.90	105.2	15.5
E1 - Acolhimento	18.80	3.99	—	—	21.7	3.8
E2 - Gregariedade	14.05	6.06	—	—	16.5	4.8
E3 - Assertividade	15.00	5.48	—	—	13.9	3.9
E4 - Atividade	17.50	4.63	—	—	17	3.2
E5 - Procura Excitação	13.85	4.72	—	—	17.6	4.6
E6 - Emoções positivas	17.90	5.09	—	—	18.2	4.2
<b>Abertura à Experiência</b>	82.20	18.40	83.84	17.08	107.1	18.2
O1 - Fantasia	15.05	4.65	—	—	17	4.7
O2 - Estética	10.20	5.24	—	—	19.8	5
O3 - Sentimento	18.00	2.69	—	—	19.4	3.9
O4 - Ações	10.85	4.59	—	—	16.1	3.7
O5 - Ideias	9.85	5.95	—	—	17	5.4
O6 - Valores	18.25	2.99	—	—	17.5	3.5
<b>Amabilidade</b>	117.10	18.50	119.90	16.46	119.6	16.1
A1 - Confiança	17.85	4.02	—	—	18.5	4.3
A2 - Retidão	20.25	3.49	—	—	19	4.1
A3 - Altruísmo	20.60	4.27	—	—	21.9	3.7
A4 - Complacência	18.25	4.85	—	—	19.6	4.5
A5 - Modéstia	19.60	5.71	—	—	20	4.1
A6 - Sensibilidade	20.55	2.67	—	—	21.2	3.3
<b>Conscienciosidade</b>	108.95	22.07	111.95	21.47	119.4	17.9
C1 - Competência	19.30	3.89	—	—	20	3.5
C2 - Ordem	17.35	4.32	—	—	18.9	4.4
C3 - Dever	20.70	2.58	—	—	22.8	4
C4 - Esforço realização	17.65	5.42	—	—	19.9	3.9
C5 - Auto-disciplina	17.70	6.06	—	—	19.2	4.2
C6 - Deliberação	16.25	5.42	—	—	18.3	4.6

Tabela 6: Estudo Correlacional do tipo Spearman entre NEO-PI-R (versão C) e o INP.

INP NEOPI-R	Del.	Aluci	Agit.	Dep.	Ans.	Euf.	Apat.	Desin.	Irrit.	C.m. abe.	C. Not.	Ape.	INP Total
<b>Neurotic.</b>	-.362	-.310	-.063	<b>.607*</b>	-.175	.112	.264	-.304	-.063	.339	.337	-.107	-.500
<b>N1</b>	-.615	-.363	-.307	<b>.593*</b>	.045	-.224	.133	-.515	-.131	.016	.283	-.188	-.500
<b>N2</b>	-.456	-.031	.076	.157	.028	.447	.321	-.141	.311	.016	.368	.230	-.500
<b>N3</b>	-.172	-.270	.067	<b>.642*</b>	-.003	.447	.323	-.192	-.253	.564	.397	-.170	-.500
<b>N4</b>	-.359	-.201	-.440	.265	-.077	-.057	.322	-.382	-.206	.802	.283	-.121	-.500
<b>N5</b>	-.066	.119	.003	-.101	-.487	.287	.004	.061	.207	.555	.548	.059	<b>-1.000**</b>
<b>N6</b>	-.154	-.528	-.016	<b>.728**</b>	-.094	.112	.164	-.375	-.240	.123	.114	-.165	.500
<b>Extrover.</b>	.178	.127	.198	-.369	-.016	-.447	-.272	.106	.242	-.463	-.449	.078	.500
<b>E1</b>	.161	.103	.169	-.175	-.039	-.447	-.238	.107	.147	-.407	-.623	-.035	.500
<b>E2</b>	.506	.006	.238	-.008	.209	-.631	-.366	.037	-.293	-.339	-.538	-.178	.500
<b>E3</b>	.085	.374	.204	<b>-.616*</b>	-.011	-.447	-.207	.150	.489	-.339	-.255	.160	.500
<b>E4</b>	-.075	.377	.025	<b>-.577*</b>	-.103	.057	.110	.372	.490	-.586	-.170	.138	.500
<b>E5</b>	-.025	-.087	.288	-.113	-.206	-.688	-.219	-.160	.251	-.595	<b>-.846*</b>	.021	.000
<b>E6</b>	.284	.295	.212	-.510	.126	-.447	-.162	.211	.074	-.339	-.651	.087	.500
<b>A. Exper.</b>	-.125	.242	.294	.007	.208	-.671	-.089	-.124	.085	-.339	<b>-.879**</b>	-.072	.500
<b>O1</b>	-.116	.280	.011	-.182	.066	-.344	-.111	-.261	.016	-.125	-.200	.026	-.866
<b>O2</b>	.107	.381	.136	.140	.449	.287	.109	.204	-.141	.204	-.397	-.035	<b>.500</b>
<b>O3</b>	.175	.606	.194	<b>-.601*</b>	.232	.125	.061	.114	.204	-.461	-.559	-.025	.000
<b>O4</b>	.377	-.163	<b>.533**</b>	-.146	-.088	-.631	-.129	-.130	.178	-.188	-.444	-.222	.500
<b>O5</b>	-.150	-.087	.384	.214	<b>.554*</b>	-.447	-.008	-.157	.157	-.555	-.648	.132	<b>1.000**</b>
<b>O6</b>	.242	-.122	-.139	-.105	-.372	-.344	-.156	.161	.008	.295	-.356	-.439	.000
<b>Amabilid.</b>	.269	-.025	-.178	.265	.120	-.447	-.372	.184	-.427	.093	-.449	-.280	.500
<b>A1</b>	.437	-.056	.042	.044	-.183	-.447	-.276	.242	.043	-.016	-.449	-.284	.500
<b>A2</b>	.306	.202	-.248	0.73	.301	-.112	-.297	.060	-.338	-.016	-.519	.061	.500
<b>A3</b>	.204	.271	.158	.324	.050	-.447	-.046	.211	-.401	-.079	-.449	-.134	-.500
<b>A4</b>	.323	.203	-.178	.475	.300	-.354	-.229	.216	<b>-.527*</b>	.207	-.667	-.242	.000
<b>A5</b>	.171	-.397	-.274	.273	-.188	-.344	-.139	.098	-.396	.235	.181	<b>-.545*</b>	.500
<b>A6</b>	.171	-.053	.146	-.124	-.140	<b>-.918*</b>	<b>-.651**</b>	-.061	-.146	-.238	-.471	-.285	.000
<b>Conscie.</b>	.103	.365	-.064	<b>-.725**</b>	.296	-.447	-.090	.023	.133	-.555	-.393	.004	.500
<b>C1</b>	.343	.367	-.001	<b>-.577**</b>	.514	-.447	-.145	.063	-.044	-.555	-.312	-.020	.500
<b>C2</b>	-.172	.164	-.104	-.245	.519*	-.648	-.152	-.152	.073	-.564	-.585	.256	-.866
<b>C3</b>	-.354	.540	.054	-.471	-.054	-.500	.122	-.164	.511	-.361	-.465	.145	-.866
<b>C4</b>	-.075	.198	-.028	<b>-.682**</b>	.019	-.447	.074	.021	.415	-.247	-.168	-.105	.500

<b>C5</b>	.209	.432	.038	<b>-.647*</b>	.209	-.287	-.120	.354	.305	-.555	-.225	.047	.500
<b>C6</b>	.475	-.453	-.106	-.270	.127	-.860	-.154	-.222	-.200	-.802	-.548	-.164	.500

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

# **Anexos**

# **Anexo A: Protocolo de Investigação**

# PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE PRÉ-MÓRBIDA DOS DOENTES COM DEMÊNCIA

Responsáveis pelo Projecto de Investigação

Marina Ferreira – Projecto de Mestrado em Neuropsicologia Clínica

Professora Doutora Manuela Leite – Orientadora

N.º Questionário

ENTREVISTADO: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Apresentação do entrevistador:*

Bom dia/tarde

Neste momento estamos a realizar um estudo que tem como objectivo compreender a personalidade do doente antes do surgimento da doença, ou seja, a sua forma se sentir, pensar e agir. Dadas as características da doença, torna-se impossível recolher esta informação junto do doente, pelo que pedimos a Vossa colaboração.

Nesse sentido, pedimos que responda às questões do questionário NEOPI-R, como se fosse o doente, ou seja, que pense e imagine a forma como ele agia e pensava normalmente antes da demência, e a partir dessa imagem que preencha o questionário como se fosse o doente. Seja o mais honesto possível. Não existem respostas certas ou erradas, apenas diferentes formas de agir e pensar.

Resta-nos salientar que a sua participação é de extrema importância, na compreensão do doente, assim como, na definição de estratégias de intervenção.

As respostas são totalmente confidenciais.

Obrigado pela colaboração!

## **Protocolo de consentimento informado**

### **Cuidador informal primário**

Eu, \_\_\_\_\_ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Raquel Marina Magalhães Ferreira (Aluna do Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte), orientado pela Professora Doutora Manuela Leite, no âmbito da dissertação de Mestrado de Neuropsicologia Clínica. Foram-me explicados e compreendo os objectivos principais deste estudo: A avaliação da personalidade pré-mórbida em pacientes com demência, as alterações de comportamento e o estudo da correlação entre estas duas.

Também entendi os procedimentos que tenho de realizar: Responder ao Inventário de Personalidade de NEO Revisado (NEO-PI-R), que avalia a personalidade pré-mórbida da pessoa da qual sou cuidador informal primário e também me será aplicado, o Inventário Neuropsiquiátrico (INP), com intuito de avaliar as alterações comportamentais existentes na pessoa que se encontra a meu encargo.

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflecta em qualquer prejuízo para mim.

Entendo, ainda, que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo, a menos que eu o autorize por escrito.

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Protocolo de consentimento informado

Eu, \_\_\_\_\_, responsável pelo doente \_\_\_\_\_, compreendi o procedimento que terá de realizar: será aplicado o Mini Mental State (MMSE), com o objectivo de fazer uma avaliação da deterioração mental a nível das funções cognitivas.

Compreendi que a sua participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflecta em qualquer prejuízo.

Entendo, ainda, que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a sua identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo, a menos que eu o autorize por escrito.

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



2.1. Há quanto tempo foi diagnosticada? \_\_\_\_\_anos

2.2. Fase em que se encontra (de acordo com a informação médica e segundo a classificação do CDR):

Fase I  1      Fase II  2      Fase III  3

2.3. Há quanto tempo cuida dele? \_\_\_\_\_anos

2.4. Quantas horas por dia em média, dedica à prestação de cuidados?  
\_\_\_\_\_horas

3. *Qual o grau de conhecimento que tem acerca de forma e agir e de pensar do doente?*

Muito bom  1

Bom  2      Relativamente Bom  3

Não sei  4

4. *Antes do aparecimento da doença, como classificaria o seu relacionamento com o doente?*

Distante/Fria  1

Amizade/carinho  2

Grande intimidade e afeto  3

Não sei  4

## PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE PRÉ-MÓRBIDA DOS DOENTES COM DEMÊNCIA

Responsáveis pelo Projecto de Investigação

Marina Ferreira – Projecto de Mestrado em Neuropsicologia Clínica

Professora Doutora Manuela Leite – Orientadora

N.º Questionário

ENTREVISTADO: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Apresentação do entrevistador:*

Bom dia/tarde

Neste momento estamos a realizar um estudo que tem como objectivo compreender a personalidade do doente antes do surgimento da doença, ou seja, a sua forma se sentir, pensar e agir. Dadas as características da doença, torna-se impossível recolher esta informação junto do doente, pelo que pedimos a Vossa colaboração.

Nesse sentido, pedimos que responda às questões do questionário NEOPI-R, como se fosse o doente, ou seja, que pense e imagine a forma como ele agia e pensava normalmente antes da demência, e a partir dessa imagem que preencha o questionário como se fosse o doente. Seja o mais honesto possível. Não existem respostas certas ou erradas, apenas diferentes formas de agir e pensar.

Resta-nos salientar que a sua participação é de extrema importância, na compreensão do doente, assim como, na definição de estratégias de intervenção.

As respostas são totalmente confidenciais.

Obrigado pela colaboração!

## Protocolo de consentimento informado

Eu, \_\_\_\_\_ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Raquel Marina Magalhães Ferreira (Aluna do Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte), orientado pela Professora Doutora Manuela Leite, no âmbito da dissertação de Mestrado de Neuropsicologia Clínica. Foram-me explicados e compreendo os objectivos principais deste estudo: A avaliação da personalidade pré-mórbida em pacientes com demência, as alterações de comportamento e o estudo da correlação entre estas duas.

Também entendi os procedimentos que tenho de realizar: Responder ao Inventário de Personalidade de NEO Revisto (NEO-PI-R), sendo que eu, familiar/amigo possuo conhecimento aprofundado do doente passível de caracterizar a sua personalidade pré-mórbida.

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflecta em qualquer prejuízo para mim.

Entendo, ainda, que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo, a menos que eu o autorize por escrito.

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO (Ferreira & Leite, 2014):**

**A- DADOS RELATIVOS AO SEGUNDO INFORMANTE:**

9. *Idade:* \_\_\_\_\_

10. *Género:* Feminino  1 Masculino  2

11. *Estado Civil:* Solteiro  1 Casado  2 União de facto  3

Divorciado  4 Viúvo  5 NR  6

12. *Anos de escolaridade:* \_\_\_\_\_ anos

13. *Profissão:* \_\_\_\_\_

14. *Grau de parentesco com o doente:* \_\_\_\_\_

15. Qual o grau de parentesco com o doente: \_\_\_\_\_

16. Há quantos anos conhece o doente? \_\_\_\_\_ anos

17. *Qual o grau de conhecimento que tem acerca de forma e agir e de pensar do doente?*

Muito bom  1

Bom  2

Relativamente Bom  3

Não sei  4

18. *Antes do aparecimento da doença, como classificaria o seu relacionamento com o doente?*

Distante/Fria  1

Amizade/carinho  2

Grande intimidade e afeto  3

Não sei 4

**19.** *Com que frequência convive/contata com o doente?*

Diariamente 1

Semanalmente 2

2/3 vezes por ano 3

1 vez por ano 4

Muito raramente

**20.** *O contato com o doente costuma ser:*

Físico, visitando-o e convivendo com ele 1

Telefónico 2

Ambos 3

## Mini Mental State Examination (MMSE)

### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_

### 2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer tod procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_

### 3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas dep continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado v a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27\_ 24\_ 21 \_ 18\_ 15\_

Nota: \_\_

### 4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_

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

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio \_\_\_\_\_  
Lápis \_\_\_\_\_

Nota: \_\_

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

Nota: \_\_

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

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

Fechou os olhos \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

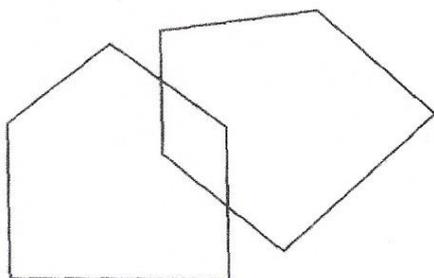
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

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



Cópia: \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

TOTAL(Máximo 30 pontos): \_\_\_\_\_

**Considera-se com defeito cognitivo:**

- analfabetos  $\leq 15$  pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq 22$
- com escolaridade superior a 11 anos  $\leq 27$

# AValiação Clínica da Demência

## CLINICAL DEMENTIA RATING (CDR)

Hughes CP, Berg L, Danzinger LW, Coben LA and Martin RL, 1982,  
*British Journal of Psychiatry* 140; 566-572.

Morris J, 1993. *The CDR: current version and scoring rules. Neurology* 43; 2412-13.

### ENTREVISTA

Trata-se de uma entrevista semi-estruturada. Por favor faça todas as perguntas.

Se achar necessário, faça perguntas adicionais que ajudem a determinar o estadio do doente. Registe as informações adicionais.

Identificação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Comentários: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO PARA O CUIDADOR

### MEMÓRIA

1. O seu marido/A sua mulher tem problemas de memória ou de raciocínio?

SIM  NÃO

a) Se sim, estes são persistentes (constantemente, contínuos)?

SIM  NÃO

2. É capaz de recordar uma pequena lista? (compras...)

Geralmente  Algumas vezes  Raramente

3. Tem notado perda de memória no último ano?

SIM  NÃO

4. É capaz de recordar acontecimentos recentes?

Geralmente  Algumas vezes  Raramente

5. A perda de memória interfere com as actividades diárias que o doente era capaz de realizar há uns anos atrás)?

SIM  NÃO

6. É capaz de recordar acontecimentos importantes em poucas semanas? (aniversário, viagem, visita...)

Geralmente  Algumas vezes  Raramente

7. É capaz de recordar pormenores desses acontecimentos?

Geralmente  Algumas vezes  Raramente

8. É capaz de recordar acontecimentos importantes da sua vida passada? (data de nascimento, casamento, emprego...)

Geralmente  Algumas vezes  Raramente

Conte-me algum acontecimento que tenha ocorrido recentemente (dentro do último mês), um pouco diferente do habitual (um passeio, uma visita, uma festa...) para que quando falar com o seu marido/a sua mulher possa ficar com uma ideia sobre a sua memória. (ter atenção aos pormenores: dia, altura do dia, local, quem estava presente, o que aconteceu, etc. ...)

9. Data de Nascimento \_\_\_\_\_

10. Local de Nascimento \_\_\_\_\_

11. Última escola em que andou

Nome: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Nível de escolaridade: \_\_\_\_\_

12. Qual foi a principal ocupação/ profissão do doente (ou cônjuge)?

\_\_\_\_\_

13. Qual foi o último emprego (ou do cônjuge)?

\_\_\_\_\_

14. Quando se reformou (ou cônjuge) e porquê?

\_\_\_\_\_

### ORIENTAÇÃO

1. Sabe o dia do mês

Geralmente  Algumas vezes  Raramente  ?<sup>2</sup>

2. Sabe o mês

Geralmente  Algumas vezes  Raramente  ?

3. Sabe o ano

Geralmente  Algumas vezes  Raramente  ?

4. Sabe o dia da semana

Geralmente  Algumas vezes  Raramente  ?

5. Tem dificuldades com as relações temporais?

(em situar os acontecimentos no tempo uns em relação aos outros?)

Geralmente  Algumas vezes  Raramente  ?

6. Consegue orientar-se em ruas familiares?

Geralmente  Algumas vezes  Raramente  ?

7. Consegue orientar-se fora da sua área de residência?

Geralmente  Algumas vezes  Raramente  ?

8. Consegue orientar-se dentro de casa?

Geralmente  Algumas vezes  Raramente  ?

<sup>2</sup>? significa quando o cuidador não tem informações suficientes para poder responder

## JUÍZO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS NA COMUNIDADE

1. Como considera, actualmente, a capacidade do seu marido/da sua mulher para resolver problemas?

i) Como sempre

ii) Boa, mas não tanto como anteriormente

iii) Suficiente

iv) Má

v) Sem qualquer capacidade

2. Qual a sua capacidade para lidar com pequenas somas de dinheiro (trocos, gorjetas...)?

Sem defeito  Defeito moderado  Defeito grave  ?

3. Qual a capacidade para lidar com assuntos financeiros mais complexos (pagar contas, verificar livro de cheques,...)?

Sem defeito  Defeito moderado  Defeito grave  ?

4. Como lida com um acidente em casa (pequeno incêndio, fuga de água, etc...)

i) Igual a antes da doença começar

ii) Pior do que antes da doença, devido às alterações de memória ou de raciocínio

iii) Pior do que antes da doença, devido a outras razões - quais?

---

5. Compreende o que se passa e aquilo que se lhe explica?

Geralmente  Algumas vezes  Raramente  ?

6. Comporta-se apropriadamente nas situações sociais e na interacção com os outros?

Geralmente  Algumas vezes  Raramente  ?

## ACTIVIDADE NA COMUNIDADE<sup>3</sup>

### OCUPAÇÃO

1. Ainda trabalha?

SIM  NÃO  Não aplicável

2. Se não, as alterações de memória interferiram na decisão de se reformar?

SIM  NÃO  Não aplicável

3. Se sim, tem dificuldades pelas alterações de memória ou de raciocínio?

Geralmente  Algumas vezes  Raramente  Não aplicável

### ACTIVIDADE SOCIAL

4. Alguma vez conduziu carro (ou outro veículo motorizado)?

SIM  NÃO  Não aplicável

Se sim, ainda conduz?

SIM  NÃO  Não aplicável

Se não conduz, é devido às alterações de memória ou de raciocínio?

SIM  NÃO  Não aplicável

5. Se ainda conduz há problemas ou risco por causa das alterações de memória ou de raciocínio?

SIM  NÃO  Não aplicável

6. É capaz, sozinho, de comprar o necessário?

i) Raramente ou nunca - Necessita de ajuda em qualquer compra

ii) Algumas vezes - Compra algumas coisas mas traz em duplicado e esquece outras

iii) Geralmente

iv) ?

7. É capaz de realizar, de forma independente, alguma actividade fora de casa?

i) Raramente ou nunca - Necessita de ajuda em qualquer actividade

ii) Algumas vezes – Limitada e/ou de rotina   
(ex. participação superficial na Igreja; ida ao cabeleireiro...)

iii) Geralmente – Participação consciente em actividades (ex. votar)

iv) ?

<sup>3</sup> Actividades na comunidade: ir à igreja, visitar amigos ou familiares, actividades políticas, organizações profissionais, associações recreativas, voluntariado, programas educativos...

8. Tem alguma função social fora de casa e da família?

SIM  NÃO

Se não, porquê? \_\_\_\_\_

9. Um observador ocasional vê que se trata de uma pessoa doente pelo seu comportamento?

SIM  NÃO  ?

10. Se institucionalizado, participa em funções sociais?

SIM  NÃO

#### ACTIVIDADES EM CASA E PASSATEMPOS<sup>4</sup>

1a. Tendo apenas em conta a perda cognitiva, que alterações ocorreram no desempenho das actividades domésticas?

\_\_\_\_\_

1b. Que tarefas ainda consegue realizar correctamente?

\_\_\_\_\_

2a. Tendo apenas em conta a perda cognitiva, que alterações ocorreram no desempenho dos seus passatempos?

\_\_\_\_\_

2b. Que passatempos ainda consegue realizar correctamente?

\_\_\_\_\_

3. Se institucionalizado, que actividades domésticas e passatempos ainda consegue realizar correctamente?

\_\_\_\_\_

#### ACTIVIDADES DO DIA-A-DIA

4. Capacidade na execução das tarefas domésticas?

Sem defeito  Defeito moderado  Defeito grave

Por favor descreva-as: \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> Tarefas domésticas: cozinhar, lavar e passar a roupa, limpeza da casa, compras de mercearia, pôr o lixo no local apropriado, limpeza dos pátios, reparações simples... Passatempos: costura, pintura, artesanato, leitura, fotografia, jardinagem, jogos, cinema, desporto...

5. A que nível é capaz de realizar tarefas domésticas simples e rotineiras:

- a) Sem actividade significativa   
(executa actividades simples, tal como, fazer a cama com muita supervisão)
- b) Limitado a algumas tarefas simples   
(com supervisão lava pratos razoavelmente bem, põe a mesa...)
- c) Independente em algumas actividades   
(p. ex. manuseia aparelhos, p ex. o aspirador, a televisão; prepara refeições simples)
- d) Executa todas as tarefas, mas com algum defeito
- e) Executa, como habitualmente, todas as actividades

## CUIDADO PESSOAL

### A VESTIR

- a. Normal sem ajuda
- b. Pequena ajuda, ocasiona/ botões mal colocados
- c. Sequência errada e com esquecimento de peças
- d. Incapaz de se vestir

### B HIGIENE E ARRANJO

- a. Normal sem ajuda
- b. Tem que se chamar a atenção
- c. Algumas vezes necessita de ajuda
- d. Necessita sempre ou quase sempre de ajuda

### C ALIMENTAÇÃO

- a. Limpo, utiliza correctamente os utensílios
- b. Suja tudo e utiliza apenas a colher
- c. Só consegue comer, sem ajuda, sólidos simples
- d. Tem que ser alimentado

### D CONTROLE ESFINCTERIANO

- a. Normal, controle completo
- b. Urina, ocasionalmente, na cama
- c. Urina, frequentemente, na cama
- d. Totalmente incontinente

## ANEXO B

## NEO PI – R

## Instruções

Este questionário contém 240 afirmações.

Leia cuidadosamente cada uma delas.

Para cada afirmação, coloque um X no quadrado que melhor representa a sua opinião:

**DF (discordo fortemente)** se a afirmação for definitivamente falsa ou se você discordar fortemente dela.

**D (discordo)** se a afirmação for, na maior parte das vezes, falsa ou se você discorda dela.

**N (neutro)** se a afirmação for igualmente verdadeira e falsa, ou se você não se decidir, ou ainda, se a sua posição perante o que foi dito for completamente neutra.

**C (concordo)** se a frase for na maior parte das vezes verdade, ou se concorda com ela.

**CF (concordo fortemente)** se a frase for definitivamente verdadeira ou se concordar fortemente com ela.

Não existem respostas certas ou erradas, descreva as suas opiniões da forma mais precisa e sincera possível.

Por favor, leia cada afirmação com atenção e marque *apenas* um só X em cada resposta, escolhendo a que melhor corresponde à sua opinião.

Responda a *todas* as questões.

Se tiver mudado de opinião ou se tiver enganado, *encha* o quadrado errado e assinale com um novo X a resposta correcta: **DF D N C CF**.

	<b>DF</b> Discordo Fortemente	<b>D</b> Discordo	<b>N</b> Neutro	<b>C</b> Concordo	<b>CF</b> Concordo Fortemente
1. Não sou uma pessoa preocupada.					
2. Gosto mesmo da maioria das pessoas que encontro.					
3. Tenho uma imaginação muito activa.					
4. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.					
5. Sou conhecido(a) pela minha prudência e bom senso.					
6. Muitas vezes, aborrece-me a maneira como as pessoas me tratam.					
7. Não gosto de multidões, por isso, evito-as.					
8. Não dou grande importância às coisas da arte e da beleza.					
9. Não sou matreiro(a), nem espertalhão (espertalhona).					
10. Antes quero deixar as coisas em aberto que planejar tudo, com antecedência.					
11. Raramente me sinto só ou abatido(a).					
12. Sou dominador(a), cheio(a) de força e combativo(a).					
13. Sem emoções fortes, a vida não teria interesse para mim.					
14. Algumas pessoas pensam que sou invejoso(a) e egoísta.					
15. Tento realizar, conscienciosamente, todas as minhas obrigações.					
16. Ao lidar com outras pessoas, tenho sempre receio de ser mal sucedido(a).					
17. Tenho uma maneira de ser descontraída, no trabalho e nos tempos livres.					
18. Sou bastante agarrado(a) ao meu modo de ser.					
19. Preferia colaborar com as outras pessoas do que competir com elas.					
20. Sou distraído(a) e pouco determinado(a).					
21. É raro eu ceder (transigir) muito em qualquer coisa.					
22. Sinto, muitas vezes, uma necessidade louca de me divertir.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
23. Muitas vezes, dá-me prazer brincar com teorias e ideias abstractas.					
24. Não me custa nada gabar-me das minhas capacidades e dos meus sucessos.					
25. Sou bastante capaz de organizar o meu tempo, de maneira a fazer as coisas dentro do prazo.					
26. Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.					
27. Para dizer a verdade, nunca pulei de alegria.					
28. Acredito que deixar os alunos ouvir pessoas com ideias discutíveis, só os pode confundir e desorientar.					
29. Os governantes deviam preocupar-se mais com os aspectos humanos.					
30. Ao longo dos anos, fiz algumas coisas bem estúpidas.					
31. Assusto-me, facilmente.					
32. Não me dá muito prazer estar à conversa com as pessoas.					
33. Tento sempre organizar os meus pensamentos, em termos realistas, não dando asas à imaginação.					
34. Acredito que a maioria das pessoas são, no fundo, bem-intencionadas.					
35. Não encaro os deveres cívicos, tais como votar, muito seriamente.					
36. Não me zango facilmente.					
37. Gosto de ter muita gente, à minha volta.					
38. Às vezes, deixo-me absorver, totalmente, pela música que ouço.					
39. Se for necessário, não hesito em manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero.					
40. Mantenho as minhas coisas limpas e em ordem.					
41. Às vezes, sinto-me completamente inútil.					
42. Às vezes, não consigo afirmar-me, tanto como devia.					
43. Raramente, sinto emoções fortes.					
44. Tento ser delicado com todas as pessoas, que encontro.					
45. Às vezes, não sou tão seguro(a) ou digno(a) de confiança como deveria ser.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
46. Poucas vezes, me sinto inseguro(a), quando estou com outras pessoas.					
47. Quando faço alguma coisa, faço-a com todo o entusiasmo.					
48. Penso que é interessante aprender e cultivar novos hobbies (passatempos).					
49. Sei ser sarcástico(a) e cínico(a), quando necessário.					
50. Tenho objectivos claros, e faço por atingi-los, de uma forma ordenada.					
51. Custa-me resistir aos meus desejos.					
52. Não gostaria de passar férias no Algarve.					
53. Acho as discussões filosóficas aborrecidas.					
54. Prefiro não falar de mim próprio(a) e das minhas realizações.					
55. Perco muito tempo, antes de me concentrar no trabalho.					
56. Sinto que sou capaz de resolver a maioria dos meus problemas.					
57. Já experimentei, algumas vezes, sensações de grande alegria ou de êxtase (arrebatamento).					
58. Acredito que as leis e as políticas sociais deveriam mudar, de forma a reflectir as necessidades de um mundo em mudança.					
59. Sou inflexível e duro(a) nas minhas atitudes.					
60. Penso, maduramente, nas coisas, antes de tomar uma decisão.					
61. Raramente me sinto amedrontado(a) ou ansioso(a).					
62. Sou conhecido(a) como uma pessoa amigável e simpática.					
63. Tenho uma grande capacidade de fantasiar.					
64. Penso que a maior parte das pessoas abusa de nós, se as deixarmos.					
65. Mantenho-me informado(a) e, geralmente, tomo decisões inteligentes.					
66. Sou conhecido(a) como uma pessoa de mau génio e irritável.					
67. Normalmente, prefiro fazer as coisas sozinho(a).					
68. Aborrece-me ver bailado ou dança moderna.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
69. Mesmo que quisesse, não conseguiria enganar ninguém.					
70. Não sou uma pessoa muito metódica (ordenada).					
71. Raramente estou triste ou deprimido(a).					
72. Já fui, muitas vezes, líder (chefe) de grupos a que pertenci.					
73. É importante para mim a maneira como eu vejo as coisas.					
74. Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.					
75. Pago as minhas dívidas, a tempo e horas.					
76. Já houve alturas, em que fiquei tão envergonhado(a), que desejava meter-me num buraco.					
77. Posso trabalhar devagar, mas tenho bom rendimento.					
78. Quando encontro uma maneira correcta de fazer qualquer coisa, não mudo mais.					
79. Hesito em expressar a minha raiva, mesmo quando justificada.					
80. Quando inicio um programa de modificação pessoal, deixo de o cumprir, após alguns dias.					
81. Não me é difícil resistir a tentações.					
82. Já fiz algumas coisas, só pelo gozo ou gana de as fazer.					
83. Gosto de resolver problemas e quebra-cabeças (puzzles).					
84. Sou melhor do que a maioria das pessoas, e tenho consciência disso.					
85. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.					
86. Quando estou, numa grande tensão, sinto-me às vezes, como se me estivessem a fazer em pedaços.					
87. Não sou um(a) grande optimista.					
88. Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa, quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral.					
89. Nunca fazemos demasiado pelos pobres e pelos velhos.					
90. Às vezes actuo, primeiro, e penso, depois.					
91. Muitas vezes, sinto-me tenso(a) e enervado(a).					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
92. Muitas pessoas vêem-me como uma pessoa um pouco fria e distante.					
93. Não gosto de perder tempo a sonhar acordado(a).					
94. Penso que a maioria das pessoas com quem lido são honestas e dignas de confiança.					
95. Sou, frequentemente, confrontado(a) com situações para as quais não estou totalmente preparado(a).					
96. Não sou considerado(a) uma pessoa melindrosa ou irritável.					
97. Sinto mesmo necessidade de estar com outras pessoas, quando estou sozinho(a), durante muito tempo.					
98. Fico admirado(a) com os modelos que encontro na arte e na natureza.					
99. Ser completamente honesto(a) é uma via inadequada para fazer negócios.					
100. Gosto de ter as coisas no seu lugar, pois, assim sei onde as posso encontrar.					
101. Já senti, algumas vezes, uma sensação profunda de culpabilidade ou de ter pecado.					
102. Normalmente, nas reuniões, deixo os outros falar.					
103. Raramente, presto atenção àquilo que sinto no momento.					
104. Geralmente, procuro ser atencioso(a) e delicado(a).					
105. Nos jogos de paciência, às vezes, faço batota.					
106. Não fico muito atrapalhado, quando as pessoas se riem e fazem pouco de mim.					
107. Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.					
108. Frequentemente, experimento comidas novas e desconhecidas.					
109. Quando não gosto das pessoas, faço-lho saber.					
110. Trabalho muito, para conseguir o que quero.					
111. Quando me apresentam o meu prato preferido, tenho tendência a comer demasiado.					
112. Procuro evitar filmes demasiado chocantes ou assustadores.					
113. Às vezes, perco o interesse, quando as pessoas começam a falar sobre assuntos demasiado teóricos e abstractos.					
114. Tento ser humilde.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
115. Tenho dificuldades em me decidir a fazer o que devo.					
116. Em casos de perigo, conservo a cabeça fria.					
117. Às vezes, sinto-me a rebentar com tanta felicidade.					
118. Penso que as ideias diferentes das nossas, sobre o que é bem ou o que é mal, das pessoas de outras sociedades, devem ter valor para elas.					
119. Não gosto de pedintes.					
120. Antes de agir, penso nas consequências.					
121. Raramente, me preocupo com o futuro.					
122. Gosto muito de falar com as outras pessoas.					
123. Dá-me gozo concentrar-me numa fantasia e explorar todas as suas possibilidades, deixando-a crescer e desenvolver-se.					
124. Fico desconfiado(a), sempre que alguém me faz qualquer coisa desagradável.					
125. Tenho orgulho do meu bom senso.					
126. Fico, frequentemente, aborrecido(a) com as pessoas com quem tenho de lidar.					
127. Prefiro trabalhos, que eu possa fazer sozinho(a), sem ser incomodado(a) por outras pessoas.					
128. A poesia pouco ou nada me diz.					
129. Detestaria ser considerado(a) um hipócrita.					
130. Parece que nunca consigo ser organizado(a).					
131. Tenho tendência a culpabilizar-me, se alguma coisa corre mal.					
132. Muitas vezes, as outras pessoas pedem-me para as ajudar a tomar decisões.					
133. As minhas emoções e sentimentos são muitas e variadas.					
134. Não sou muito conhecido(a), pela minha generosidade.					
135. Quando assumo um compromisso, podem sempre contar que eu cumpra.					
136. Sinto-me, muitas vezes, inferior às outras pessoas.					
137. Não sou tão rápido(a) e vivo(a) como outras pessoas.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
138. Prefiro passar o tempo, em ambientes, que me são familiares.					
139. Quando sou insultado(a), tento apenas perdoar e esquecer.					
140. Não sou ambicioso(a).					
141. Raramente, cedo aos meus impulsos.					
142. Gosto de estar onde está a acção.					
143. Gosto de resolver problemas ( <i>puzzles</i> ) do tipo <i>quebra-cabeças</i> .					
144. Tenho uma opinião muito favorável acerca de mim próprio(a).					
145. Quando começo um projecto, quase sempre termino.					
146. Sinto quase sempre dificuldade em tomar decisões.					
147. Não me considero uma pessoa alegre.					
148. Juízo que é mais importante ser fiel aos próprios ideais e princípios do que ter abertura espírito.					
149. As necessidades humanas devem ter sempre prioridade sobre considerações económicas.					
150. Sou, frequentemente, levado(a) pelo impulso do momento.					
151. Preocupo-me, muitas vezes, ao pensar que as coisas podem correr mal.					
152. É fácil para mim sorrir e conviver com pessoas desconhecidas.					
153. Quando vejo que estou a ser levado(a) pela imaginação, procuro concentrar-me ocupando-me com qualquer trabalho ou actividade.					
154. A minha primeira reacção é confiar nas pessoas.					
155. Não me parece que tenha sido bem sucedido(a), seja no que for.					
156. É preciso muito para me arrelhiarem.					
157. Prefiro passar férias, numa praia concorrida, do que numa cabana isolada nos bosques.					
158. Certas formas de música têm um encanto infinito para mim.					
159. Por vezes, levo as pessoas a fazerem o que eu desejo.					
160. Sou uma pessoa um tanto rigorosa: aprecio a ordem, em todas as coisas.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
161. Tenho uma fraca opinião acerca de mim próprio(a).					
162. Prefiro tratar da minha vida a ser chefe (mandar) das outras pessoas.					
163. Poucas vezes, me dou conta da influência, que diferentes ambientes produzem nas pessoas.					
164. A maioria das pessoas, que conheço, gostam de mim.					
165. Observo, rigorosamente, os princípios éticos, que defendo.					
166. Sinto-me à vontade, na presença do meu patrão ou outras autoridades.					
167. Normalmente, dou a impressão de estar sempre com pressa.					
168. Por vezes, mudo coisas em minha casa, só para experimentar a diferença.					
169. Se alguém começa uma briga, estou sempre pronto(a) para lhe dar luta.					
170. Esforço-me por conseguir tudo aquilo que eu puder.					
171. Às vezes, como até me sentir mal.					
172. Adoro as emoções da montanha russa.					
173. Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo e da condição humana.					
174. Julgo que não sou melhor do que os outros, seja qual for a sua condição.					
175. Quando um projecto se torna demasiado difícil, sinto-me inclinado(a) a começar um novo.					
176. Consigo controlar-me bastante bem, em situações de crise.					
177. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.					
178. Considero-me uma pessoa aberta e tolerante, no que respeita ao modo de vida das outras pessoas.					
179. Penso que todos os seres humanos são dignos de respeito.					
180. Raramente, tomo decisões precipitadas.					
181. Tenho menos receios que a maioria das pessoas.					
182. Prendem-me aos meus amigos fortes laços afectivos.					
183. Em criança, raramente, achava piada aos jogos <i>faz-de-conta</i> .					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
184. Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas.					
185. Sou uma pessoa muito competente.					
186. Houve alturas, em que experimentei ressentimento e amargura.					
187. Os encontros sociais são, geralmente, aborrecidos para mim.					
188. Às vezes, ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte, sinto um arrepio ou uma onda de emoção.					
189. Por vezes, meto medo ou lisonjeio as pessoas, para as levar a fazer o que eu quero que elas façam.					
190. Não tenho obsessão da limpeza.					
191. Às vezes, as coisas parecem-me bastante negras e desesperadas.					
192. Nas conversas, tendo a falar mais do que os outros.					
193. Acho fácil sentir empatia, quer dizer, sentir o que os outros sentem.					
194. Considero-me uma pessoa caridosa.					
195. Tento fazer as tarefas, com todo o cuidado, para não ter necessidade de as fazer outra vez.					
196. Se disser ou fizer algum mal a alguém, custa-me imenso conseguir encarar essa pessoa outra vez.					
197. A minha vida decorre, a um ritmo rápido.					
198. Quando estou em férias, prefiro voltar a um local genuíno e já conhecido.					
199. Sou cabeçudo(a) e teimoso(a).					
200. Esforço-me por ser excelente, em tudo o que faço.					
201. Às vezes, faço as coisas, de modo tão impulsivo que, mais tarde, me arrependo.					
202. Atraem-me as cores alegres e os estilos exuberantes.					
203. Tenho muita curiosidade intelectual.					
204. Prefiro elogiar os outros a ser elogiado(a).					
205. Existem tantas pequenas coisas a fazer que, por vezes, simplesmente as ignoro.					
206. Mesmo quando tudo parece correr mal, eu ainda consigo tomar boas decisões.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
207. É raro utilizar palavras, como <i>fantástico</i> ou <i>sensacional</i> , para descrever as minhas experiências.					
208. Algo corre mal, se aos 25 anos, as pessoas não sabem em que é que acreditam.					
209. Tenho simpatia por pessoas com menos sorte do que eu.					
210. Planeio, de antemão e com cuidado, as minhas viagens.					
211. Às vezes, vêm-me à cabeça pensamentos aterradores.					
212. Interesse-me, pessoalmente, pelas pessoas com quem trabalho.					
213. Teria muita dificuldade em deixar a minha imaginação vaguear, sem controlo nem orientação.					
214. Tenho bastante fé na natureza humana.					
215. Sou eficiente e eficaz no meu trabalho.					
216. Mesmo os pequenos contratempos podem ser frustrantes para mim.					
217. Gosto de festas com muita gente.					
218. Agrada-me mais ler poesia, que dá ênfase aos sentimentos e às imagens, do que uma história com princípio, meio e fim.					
219. Orgulho-me da minha perspicácia em lidar com as pessoas.					
220. Gasto muito tempo à procura de coisas, que coloquei fora do lugar.					
221. Muitas vezes, quando as coisas não me correm bem, perco a coragem e tenho vontade de desistir.					
222. Não considero fácil controlar as situações.					
223. Coisas estranhas, como certos sabores ou nomes de locais distantes, podem evocar em mim fortes emoções.					
224. Quando posso, deixo o que estou a fazer, para ajudar os outros.					
225. Só se estivesse mesmo doente é que eu faltava a um dia de trabalho.					
226. Fico embaraçado(a), quando as pessoas, que eu conheço fazem asneiras.					
227. Sou uma pessoa muito activa.					
228. Sigo sempre o mesmo caminho, quando vou a qualquer sítio.					
229. Frequentemente, arrajo discussões com a minha família e colegas de trabalho.					

	<b>DF</b> Discordo Fortemente	<b>D</b> Discordo	<b>N</b> Neutro	<b>C</b> Concordo	<b>CF</b> Concordo Fortemente
230. Tenho o vício do trabalho.					
231. Consigo sempre manter os meus sentimentos sob controlo.					
232. Nos acontecimentos desportivos, gosto de fazer parte da multidão.					
233. Tenho uma grande variedade de interesses intelectuais.					
234. Sou uma pessoa superior.					
235. Tenho muita auto-disciplina.					
236. Sou bastante estável, do ponto de vista emocional.					
237. Rio, facilmente.					
238. Penso que a nova moralidade, que consiste em tudo permitir, não é moralidade nenhuma.					
239. Gostaria mais que me considerassem "compreensivo(a)" (inclinado(a) a perdoar) do que "justo(a)" (inclinado(a) ao rigor).					
240. Penso duas vezes, antes de responder a uma pergunta.					

FIM DO TESTE.

CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU A TODAS  
AS QUESTÕES.

Nome: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Entrevistador (iniciais): \_\_\_\_\_

Prestador de cuidados: conjuge  filha(o)  outro: \_\_\_\_\_

Reside com o paciente: Sim  Não

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

## INVENTÁRIO NEUROPSIQUIÁTRICO (INP) Universidade da Califórnia, Los Angeles (UCLA)

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

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

MMSE: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Duração da doença: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Medicação: \_\_\_\_\_

## A. Delírios (NA)

O paciente acredita em coisas que não existem, ou não se estão a passar? Por exemplo, insiste em que alguém está a tentar fazer-lhe mal, ou a roubá-lo? Afirmar que os seus familiares não são quem dizem ser, ou que a casa onde mora não é a deles? Não me refiro só à desconfiança; o que eu pretendo saber é se o paciente está convencido de que essas coisas lhe estão a acontecer a ele (ou ela).

NÃO (passe à pergunta de “screening” seguinte) SIM (responda às “subperguntas”)

1. O(a) paciente acredita que corre perigo - que os outros estão a planear uma agressão contra ele (ela)? \_\_\_\_\_
2. O paciente acredita que está a ser roubado? \_\_\_\_\_
3. O paciente acredita que está a ser traído pelo cônjuge? \_\_\_\_\_
4. O paciente acredita que tem pessoas indesejadas a viver em sua casa? \_\_\_\_\_
5. O paciente acredita que o seu cônjuge, ou outros não são quem alegam ser? \_\_\_\_\_
6. O paciente acredita que a sua casa não é o seu lar? \_\_\_\_\_
7. O paciente acredita que os seus familiares planeiam abandoná-lo? \_\_\_\_\_
8. O paciente acredita que personagens da televisão, ou das revistas, estão presentemente em sua casa? \_\_\_\_\_
9. O paciente acredita noutras coisas invulgares que eu não tenha mencionado? \_\_\_\_\_

Se tiver respondido afirmativamente à pergunta de “screening”, determine a frequência e a gravidade dos delírios.

- Frequência:**
1. Ocasionalmente – menos do que uma vez por semana.
  2. Muitas vezes – cerca de uma vez por semana.
  3. Frequentemente – várias vezes por semana, mas menos do que todos os dias.
  4. Muito frequentemente – uma ou mais vezes por dia.

- Gravidade:**
1. Ligeira – delírios presentes, mas aparentemente inofensivos, perturbando pouco o paciente.
  2. Moderada – delírios perturbadores e descompensadores.
  3. Acentuada – delírios fortemente descompensadores e fonte de grande alteração do comportamento [a prescrição de medicamentos neurolépticos significa que os delírios assumem uma gravidade acentuada]

**Desgaste:** Qual é o desgaste emocional que este comportamento lhe causa a si?

0. Nenhum
1. Mínimo
2. Ligeiro
3. Moderado
4. Acentuado
5. Muito acentuado, ou extremo

## B. Alucinações (NA)

O paciente tem alucinações, tais como falsas visões ou vozes? Parece ver, ouvir ou sentir coisas que não estão presentes? Com esta pergunta não nos estamos a referir só a falsas crenças, como a de afirmar que alguém que faleceu ainda está vivo. O que nós queremos de facto saber é, se ele tem realmente percepções anormais de sons, ou visões.

NÃO (passe à pergunta de “screening” seguinte) SIM (responda às “subperguntas”)

1. O paciente diz que ouve vozes, ou reage como se ouvisse vozes? \_\_\_\_\_
2. O paciente conversa com pessoas que não se encontram ali? \_\_\_\_\_
3. O paciente descreve coisas que afirma ver, e que não são vistas pelos outros, ou comporta-se como se visse coisas que os outros não veem (pessoas, animais, luzes, etc)? \_\_\_\_\_
4. O paciente refere sentir cheiros não sentidos pelos outros? \_\_\_\_\_
5. O paciente refere sentir coisas na sua pele, ou aparenta estar a sentir coisas a rastejar na pele, ou a tocá-lo? \_\_\_\_\_
6. O paciente descreve sabores sem justificação para tal? \_\_\_\_\_
7. O paciente descreve outras experiências sensoriais invulgares? \_\_\_\_\_

Se tiver respondido afirmativamente à pergunta de “screening”, determine a frequência e a gravidade das alucinações.

- Frequência:**
1. Ocasionalmente – menos do que uma vez por semana.
  2. Muitas vezes – cerca de uma vez por semana.
  3. Frequentemente – várias vezes por semana, mas menos do que todos os dias.
  4. Muito frequentemente – uma ou mais vezes por dia.

- Gravidade:**
1. Ligeira – alucinações presentes, mas inofensivas, perturbando pouco o paciente.
  2. Moderada – alucinações perturbadoras e causadoras de descompensação no paciente.
  3. Acentuada – alucinações fortemente descompensadoras e fonte de grande alteração do comportamento. Pode ser necessário o recurso a neurolépticos.

- Desgaste:** Qual é o desgaste emocional que este comportamento lhe causa a si?
0. Nenhum
  1. Mínimo
  2. Ligeiro
  3. Moderado
  4. Acentuado
  5. Muito acentuado, ou extremo

### C. Agitação/Agressão (NA)

O paciente tem períodos em que se recusa a colaborar, ou não deixa que os outros o ajudem? É difícil de se lidar com ele?

NÃO (passe à pergunta de “screening” seguinte) SIM (responda às “subperguntas”)

1. O paciente fica zangado com quem tenta tratar dele, ou opõe resistência por ex. a tomar banho, ou a mudar de roupa? \_\_\_\_\_
2. O paciente é teimoso, e só faz as coisas como ele quer? \_\_\_\_\_
3. O paciente não colabora e rejeita a ajuda de terceiros? \_\_\_\_\_
4. O paciente apresenta algum outro comportamento que faça com que seja difícil lidar com ele? \_\_\_\_\_
5. O paciente grita, ou pragueja zangado? \_\_\_\_\_
6. O paciente bate com as portas, atira com os móveis, deita fora coisas? \_\_\_\_\_
7. O paciente faz menção de magoar ou bater noutras pessoas? \_\_\_\_\_
8. O paciente apresenta qualquer outro comportamento agressivo ou alterado? \_\_\_\_\_

Se tiver respondido afirmativamente à pergunta de “screening”, determine a frequência e a gravidade da agitação.

- Frequência:**
1. Ocasionalmente – menos do que uma vez por semana.
  2. Muitas vezes – cerca de uma vez por semana.
  3. Frequentemente – várias vezes por semana, mas menos do que todos os dias.
  4. Muito frequentemente – uma ou mais vezes por dia.

- Gravidade:**
1. Ligeira – comportamento descontrolado, mas susceptível de intervenção por reconversão e tranquilização.
  2. Moderada – comportamento descompensado e difícil de reverter ou controlar.
  3. Acentuada – agitação muito descompensadora e fonte importante de dificuldade; risco de danos pessoais.  
O recurso a medicamentos é muitas vezes necessário.

- Desgaste:** Qual é o desgaste emocional que este comportamento lhe causa a si?
0. Nenhum
  1. Mínimo
  2. Ligeiro
  3. Moderado
  4. Acentuado
  5. Muito acentuado, ou extremo

#### D. Depressão/Disforia (NA)

O paciente parece triste, ou deprimido? Diz que se sente triste, ou deprimido?

NÃO (passe à pergunta de “screening” seguinte) SIM (responda às “subperguntas”)

1. O paciente tem períodos de choro ou de lamentações indicadores de tristeza? \_\_\_\_\_
2. O paciente fala ou comporta-se como se estivesse triste ou desanimado? \_\_\_\_\_
3. O paciente desvaloriza-se, ou diz que se sente um falhado? \_\_\_\_\_
4. O paciente diz que é uma pessoa má, ou que merece ser castigado? \_\_\_\_\_
5. O paciente parece muito desanimado, ou refere não ter futuro? \_\_\_\_\_
6. O paciente considera-se um fardo para a família, ou acha que a família passaria melhor se se visse livre dele? \_\_\_\_\_
7. O paciente manifesta desejo de morrer, ou fala em se matar? \_\_\_\_\_
8. O paciente revela algum outro sinal de depressão, ou de tristeza? \_\_\_\_\_

Se tiver respondido afirmativamente à pergunta de “screening”, determine a frequência e a gravidade da depressão.

- Frequência:**
1. Ocasionalmente – menos do que uma vez por semana.
  2. Muitas vezes – cerca de uma vez por semana.
  3. Frequentemente – várias vezes por semana, mas menos do que todos os dias.
  4. Muito frequentemente – uma ou mais vezes por dia.

- Gravidade:**
1. Ligeira – a depressão causa perturbação, mas responde geralmente à recondução ou tranquilização.
  2. Moderada – a depressão causa perturbação; os sintomas depressivos são espontaneamente verbalizados pelo paciente e difíceis de atenuar.
  3. Acentuada – a depressão é muito perturbadora, e uma fonte importante de sofrimento para o paciente.

- Desgaste:** Qual é o desgaste emocional que este comportamento lhe causa a si?
0. Nenhum
  1. Mínimo
  2. Ligeiro
  3. Moderado
  4. Acentuado
  5. Muito acentuado, ou extremo

## E. Ansiedade (NA)

O paciente anda muito nervoso, preocupado, ou assustado, sem razão aparente? Parece muito tenso ou inquieto? Receia ser separado de si?

NÃO (passe à pergunta de “screening” seguinte) SIM (responda às “subperguntas”)

1. O paciente diz que anda preocupado acerca de acontecimentos planejados? \_\_\_\_\_
2. O paciente tem períodos em que se sente trémulo, incapaz de relaxar, ou excessivamente tenso? \_\_\_\_\_
3. O paciente tem períodos [ou queixas] de falta de ar, em que se engasga, ou tem soluços sem outra razão aparente a não ser o nervosismo? \_\_\_\_\_
4. O paciente queixa-se de sensação de “desconforto na barriga”, ou de palpitações ou aceleração no coração, associados ao nervosismo? [não sendo os sintomas explicáveis por saúde precária]? \_\_\_\_\_
5. O paciente evita certos locais ou situações que o põem mais nervoso, tais como andar de carro, encontrar-se com amigos, ou estar no meio de multidões? \_\_\_\_\_
6. O paciente fica nervoso e zangado quando está longe de si (ou da pessoa que cuida dele)? (Agarra-se a si, para não ser separado)? \_\_\_\_\_
7. O paciente denota quaisquer outros sinais de ansiedade? \_\_\_\_\_

Se tiver respondido afirmativamente à pergunta de “screening”, determine a frequência e a gravidade da ansiedade.

- Frequência:**
1. Ocasionalmente – menos do que uma vez por semana.
  2. Muitas vezes – cerca de uma vez por semana.
  3. Frequentemente – várias vezes por semana, mas menos do que todos os dias.
  4. Muito frequentemente – uma ou mais vezes por dia.

- Gravidade:**
1. Ligeira – a ansiedade causa perturbação, mas responde geralmente à recondução ou tranquilização.
  2. Moderada – a ansiedade causa perturbação; os sintomas ansiosos são espontaneamente verbalizados pelo paciente e difíceis de atenuar.
  3. Acentuada – a ansiedade é muito perturbadora, e uma fonte importante de sofrimento para o paciente.

- Desgaste:** Qual é o desgaste emocional que este comportamento lhe causa a si?
0. Nenhum
  1. Mínimo
  2. Ligeiro
  3. Moderado
  4. Acentuado
  5. Muito acentuado, ou extremo

## F. Elação/Euforia (NA)

O paciente parece muito animado, ou feliz, sem razão aparente? Não me refiro à alegria normal, por encontrar amigos, receber prendas, ou estar com a família. O que eu pretendo saber, é se paciente denota um bom-humor persistente e anormal, ou se acha graça a coisas que não têm piada para os outros?

NÃO (passe à pergunta de “screening” seguinte) SIM (responda às “subperguntas”)

1. O paciente aparenta sentir-se bem demais, ou estar demasiado feliz, diferente do que lhe é habitual? \_\_\_\_\_
2. O paciente acha graça e ri de coisas a que os outros não acham graça? \_\_\_\_\_
3. O paciente parece ter um sentido de humor infantil, com tendência para troçar ou se rir despropositadamente, como quando algo desagradável acontece aos outros)? \_\_\_\_\_
4. O paciente conta piadas, ou faz comentários, a que os outros acham pouca piada, mas que têm muita graça para ele? \_\_\_\_\_
5. O paciente faz partidas, tais como beliscar os outros ou jogar às escondidas, só para se divertir? \_\_\_\_\_
6. O paciente costuma “gabar-se”, ou achar-se com mais talentos ou bens do que tem na realidade? \_\_\_\_\_
7. O paciente denota quaisquer outros sinais de sensação de bem estar, ou de se sentir demasiado feliz? \_\_\_\_\_

Se tiver respondido afirmativamente à pergunta de “screening”, determine a frequência e a gravidade da elação.

- Frequência:**
1. Ocasionalmente – menos do que uma vez por semana.
  2. Muitas vezes – cerca de uma vez por semana.
  3. Frequentemente – várias vezes por semana, mas menos do que todos os dias.
  4. Muito frequentemente – uma ou mais vezes por dia.

- Gravidade:**
1. Ligeira – a elação é notada pelos amigos e pela família, mas não é causadora de perturbação.
  2. Moderada – a elação é nitidamente anormal.
  3. Acentuada – a elação é muito marcada; o paciente anda eufórico, achando graça a quase tudo.

- Desgaste:** Qual é o desgaste emocional que este comportamento lhe causa a si?
0. Nenhum
  1. Mínimo
  2. Ligeiro
  3. Moderado
  4. Acentuado
  5. Muito acentuado, ou extremo

### G. Apatia/Indiferença (NA)

O paciente perdeu o interesse no mundo que o rodeia? Perdeu o interesse em fazer coisas, ou falta-lhe a motivação para começar novas actividades? Conversa menos, e tem sido mais difícil interessá-lo em fazer coisas? Anda apático ou indiferente?

NÃO (passe à pergunta de “screening” seguinte) SIM (responda às “subperguntas”)

1. O paciente parece menos espontâneo e menos activo do que habitualmente? \_\_\_\_\_
2. O paciente tem tido menos interesse em começar uma conversa? \_\_\_\_\_
3. O paciente está menos carinhoso e emotivo do que o habitual? \_\_\_\_\_
4. O paciente ajuda menos nas tarefas domésticas? \_\_\_\_\_
5. O paciente parece menos interessado nas tarefas e nos planos dos outros? \_\_\_\_\_
6. O paciente perdeu o interesse pelos amigos e pela família? \_\_\_\_\_
7. O paciente anda menos entusiasmado relativamente aos seus interesses habituais? \_\_\_\_\_
8. O paciente revela algum outro sinal de que não se interessa por fazer coisas novas? \_\_\_\_\_

Se tiver respondido afirmativamente à pergunta de “screening”, determine a frequência e a gravidade da apatia.

- Frequência:**
1. Ocasionalmente – menos do que uma vez por semana.
  2. Muitas vezes – cerca de uma vez por semana.
  3. Frequentemente – várias vezes por semana, mas menos do que todos os dias.
  4. Muito frequentemente – uma ou mais vezes por dia.

- Gravidade:**
1. Ligeira – a apatia é notória mas causa pouca perturbação nas tarefas diárias; só ligeiramente diferente do comportamento habitual do paciente. O paciente reage às sugestões para participar em novas actividades.
  2. Moderada – a apatia é muito evidente, pode ser ultrapassada com a ajuda da pessoa que o trata; responde espontaneamente só a acontecimentos mais significativos, como visitas de familiares mais queridos.
  3. Acentuada – a apatia é muito evidente, e deixa geralmente de responder a qualquer incentivo, ou episódio externo.

- Desgaste:** Qual é o desgaste emocional que este comportamento lhe causa a si?
0. Nenhum
  1. Mínimo
  2. Ligeiro
  3. Moderado
  4. Acentuado
  5. Muito acentuado, ou extremo

## H. Desinibição (NA)

O paciente parece agir por impulsos, sem refletir? Tem feito, ou dito coisas que habitualmente não se fazem, ou dizem em público? Faz coisas que são embaraçosas para si, ou para outros?

NÃO (passe à pergunta de “screening” seguinte) SIM (responda às “subperguntas”)

1. O paciente age de forma impulsiva, sem medir as consequências? \_\_\_\_\_
2. O paciente fala com estranhos, como se os conhecesse? \_\_\_\_\_
3. O paciente diz coisas às pessoas, que são desagradáveis ou ferem a sua sensibilidade? \_\_\_\_\_
4. O paciente diz frases grosseiras, ou faz comentários sexuais, que normalmente não faria? \_\_\_\_\_
5. O paciente fala abertamente sobre assuntos muito pessoais ou particulares, que habitualmente não abordaria em público? \_\_\_\_\_
6. O paciente toma liberdades, ou toca, ou abraça outros, de uma forma que não é habitual para o seu feitio? \_\_\_\_\_
7. O paciente exhibe quaisquer outros sinais de perda de controlo dos seus impulsos? \_\_\_\_\_

Se tiver respondido afirmativamente à pergunta de “screening”, determine a frequência e a gravidade da desinibição.

- Frequência:**
1. Ocasionalmente – menos do que uma vez por semana.
  2. Muitas vezes – cerca de uma vez por semana.
  3. Frequentemente – várias vezes por semana, mas menos do que todos os dias.
  4. Muito frequentemente – praticamente sempre presente.

- Gravidade:**
1. Ligeira – a desinibição é notória, mas cede geralmente à recondução e orientação.
  2. Moderada – a desinibição é muito evidente e difícil de controlar pelo cuidador.
  3. Acentuada – a desinibição não responde, em regra, a qualquer intervenção pelo cuidador, e é fonte de embaraço, ou de perturbação social.

- Desgaste:** Qual é o desgaste emocional que este comportamento lhe causa a si?
0. Nenhum
  1. Mínimo
  2. Ligeiro
  3. Moderado
  4. Acentuado
  5. Muito acentuado, ou extremo

## I. Irritabilidade/Labilidade (NA)

O paciente fica irritado e perturba-se com facilidade? O seu humor varia muito? Anda anormalmente impaciente? Não nos referimos à frustração pela perda de memória, nem à incapacidade em executar as tarefas habituais; queremos saber se o paciente tem andado anormalmente irritado, impaciente, ou com oscilações do humor diferentes do que lhe é habitual.

NÃO (passe à pergunta de “screening” seguinte) SIM (responda às “subperguntas”)

1. O paciente anda mal humorado, “descontrolando-se” facilmente com pequenas coisas? \_\_\_\_\_
2. O paciente tem mudanças bruscas de humor: tão depressa está bem, como fica zangado no minuto seguinte. \_\_\_\_\_
3. O paciente tem súbitos rasgos de fúria? \_\_\_\_\_
4. O paciente anda sem calma, com dificuldade em aceitar atrasos ou esperas de actividades planeadas? \_\_\_\_\_
5. O paciente anda mal disposto e irritável? \_\_\_\_\_
6. O paciente discute, e é difícil lidar com ele? \_\_\_\_\_
7. O paciente exhibe outros sinais de irritabilidade? \_\_\_\_\_

Se tiver respondido afirmativamente à pergunta de “screening”, determine a frequência e a gravidade da irritabilidade.

- Frequência:**
1. Ocasionalmente – menos do que uma vez por semana.
  2. Muitas vezes – cerca de uma vez por semana.
  3. Frequentemente – várias vezes por semana, mas menos do que todos os dias.
  4. Muito frequentemente – praticamente sempre presente.

- Gravidade:**
1. Ligeira – a irritabilidade ou labilidade são notórias, mas cedem geralmente à recondução e tranquilização.
  2. Moderada – a irritabilidade ou labilidade são muito evidentes e difíceis de controlar pelo cuidador.
  3. Acentuada – a irritabilidade e a labilidade são muito evidentes; falham geralmente na resposta a qualquer intervenção pelo cuidador, e são uma fonte grande de perturbação

- Desgaste:** Qual é o desgaste emocional que este comportamento lhe causa a si?
0. Nenhum
  1. Mínimo
  2. Ligeiro
  3. Moderado
  4. Acentuado
  5. Muito acentuado, ou extremo

## J. Comportamento motor aberrante (NA)

O paciente deambula, e volta a fazer muitas vezes as mesmas coisas, tais como abrir armários ou gavetas, ou mexe e remexe em coisas à sua volta, ou fica a enrolar fios e cordas?

NÃO (passe à pergunta de “screening” seguinte) SIM (responda às “subperguntas”)

1. O paciente deambula pela casa, sem qualquer finalidade? \_\_\_\_\_
2. O paciente anda a vasculhar gavetas e armários? \_\_\_\_\_
3. O paciente veste-se e despe-se repetidamente? \_\_\_\_\_
4. O paciente passa a vida a repetir-se nas mesmas coisas, ou nos mesmos hábitos? \_\_\_\_\_
5. O paciente entrega-se a actividades repetidas, tais como mexer em botões, apanhar coisas, enrolar fios, etc? \_\_\_\_\_
6. O paciente mexe-se excessivamente, parece incapaz de permanecer sentado em sossego, bate com os pés e tamborila com os dedos das mãos? \_\_\_\_\_
7. O paciente tem quaisquer outras actividades que execute repetidamente? \_\_\_\_\_

Se tiver respondido afirmativamente à pergunta de “screening”, determine a frequência e a gravidade do comportamento motor aberrante.

- Frequência:**
1. Ocasionalmente – menos do que uma vez por semana.
  2. Muitas vezes – cerca de uma vez por semana.
  3. Frequentemente – várias vezes por semana, mas menos do que todos os dias.
  4. Muito frequentemente – praticamente sempre presente.

- Gravidade:**
1. Ligeira – a actividade motora anormal é notória mas interfere pouco nas actividades diárias.
  2. Moderada – a actividade motora anormal é muito evidente, podendo ser controlada pelo cuidador.
  3. Acentuada – a actividade motora anormal é muito evidente, falha, geralmente, na resposta a qualquer intervenção pelo cuidador, e é uma fonte grande de perturbação.

- Desgaste:** Qual é o desgaste emocional que este comportamento lhe causa a si?
0. Nenhum
  1. Mínimo
  2. Ligeiro
  3. Moderado
  4. Acentuado
  5. Muito acentuado, ou extremo

## L. Sono (NA)

O paciente tem tido dificuldade em dormir (não é de considerar, no caso do paciente se levantar apenas uma, ou duas vezes por noite só para ir à casa-de-banho, voltando logo a adormecer)? Passa a noite a pé? Deambula durante a noite, veste-se, ou perturba o seu sono?

NÃO (passe à pergunta de “screening” seguinte) SIM (responda às “subperguntas”)

1. O paciente tem dificuldade em adormecer? \_\_\_\_\_
2. O paciente levanta-se durante a noite ( não considere caso o paciente se levante uma, ou duas vezes por noite só para ir à casa-de-banho)? \_\_\_\_\_
3. Durante a noite o paciente deambula, ou põe-se a fazer coisas que não vêm a propósito? \_\_\_\_\_
4. O paciente acorda-o durante a noite? \_\_\_\_\_
5. O paciente acorda durante a noite, veste-se e prepara-se para sair, pensando que já é de manhã, e que está na hora de começar o dia? \_\_\_\_\_
6. O paciente acorda cedo demais de manhã (mais cedo do que lhe era habitual)? \_\_\_\_\_
7. O paciente dorme excessivamente durante o dia? \_\_\_\_\_
8. O paciente apresenta qualquer outro comportamento nocturno que o incomoda e que não tenha sido referido? \_\_\_\_\_

Se tiver respondido afirmativamente à pergunta de “screening”, determine a frequência e a gravidade das perturbações do sono.

- Frequência:**
1. Ocasionalmente – menos do que uma vez por semana.
  2. Muitas vezes – cerca de uma vez por semana.
  3. Frequentemente – várias vezes por semana, mas menos do que todos os dias.
  4. Muito frequentemente – uma ou mais vezes por dia (todas as noites).

- Gravidade:**
1. Ligeira – existem comportamentos nocturnos, mas não particularmente perturbadores.
  2. Moderada – existem comportamentos nocturnos (pode haver mais do que um tipo de comportamento nocturno), que perturbam o paciente e o sono do cuidador.
  3. Acentuada – existem comportamentos nocturnos (podem haver vários); o paciente fica muito perturbado durante a noite, e o sono do cuidador é muito afectado.

**Desgaste:** Qual é o desgaste emocional que este comportamento lhe causa a si?

0. Nenhum
1. Mínimo
2. Ligeiro
3. Moderado
4. Acentuado
5. Muito acentuado, ou extremo

#### M. Apetite e perturbações da alimentação (NA)

Tem havido alterações do apetite, do peso, ou mudança de hábitos (não considere, caso o paciente se encontre incapacitado, ou tenha que ser alimentado)? Houve alguma alteração nos hábitos alimentares?

NÃO (passe à pergunta de "screening" seguinte) SIM (responda às "subperguntas")

1. Houve perda de apetite? \_\_\_\_\_
2. Houve aumento de apetite? \_\_\_\_\_
3. O paciente perdeu peso? \_\_\_\_\_
4. O paciente aumentou de peso? \_\_\_\_\_
5. Houve alguma alteração no comportamento alimentar, tal como colocar demasiada comida na boca duma só vez? \_\_\_\_\_
6. Houve alguma modificação em relação às preferências alimentares, como comer demasiados doces, ou outros tipos específicos de alimentos? \_\_\_\_\_
7. Desenvolveu comportamentos alimentares, tais como comer exactamente o mesmo tipo de alimentos todos os dias, ou ingerir os alimentos exactamente na mesma ordem? \_\_\_\_\_
8. Houve quaisquer outras alterações no apetite, ou na alimentação, que eu não tenha indagado? \_\_\_\_\_

Se tiver respondido afirmativamente à pergunta de "screening", determine a frequência e a gravidade das perturbações da alimentação.

- Frequência:**
1. Ocasionalmente – menos do que uma vez por semana.
  2. Muitas vezes – cerca de uma vez por semana.
  3. Frequentemente – várias vezes por semana, mas menos do que todos os dias.
  4. Muito frequentemente – uma ou mais vezes por dia ou continuamente.

- Gravidade:**
1. Ligeira – existem alterações no apetite, ou na alimentação, mas que não provocam alterações no peso, nem causam perturbação.
  2. Moderada – existem alterações no apetite, ou na alimentação, causadoras de flutuações mínimas no peso.
  3. Acentuada – existem comportamentos óbvios no apetite, ou na alimentação, causadores de flutuações no peso, que são perturbantes duma forma ou doutra.

- Desgaste:** Qual é o desgaste emocional que este comportamento lhe causa a si?
0. Nenhum
  1. Mínimo
  2. Ligeiro
  3. Moderado
  4. Acentuado
  5. Muito acentuado, ou extremo

# **Anexo B: Normas de Publicação na Revista de Psiquiatria Clínica**



HOME PAGE

TORNE-SE ASSINANTE

A REVISTA

CONTACTOS

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ARQUIVO DE ABSTRACTS

REVISTA EM FULL-TEXT

PATROCINIOS

A revista "PSIQUIATRIA CLÍNICA" publica artigos originais na área da Psiquiatria e Saúde Mental, escritos em português, em conformidade com as seguintes categorias: (1) artigos originais; (2) artigos de revisão; (3) casos clínicos; (4) cartas ao editor; (5) artigos especiais por convite.

Os manuscritos devem ser enviados para o endereço electrónico [psiqdir@huc.minsaude.pt](mailto:psiqdir@huc.minsaude.pt), ao cuidado do Editor da Revista "Psiquiatria Clínica", em formato Microsoft Word, aceitando-se anexos (p.e. imagens, tabelas) em formato JPEG ou Microsoft Excel.

Além do título do artigo, em português e em inglês, e da categoria de manuscrito escolhida, deverá ser indicado o nome dos autores, suas qualificações e filiações profissionais. Um autor deverá ser indicado como responsável pela correspondência, constando como contactos morada profissional, telefone e endereço electrónico.

A informação referente aos autores - nome, qualificações e filiações, endereço e contactos do autor-correspondente - deverá ser remetida num ficheiro à parte, separado do corpo do artigo.

Os artigos devem ser acompanhados de um resumo, contendo uma descrição clara e concisa do artigo, que não deve exceder um limite de 200 palavras. Deverão ser indicadas palavras-chave, em número máximo de 4, que reflectam o conteúdo do manuscrito. Recomenda-se o uso de termos 'Medical Subject Headings', do Index Medicus. Resumos e palavras-chave deverão ser redigidos em 2 versões: português e inglês. Relativamente ao idioma do texto do artigo, serão aceites contribuições em português ou inglês.

A estrutura dos Artigos Originais e de Revisão deverá ser organizada segundo as secções: (1) Introdução, (2) Métodos, (3) Resultados, (4) Discussão, (5) Conclusões. Os Casos Clínicos deverão estruturar-se como: (1) Introdução, (2) Caso Clínico, (3) Discussão. A dimensão dos manuscritos, excluindo resumo e referências, deverá respeitar os seguintes limites de palavras: Artigos Originais - 5000, Artigos de Revisão - 8500, Casos Clínicos - 2500, Cartas ao Editor - 750.

As referências bibliográficas deverão adoptar as normas para publicação segundo o estilo Vancouver, do Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (vide [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)), sendo citadas no texto por números árabes consecutivos, entre parêntesis, inseridos por ordem de entrada. A título de exemplo:

(1) Vaz-Serra A. A vulnerabilidade ao Stress. *Psiquiatria Clínica*. 2000; 25(4): 261-278

A submissão de um manuscrito à revista implica a sua originalidade, nomeadamente que o trabalho em questão não tenha sido anteriormente publicado, ou que não tenha sido submetido em simultâneo a outros periódicos científicos. Os artigos publicados serão da exclusiva responsabilidade dos autores. Após a sua aceitação e publicação na revista "Psiquiatria Clínica" tomar-se-ão propriedade desta, e a sua reprodução, total ou parcial, só poderá ser feita com autorização prévia do Editor. Estão salvaguardadas, como excepção, breves citações de texto utilizadas na elaboração de outros artigos científicos.

Os artigos submetidos serão avaliados pelo conselho editorial, que apreciará a sua conformidade com a linha editorial da "Psiquiatria Clínica". Caso seja assinalada a necessidade de revisão, os pareceres serão comunicados aos autores, que deverão proceder às necessárias modificações antes de resubmeter o artigo. A revista não garante a publicação de todos os artigos que lhe sejam entregues, pelo que, em caso de rejeição do manuscrito, o mesmo será devolvido aos autores.