



CATÓLICA PORTO  
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

# AVALIAÇÃO PSICOGERIÁTRICA E INSTITUCIONALIZAÇÃO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Ana Sofia da Silva Magalhães*

Porto, Julho de 2012



CATÓLICA PORTO  
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

# AVALIAÇÃO PSICOGERIÁTRICA E INSTITUCIONALIZAÇÃO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Ana Sofia da Silva Magalhães*

Trabalho efetuado sob a orientação de  
*Professor Doutor António Manuel Fonseca*

Porto, Julho de 2012

## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho é fruto de muito estudo, empenho, esforço e dedicação e não teria sido possível executá-lo sem a colaboração de uma série de pessoas, às quais reitero algumas palavras de agradecimento. Assim sendo, o meu Muito Obrigada!:

Aos meus pais e ao meu irmão, pelo apoio demonstrado e pela compreensão face à minha indisponibilidade para os encontros familiares, dedico este trabalho... Obrigada por sempre acreditarem em mim e ajudarem a concretizar este sonho!

Ao Gil, pela disponibilidade para resolver todos os desafios informáticos e pela paciência e carinho manifestado nos momentos certos, para ti não há palavras de agradecimento... é muito mais que isso e tu sabes!

À minha amiga Dália, por estar sempre disponível e presente na minha vida ao longo destes 5 anos. De facto, a verdadeira amizade é aquela que o vento não leva e a distância não separa!

Ao meu Orientador, Professor Doutor António Fonseca, agradeço todo o apoio e ensinamentos relativamente às questões do envelhecimento, mantendo-se sempre atento e disponível para a realização deste trabalho.

À professora Carla Martins, agradeço todo o apoio no tratamento dos dados e o modo como se disponibilizou a resolver todas as minhas dúvidas.

A todos os idosos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Penafiel que, incondicionalmente, colaboraram na recolha dos dados, e sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

Ao Provedor, às Directoras Técnicas, assim como, aos funcionários da Santa Casa da Misericórdia de Penafiel que de bom-grado, dispensaram parte do seu tempo para fornecerem informações relativamente aos residentes.

E a todos aqueles, que de alguma forma, contribuíram para este trabalho.

## Resumo

Os estudos sobre o envelhecimento têm ocupado um lugar de destaque no domínio da psicologia do envelhecimento, na medida em que as alterações físicas, psicológicas e sociais interagem de forma ininterrupta, onde cada uma afecta e é afectada.

Por outro lado, as alterações de cariz demográfico, social e económico levou a que algumas famílias transferissem a responsabilidade de cuidar das pessoas idosas para os lares de idosos. Todavia, a institucionalização de pessoas idosas em lares provoca mudanças no equilíbrio físico, psicológico e social, estando mais propensas ao isolamento, à depressão, ao declínio cognitivo e a maiores problemas de mobilidade.

Este trabalho assume que existem variações significativas relacionadas com a passagem do tempo e o estado de saúde, autonomia e níveis de independência em idosos institucionalizados. Especificamente, procura compreender como a passagem do tempo (de Novembro/Dezembro a Abril/Maio) influencia a funcionalidade de idosos institucionalizados.

O estudo apresentado foi realizado junto de 24 idosos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Penafiel. Os participantes responderam às *Escala de Avaliação Psicogeriátrica* (Fonseca et al., 2008) para a avaliação psicogeriátrica, nomeadamente saúde, depressão e cognição.

Os principais resultados evidenciam que ao contrário do que era esperado, na escala de Acidente Vascular Cerebral (AVC), em Abril/Maio os idosos institucionalizados apresentam uma melhoria em termos de saúde cérebro-vascular comparativamente com Novembro/Dezembro. Relativamente à escala de Depressão, salientam-se a presença de um declínio progressivo do estado de humor com a passagem do tempo. Em relação ao Compromisso Cognitivo, a maioria dos participantes, com a passagem do tempo, evidenciaram maiores dificuldades na memória e em outras funções cognitivas. Todavia, estas diferenças não são significativas provavelmente devido ao curto período de tempo decorrido.

Os resultados obtidos são discutidos à luz da literatura sobre a institucionalização como factor de risco na funcionalidade dos idosos.

## **Abstract**

Studies on aging have occupied a prominent place in the field of psychology of aging, in that the physical, psychological and social changes interact uninterruptedly, where each one affects and is affected.

On the other hand, the demographic, social and economic changes had led some families to transfer the responsibility of taking care of older people to the nursing homes. However, the institutionalization of elderly people in nursing homes leads to changes in the physical, psychological and social balance, being more prone to isolation, depression, cognitive decline and greater mobility problems.

This study assumes that there are significant variations related to the passage of time and state of health, autonomy and independence levels in institutionalized elderly. Specifically, seeks to understand how the passage of time (from November / December to April / May) influence the functionality of the institutionalized elderly.

The present study was conducted among 24 institutionalized elders in Santa Casa da Misericórdia de Penafiel. The participants answered to the Psychogeriatric Assessment Scales (Fonseca et al., 2008) for the psychogeriatric assessment, namely health, depression and cognition.

The main results show that contrary to what was expected, in the stroke scale, in April / May, institutionalized elderly shows an improvement in terms of cerebrovascular health compared to November / December. With regard to the Depression scale, should be noted the presence of a progressive decline in the mood with the passage of time. Regarding the Cognitive Impairment, most participants, with the passage of time, showed the greatest difficulties in memory and other cognitive functions. However, these differences are probably not significant due to the short period of time elapsed.

The results are discussed in light of the literature on institutionalization as a risk factor in the functionality of the elderly.

## Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo .....	ii
Abstract .....	iii
Introdução.....	1
PARTE I ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1. Envelhecimento e saúde .....	4
2. Envelhecimento e depressão .....	6
3. Envelhecimento e cognição.....	9
4. Impacto da institucionalização na funcionalidade dos idosos .....	14
5. Avaliação Psicogeriátrica da funcionalidade.....	17
PARTE II ESTUDO EMPÍRICO .....	21
1. Objectivos .....	22
2. Método.....	22
2.1. Participantes .....	22
2.2. Instrumentos .....	22
3. Procedimentos .....	24
3.1. Procedimento da recolha de dados .....	24
3.2. Procedimento da análise dos dados.....	25
4. Resultados .....	25
5. Discussão dos resultados .....	28
Conclusão.....	30
Bibliografia.....	32
ANEXOS	

## Índice de Quadros

Quadro 1: Caracterização dos participantes quanto ao estado civil.....	23
Quadro 2: Caracterização dos participantes quanto às habilitações literárias.....	23
Quadro 3: Distribuição da normalidade dos dados.....	26
Quadro 4: AVC e passagem do tempo.....	26
Quadro 5: Depressão e passagem do tempo.....	27
Quadro 6: Compromisso Cognitivo e passagem do tempo.....	27

## Introdução

O presente estudo<sup>1</sup> surge no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa. Foi delineado com o intuito de perceber qual o impacto da passagem do tempo no nível de funcionalidade em idosos institucionalizados (nomeadamente saúde, depressão e cognição).

A investigação aqui apresentada assume que existem variações significativas relacionadas com o estado de saúde, autonomia e níveis de independência entre pessoas idosas que possuem a mesma idade. São vários os determinantes, no processo de envelhecimento, que podem levar uma pessoa idosa à autonomia, ou pelo contrário, à dependência.

A avaliação psicogeriátrica apresentada neste estudo irá debruçar-se sobre três dimensões: saúde, depressão e cognição. A base é o estudo de Anthony Jorm e Andrew Mackinnon (1995), autores do instrumento *The Psychogeriatric Assessment Scales (PAS)*. O mesmo foi adaptado para a população portuguesa por Fonseca et al. (2008), intitulado *Escalas de Avaliação Psicogeriátrica (EAP)*.

As investigações sobre o processo de envelhecimento têm adquirido grande pertinência e prioridade nos últimos anos. De facto, se pensarmos nas mudanças de carácter demográfico que têm vindo a ocorrer decorrentes dos progressos da medicina e da melhoria das condições gerais de vida, revela-se urgente a realização de estudos relativos à terceira idade e ao processo de envelhecimento.

A referência à terceira idade corresponde a um estágio do ciclo vital que Erikson (1959) designou por integridade versus desespero. Assume maior relevância principalmente se tivermos em conta que, muitas vezes, surgem o humor deprimido, o sentimento de inutilidade e a desesperança face à perda progressiva de capacidades e de papéis sociais. Paralelamente a esta questão, os diferentes percursos de vida determinam os recursos que o idoso mobiliza no seu estado actual, onde prevalece o comportamento como um todo, em que se diferencia um envelhecimento óptimo de um envelhecimento patológico. Segundo Erikson, são poucos os idosos que atingem o sentimento de sabedoria daquilo que a designamos de envelhecimento óptimo/ bem-sucedido (Fontaine, 2000).

Através da psicologia do envelhecimento, percebemos que a velocidade com que desempenhamos operações mentais diminui, sabemos que a capacidade de memória de curto-prazo declina e a memória a longo prazo é menos eficaz, bem como é mais difícil ignorar informação irrelevante (Fonseca et al., 2008). Além disso, sabemos que as alterações do sistema endócrino, neurológico e fisiológico, próprias da idade, contribuem

---

<sup>1</sup> Não segue as orientações do novo acordo ortográfico

para um declínio progressivo do humor. Também sabemos que com o aumento da longevidade existe um acumular de efeitos indesejáveis do envelhecimento, e consequentemente efeitos a nível das capacidades funcionais e na autonomia em tarefas que são necessárias ao indivíduo, como tarefas de autocuidado (*Actividades de Vida Diária*) e de adaptação ao meio em que vive (*Actividades Instrumentais de Vida Diária*).

É certo que pessoas idosas que vivem em ambientes ou áreas de risco com múltiplas barreiras físicas (por exemplo lares), saem muito provavelmente com menor frequência, logo, estão mais propensas ao isolamento e, consequentemente, a depressão, sintomas demenciais e maiores problemas de mobilidade. Convém, também, ter em consideração que o suporte social e o contacto social proporcionado pelas instituições, a educação e aprendizagem, são alguns factores integrantes do ambiente social que protegem a saúde à medida que as pessoas vão envelhecendo. Pelo contrário, a solidão, o isolamento social e a falta de educação aumentam o risco para o desenvolvimento de perturbações, tornando-se a causa próxima de morte. Assim, o ambiente social deverá ser estimulante, de forma a manter a pessoa idosa activa sobre os vários pontos de vista, contribuindo para uma melhor qualidade de vida (Silva, 2005).

Este trabalho encontra-se organizado em três partes: numa primeira parte é exposto o enquadramento teórico sobre as temáticas em estudo – funcionalidade, impacto da institucionalização na funcionalidade dos idosos e avaliação psicogeriátrica da funcionalidade (cognitiva, humor e funcionalidade). Na segunda parte é apresentado o estudo empírico – objectivos, método, procedimentos da recolha e tratamento dos dados, resultados e discussão dos resultados. Finalmente, na terceira parte, apresenta-se uma conclusão do trabalho.

**PARTE I**

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1. Envelhecimento e saúde

Falar de envelhecimento implica falar do conceito de idade. Cada pessoa não tem só uma idade, mas “três idades possíveis”: a idade biológica, a idade psicológica e a idade social. A idade biológica está relacionada com o envelhecimento orgânico, isto é, a diminuição da capacidade de funcionamento dos órgãos e a uma menor eficácia da sua auto-regulação. Contudo, os órgãos não envelhecem todos ao mesmo tempo. A idade psicológica refere-se ao comportamento da pessoa em relação às mudanças de ambiente, onde estão incluídas, por exemplo, a memória, as capacidades intelectuais e as motivações. A idade social relaciona-se com o papel social e com os hábitos em relação às outras pessoas da sociedade, sendo fortemente influenciada pela cultura onde a pessoa está inserida (Birren & Cunningham, 1985).

Deste modo, o envelhecimento é um processo natural de grandes mudanças a nível biológico, psicológico e social. Estas mudanças, que ocorrem com o passar do tempo, de uma forma geral, não se desenrolam da mesma maneira em todas as pessoas e exigem um esforço de adaptação às novas condições de vida, tratando-se assim de um momento de risco para o seu equilíbrio e bem-estar psicológico (Almeida, 2008; Ricarte, 2009). É necessário que o próprio idoso seja capaz de conseguir lidar com essas mudanças que ocorrem a nível físico, psíquico e social, encarando o processo de envelhecimento de forma positiva e como mais uma etapa de desenvolvimento ao longo da vida.

Com a passagem do tempo, existe uma acumulação de efeitos indesejáveis do envelhecimento, que se traduz num aumento de doenças crónicas e com efeitos a nível das capacidades funcionais e na autonomia, provocando um grande impacto na qualidade de vida dos idosos (Almeida, 2008; Ricarte, 2009). Segundo a Organização Mundial de Saúde, os principais problemas de saúde são as doenças mentais, o cancro e as doenças cardiovasculares, sendo que 450 milhões de pessoas sofrem de doenças mentais, ultrapassando o cancro e as doenças cardiovasculares (WHO, 2011b).

Adicionalmente, e ainda no âmbito da qualidade de vida dos idosos, também se constata que a influência de factores extrínsecos ou ambientais, como por exemplo, a adopção de determinados estilos de vida e estratégias de coping, surgem como determinantes na forma como se envelhece (Almeida, 2008).

Nesse sentido, se por um lado, a probabilidade para desenvolver certas doenças aumenta com a idade devido à menor capacidade de resistência, por outro lado, é necessário esclarecer que envelhecer não é uma doença, sobretudo se ao longo da vida o idoso desenvolveu hábitos de vida saudáveis.

A importância dos conceitos de saúde e doença na velhice deu origem à distinção entre envelhecimento normal ou primário, e envelhecimento patológico ou secundário. O

envelhecimento normal ou primário é um estado sem ocorrência de patologias biológicas e mentais; o envelhecimento patológico ou secundário é aquele em que está presente uma degenerescência associada a doenças crônicas, a doenças e síndromas típicas da velhice e à desorganização biológica, tornando-se a causa próxima de morte. Portanto, torna-se pertinente potencializar o envelhecimento normal / ótimo no qual se assenta numa base funcional, sinónimo de velhice saudável, bem-sucedida e competente, associada a um elevado funcionamento cognitivo e compromisso activo, em que as capacidades biológicas e psicológicas permitem uma adaptação pessoal e social muito satisfatória (Fonseca, 2006).

De acordo com o modelo proposto por Baltes e Baltes (1990), o envelhecimento é um processo de desenvolvimento que envolve ganhos e perdas ao longo de todo o curso de vida. O envelhecimento com sucesso representa uma maior qualidade de saúde, pois, o indivíduo procura melhorar activamente o seu desempenho, proporcionando o desenvolvimento de bem-estar psicológico (Silva, 2005). Por outras palavras, é a conjunção de três condições: a saúde, a manutenção de um elevado nível de funcionamento cognitivo e físico, e a manutenção da participação social.

Assim sendo, envelhecer com sucesso significa uma capacidade global de adaptação às perdas que ocorrem habitualmente em idades mais avançadas e de uma escolha de determinados estilos de vida, que permitam a manutenção da integridade física e mental (Fonseca, 2005). Isto porque a velhice, nas suas diversas vertentes, depende das trajectórias individuais. Com efeito, factores biológicos (como o papel da saúde, da alimentação e do exercício físico, os aspectos biológicos e genéticos), factores psicológicos (como o funcionamento mental, estratégias de coping, a personalidade do sujeito, mecanismos de defesa) e factores sociais (como relações sociais, o contexto social, o suporte social, factores históricos, efeitos da coorte, os recursos económicos, educacionais e culturais), têm um papel basilar no envelhecimento, reflectindo-se na maior ou menor capacidade para manter a integridade física e mental necessárias para uma vida independente e autónoma. Neste sentido, existem diferenças no modo como o processo de envelhecimento ocorre, quer em termos no contexto cultural, quer em termos individuais em relação a vários aspectos que são determinantes para o bem-estar. No seu conjunto, explicam a diversidade no processo de envelhecer com sucesso, não existindo uma única forma de envelhecer, pois, os indivíduos diferem entre si (Fonseca, 2005).

## 2. Envelhecimento e depressão

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define saúde como “*um estado completo de desenvolvimento e bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença*”, definição que reflecte a dimensão positiva e a importância da saúde mental na saúde dos indivíduos. Na verdade, não há saúde sem saúde mental (WHO, 2011a).

Devido ao aumento exponencial e alarmante das perturbações mentais, neurológicas e comportamentais, a saúde mental tem sido alvo de apelos pela OMS por todo o mundo, com o intuito de aumentar o apoio aos serviços de saúde mental, uma vez que grande parte dos países investe pouco dinheiro na mesma (WHO, 2011a).

É verdade que, nos últimos anos, a depressão é considerada a perturbação mental mais frequente e é um problema de saúde pública que afecta todas as faixas etárias, sendo classificada como a principal causa de incapacidade no mundo.

Devido ao aumento significativo da população idosa, o interesse pela depressão na velhice também aumentou, pois, as alterações que ocorrem no sistema endócrino, neurológico e fisiológico, próprias da idade, contribuem para um declínio gradual do humor e um aumento da sensibilidade afectiva. De modo geral, o quadro clínico é parecido com o das outras faixas etárias, e é considerada uma síndrome, pois, abarca um conjunto de sinais e sintomas. Os sinais referem-se a indicadores objectivos de que está presente uma desadaptação. Os sintomas correspondem a alterações que ocorrem a nível físico, cognitivo e social, apresentadas pelo idoso (Vaz, 2009).

A este respeito, a depressão é caracterizada por um estado de ânimo triste, uma alteração do humor, em que a tristeza é patológica, desproporcionada e profunda. O paciente deprimido perde o interesse e vontade de viver, sentindo-se incapaz de realizar as actividades que fazia anteriormente. O idoso apresenta com maior frequência e facilidade queixas somáticas, do que reconhece e expressa os sintomas afectivos perante o outro, como a tristeza (Katsumata et al., 2005). Conjuntamente com a tristeza aparecem outra série de sintomas, como sentimentos de culpa e crítica em relação a si próprio, agitação, lentidão de raciocínio, dificuldades de concentração, sintomas somáticos, alterações do ciclo de sono e apetite e pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida, que interferem gravemente na qualidade de vida do paciente deprimido (APA, 2002).

Na mesma linha, Sadock e Sadock (2008) referem que o sentimento de solidão, inutilidade, desamparo, e desesperança são os sentimentos mais comuns, os quais implicam um alto risco de suicídio. O suicídio é uma das principais causas de morte em pessoas idosas, pois o idoso que quer suicidar-se, fá-lo de forma planificada, não impulsiva, com recurso a armas de fogo ou armas brancas, avisam com menos frequência e fá-lo com

menos tentativas falhadas que os jovens ou adultos. Portanto, a avaliação da ideação suicida é indispensável mas difícil de prevenir (Baldwin, 2010).

A depressão no idoso atinge os mais elevados índices de morbidade e mortalidade, na medida em que é muitas vezes difícil de diagnosticar e, conseqüentemente, de tratar; na maior parte das vezes, é sub-diagnosticada e sub-tratada (Baldwin, 2010).

Desde logo, falar de depressão implica falar nos factores que influenciam a mesma. Desta forma, podemos dizer que é influenciada por factores biológicos, psicológicos e sociais. No que se refere ao aspecto psicológico, muitas situações de depressão estão relacionadas com perdas que implicam uma reestruturação adaptativa e dependem também das características da personalidade de cada indivíduo. A vivência de uma perda requer um processo psicológico mais ou menos doloroso e perturbador, pois, relaciona-se com a experiência de falta de algo que por um tempo de vida acompanhou o indivíduo (Cardão, 2009). Há uma perda sempre que a situação é vivenciada como um insucesso, uma privação, uma separação que afecta o seu status, os seus papéis, os seus sonhos ou ilusões (Costa, 2005).

Neste sentido, o processo de envelhecimento requer uma adaptação individual a alterações da vida do dia-a-dia, podendo tornar o indivíduo mais vulnerável à depressão. Assim, segundo os modelos psicológicos, estas alterações traduzem-se numa perda de auto-estima, de papéis significativos, a perda de outras pessoas importantes, diminuição de contactos sociais, diminuição da capacidade física, dificuldades financeiras e diminuição das estratégias de coping (Bulut, 2009). É neste cenário que a depressão surge, sendo a perturbação psiquiátrica mais prevalente na população idosa.

Com efeito, a depressão em idade avançada é multifactorial. Têm sido identificados um conjunto de factores de risco que estão na origem da depressão em idade avançada: factores sociodemográficos, factores psicossociais e problemas de saúde (Baldwin, 2010).

### *Factores sociodemográficos*

A depressão entre **género** difere; tem sido demonstrada uma maior prevalência de sintomas depressivos no género feminino que no género masculino. Assim, o género feminino revela-se um factor de risco para a depressão na velhice (Baldwin, 2010; Duarte & Rego, 2007).

A associação entre a **idade** e a depressão tem sido demonstrada em alguns estudos; segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2002), 25% das pessoas com idade superior a sessenta e cinco anos sofrem de algum tipo de perturbação mental, sendo a depressão a perturbação mais frequente até aos setenta e cinco anos.

Existem evidências que o **estado civil** interfere no desenvolvimento de depressão, especialmente o estado civil divorciado e viúvo (Baldwin, 2010).

A **institucionalização** tem sido fortemente correlacionada com a depressão pois é mais comum em idosos institucionalizados do que não institucionalizados, sendo as taxas de prevalência três a cinco vezes maiores (Vaz, 2009).

A **educação e a baixa escolaridade** também têm sido fortemente correlacionadas com a depressão no idoso, pois, o baixo nível de escolaridade determina os recursos que o idoso mobiliza no seu estado actual, ao que se associa um menor desenvolvimento social (Baldwin, 2010).

O baixo **nível socioeconómico** revela-se também um factor de risco para o desenvolvimento da depressão, pois, os baixos recursos financeiros impedem o acesso a contactos sociais e a melhoria da condição de vida e de saúde, contribuindo para o surgimento de quadros depressivos (Baldwin, 2010).

#### *Factores psicossociais*

A ocorrência de **acontecimentos de vida marcantes**, como por exemplo separação ou interacção negativa com a família, têm sido identificados como factores de risco associados à depressão em idosos (Baldwin, 2010).

O **isolamento e o fraco suporte social** também têm sido identificados como factores de risco para o surgimento de quadros depressivos em idosos, pois, uma rede social adequada é vista como factor protector na depressão em idosos uma vez que as interacções sociais combatem o isolamento e a solidão (Baldwin, 2010).

As **dificuldades cognitivas** estão fortemente associadas à depressão, uma vez que a depressão afecta, muitas vezes, o funcionamento cognitivo e vice-versa, sobretudo a capacidade de concentração e memória, colocando um grande entrave ao processo de avaliação, já que o défice cognitivo muitas vezes está presente no idoso deprimido (Djernes, 2006; Harvey, Reichenberg, & Bowie, 2006).

A **história prévia de depressão** também é vista como um factor de risco para o desenvolvimento de depressão em idades avançadas (Baldwin, 2010; Djernes, 2006).

#### *Problemas de saúde*

A **perda de saúde** é um factor de risco associado à depressão no idoso, sendo que numa importante percentagem de casos os sintomas depressivos aparecem após o diagnóstico de uma doença grave. As doenças mais frequentemente associadas à depressão no idoso são: acidente vascular cerebral (AVC), hipertensão arterial, diabetes e

doença coronária (Baldwin, 2010; Harvey et al., 2006). Este tipo de depressão causada por AVC é chamada de depressão vascular, que aparece por lesões vasculares cerebrais.

(...) a sua forma de apresentação pode ser diferente, com uma lentificação das funções motoras e uma diminuição do interesse pelas actividades, alteração da fluência verbal, menor capacidade executiva com alteração na capacidade de iniciação, não é associada a sintomas psicóticos, tem menor agregação familiar e mais anedonia, bem como um maior grau de alteração funcional comparada com a depressão não vascular. (Vaz, 2009 p. 66)

Em sùmula, a depressão pode manifestar-se como uma reacção a uma determinada situação vivenciada como uma ameaça. Dada a vulnerabilidade biológica da síndrome depressiva no idoso, esta pode manifestar-se quando provocada por um stress, por exemplo, a perda real ou simbólica, doenças graves, danos cerebrais ou pelo próprio envelhecimento, adquirindo particularidades especiais que têm que ser tidas em conta (Weiner, 2009).

### **3. Envelhecimento e cognição**

A cognição envolve um conjunto de processos mentais como a atenção, memória, pensamento, raciocínio, percepção, conhecimento, imaginação, juízo e linguagem (Papalia & Olds, 2000).

A ideia de que existe um declínio generalizado e irreversível das capacidades cognitivas na velhice surge como um mito e um estereótipo comum, mas que não se baseia propriamente na realidade. Podemos considerar que o processo de envelhecimento implica a noção de que existem alterações ao longo da vida. Assim, o envelhecimento cognitivo corresponde a alterações que ocorrem nas funções cognitivas. Porém, apesar de ocorrer alterações no desempenho cognitivo com o envelhecimento, esses declínios não são idênticos em todas as funções, pois, algumas capacidades cognitivas permanecem preservadas numa grande parte dos idosos (Paúl, 2005). A distinção entre o desempenho cognitivo declinar com a idade e as capacidades cognitivas permanecerem estáveis deu origem à distinção entre inteligência fluída e inteligência cristalizada introduzida por Raymond Cattell, sendo que a inteligência fluída relacionada com a capacidade de aprender novas relações, do raciocínio e abstracção, é mais vulnerável ao processo de envelhecimento, verificando-se uma diminuição progressiva desde o início até à senescência. No entanto, a inteligência cristalizada, que depende da experiência e do

conhecimento, permanece estável ao longo da vida (Bäckman, Small, & Larsson, 2000; Berryman, Hargreaves, Herbert, & Taylor, 2005).

Salthouse (2000) propõe a existência de uma outra nomenclatura para caracterizar o funcionamento cognitivo.

(...) a distinção a ser feita é entre processo e produto, entendendo como processo a eficiência ou eficácia do processamento, na altura em que é feita a avaliação, e como produto a acumulação dos resultados dos processamentos realizados no passado. Assim, o processo seria o tipo de cognição que reflecte a capacidade de resolver problemas novos e para transformar e manipular materiais familiares e o produto cognitivo consistiria em várias formas de conhecimento adquirido. (Nunes, 2008 p. 30)

Deste modo, o *processo* é habitualmente avaliado em tarefas que requerem o mínimo de influência dos conhecimentos previamente adquiridos, ou material sem significado, principalmente recordação livre. Por sua vez, o *produto* é avaliado em tarefas que requerem o conhecimento adquirido, como por exemplo, provas de vocabulário.

De facto, o tamanho dos défices relacionados com o envelhecimento e a consistência com que os défices são observados variam sistematicamente, pois é possível constatar um maior declínio no *processo* do que no *produto* (Nunes, 2008).

Contudo, mais do que a verificação das diferenças entre o *processo* e o *produto*, tem sido a identificação dos mecanismos cognitivos que explicam os défices relacionados com a idade. Assim, têm sido identificados fundamentalmente quatro mecanismos associados à idade:

(...) diminuição da velocidade de processamento, memória de trabalho, função inibitória, e função sensorial (embora esta divisão não seja linear, e alguns autores discutam, por exemplo, a função inibitória no âmbito da memória de trabalho. (Nunes, 2008 p. 32)

Relativamente à aprendizagem, os estudos evidenciam que o tempo necessário para a aprendizagem de novos conteúdos aumenta, sobretudo aprendizagens de conteúdos não relacionados directamente com os conhecimentos adquiridos anteriormente (Azevedo & Teles, 2011; Fonseca, 2006). Uma hipótese que surge na literatura é que a diminuição da velocidade de processamento, isto é, a velocidade com que desempenhamos operações mentais, leva a uma menor eficácia na codificação da informação, e é esta redução que dá origem a défices no funcionamento cognitivo.

No âmbito da memória, as investigações referem que nenhuma forma de memória parece resistir completamente à influência negativa do envelhecimento. Deste modo, os défices que estão relacionados com a influência do envelhecimento podem ser observados em tarefas de avaliação da memória episódica, memória implícita, memória semântica, memória de curto-prazo. Contudo, o tamanho dos défices relacionados ao envelhecimento e a consistência com que os défices são observados variam sistematicamente nas diferentes formas de memória. Especificamente, os défices relacionados com a idade tendem a ser grandes e robustos na memória episódica e memória de curto-prazo, e inferiores nas tarefas de avaliação da memória implícita e memória semântica (Bäckman et al., 2000).

De facto, à medida que envelhecemos, é possível constatar algum declínio nas capacidades cognitivas, como pequenos esquecimentos em tarefas do dia-a-dia (por exemplo, esquecer onde colocou a chave), maior dificuldade na aprendizagem de conteúdos novos e na resolução de problemas não familiares, bem como,

(...) é necessário mais tempo para evocar a informação memorizada a curto prazo; Existe uma deterioração da memória episódica, ou autobiográfica, que se refere aos acontecimentos pessoais ao longo da vida; Verifica-se uma lentificação no processamento de informação (e conseqüentemente aumento no tempo de reacção) bem como da actividade psicomotora (por exemplo, escrever no computador). (Azevedo & Teles, 2011 p. 78)

Relativamente à função inibitória, esta revela-se também um mecanismo importante relacionado com o funcionamento cognitivo na velhice. Nesta perspectiva, é mais difícil os idosos focarem-se na informação relevante e inibir a informação que é irrelevante, pois são mais susceptíveis a distrações internas e externas. Deste modo, a existência de um défice no processo inibitório permite a entrada e a manutenção na memória de trabalho, material irrelevante, prejudicando a recordação posterior. Portanto, o declínio da memória de trabalho resulta da existência de informações que são irrelevantes, prejudicando de facto a performance cognitiva (Nunes, 2008).

Finalmente, um outro mecanismo relacionado com a idade tem sido o declínio da função sensorial (visão e audição). Existe uma relação muito significativa entre a idade e o funcionamento sensorial, em que o declínio deste último está directamente relacionado com o declínio do funcionamento cognitivo (Fonseca, 2006; Nunes, 2008).

No seu modelo de envelhecimento cognitivo, Salthouse (1988) sugere que a causa dos aspectos cognitivos declinarem com a idade era atribuída ao máximo de activação permitida ou à taxa de propagação de informação. Assim, a diminuição da velocidade de processamento de informação do Sistema Nervoso Central, que por sua vez se reflecte no

abrandamento cognitivo, é responsável por um declínio da inteligência relacionado com o envelhecimento. No entanto, mais tarde (1998, 1999), o mesmo autor propôs uma avaliação do envelhecimento, em que a optimização requer o mínimo das perdas e a optimização de ganhos tanto a nível intra como interpessoal. Face a menores capacidades, no caso dos idosos, a adaptação pode resultar dificultada e exigir a optimização do meio físico e social para que o indivíduo que está a envelhecer consiga readquirir um equilíbrio e uma adaptação mais favorável. Esta adaptação implica a compensação das perdas com recurso a novas estratégias de pensamento e de resolução de problemas (Fonseca, 2006; Paúl, 2005).

Por sua vez, Baltes e Carstensen (1999) sugerem o modelo de selectividade socioemocional, pois os indivíduos, face ao declínio das capacidades cognitivas, procuram adaptar-se através da adopção de estratégias de selecção, optimização e compensação. Assim, o indivíduo distribui os recursos cognitivos disponíveis pelos investimentos significativos e usam tais recursos no sentido da regulação de emoções (Fonseca, 2006; Paúl, 2005).

Contudo, apesar de existir um declínio do funcionamento das capacidades cognitivas com a longevidade humana, estas são caracterizadas por uma grande variabilidade intra e interindividual associada a factores biológicos, pessoais e sociais (Azevedo & Teles, 2011).

### *Factores Biológicos*

O envelhecimento dos **sistemas sensoriais da visão e audição** produz uma alteração nas informações do meio circundante que atingem o cérebro, passando a ser menos detalhadas, levando mais tempo a chegar. Logo, afectam o envelhecimento, a personalidade e a auto-imagem.

Também, as **alterações neuronais**, como a perda de neurónios ou mau funcionamento neuronal, podem ocorrer devido ao processo de envelhecimento normal ou serem desencadeadas por doenças, como AVC, influenciando assim, o processo de envelhecimento.

A **herança genética** que cada um recebe, também se revela um importante factor, pois as actividades que cada indivíduo investe ao longo da sua vida são as que melhor serão preservadas na velhice.

### *Factores Pessoais*

A **educação/escolaridade** influencia o funcionamento cognitivo, uma vez que o uso intelectual durante anos funciona como um factor protector para a deterioração cognitiva.

A **história pessoal**, como as competências desenvolvidas ao longo da vida, um meio circundante estimulante, estilo de vida fisicamente activo, envolvimento em actividades sócio-recreativas, têm um impacto positivo na cognição, no bem-estar físico e psicológico pois mantem a mente activa e estimulada.

### *Factores Sociais*

A **reforma** corresponde a uma fase da vida livre das exigências do trabalho e dos cuidados parentais, e conseqüentemente assiste-se a uma diminuição do relacionamento interpessoal e da estimulação. Contudo, pode ser encarada como uma oportunidade para a realização de outras actividades ou estabelecimento de relações sociais que outrora eram postas de lado devido ao trabalho.

Também o **nível socioeconómico** influencia o funcionamento cognitivo, uma vez que funciona como um factor protector, pois pode facilitar o acesso a actividades culturais, livros, internet, e melhores condições de saúde.

A diminuição das capacidades cognitivas não se encontra relacionada simplesmente com a idade, mas também está associada ao comportamento, à educação, à posição social e à saúde do individuo, sobretudo a cérebro-vascular (Paúl, 2005; Fonseca, 2006). Todos estes factores, no seu conjunto, vão influenciar o modo como ocorre o processo de envelhecimento e, sendo assim, é possível o declínio em áreas diferentes e até mesmo o aperfeiçoamento em outras áreas (Papalia & Olds, 2000). Assim, são vários os factores que podem influenciar as capacidades cognitivas, tanto negativamente como positivamente, influenciando a competência dos idosos, como o coping, a actividade física e o treino das capacidades cognitivas (Abreu, Forlenza, & Barros, 2005).

O conceito de capacidade adaptativa ou coping é relevante para compreender a fenomenologia das perturbações cognitivas. A capacidade adaptativa ou coping está relacionada, em parte, com a integridade cognitiva, isto é, a capacidade de construir relações positivas com os outros, de controlar os impulsos e assumir a responsabilidade pelas acções tomadas. Também depende da integridade biológica da pessoa como um todo para atender a questões fora da manutenção da integridade física. Assim, os sintomas das pessoas com perturbações cognitivas resultam da interacção de factores sociais, psicológicos, físicos e metabólicos que são únicos para cada individuo. Tais sintomas dependem da estrutura emocional, interpessoal, do ambiente físico e das alterações na saúde geral, bem como da natureza, localização e progressão do processo subjacente. Por esta razão, cada pessoa com perturbação cognitiva apresenta um quadro clinicamente distinto (Weiner, 2009).

Araújo (2011) aborda a relação entre a prática de actividade física e as capacidades cognitivas dos idosos, e refere que a prática de actividade física ajuda a atingir uma série de objectivos que contribuem para o envelhecimento activo, tais como, a melhoria das capacidades cognitivas e físicas. O estudo longitudinal de Aichberger et al. (2010) teve como objectivo averiguar a associação entre actividade física e performance cognitiva. Após dois anos e meio, os investigadores verificaram que a participação em actividade física pode ser importante quando existem outros factores de risco associados ao declínio cognitivo. Concluíram ainda que, após dois anos e meio, os idosos que participaram em qualquer actividade física regular apresentavam menor declínio cognitivo.

Para além da actividade física, é também importante o treino das capacidades cognitivas, pois, a prática melhora o desempenho cognitivo e pode compensar o declínio associado à idade (Azevedo & Teles, 2011). O estudo de Tesky, Thiel, Banzer, e Pantel (2011) teve como objectivo investigar os efeitos de actividades de lazer cognitivamente estimulantes (como ler, jogar xadrez, tocar música etc) no desempenho cognitivo, humor e atitude face à velhice em idosos saudáveis, através de um programa de intervenção *Aktiva* concebido para melhorar a estimulação cognitiva diária. Após a intervenção de oito sessões semanais e duas sessões de reforço após uma pausa de quatro meses, os investigadores verificaram efeitos positivos sobre o desempenho cognitivo e atitude face à velhice. Idosos com idade superior a 75 anos apresentaram maior velocidade de processamento de informação, enquanto idosos com idade inferior a 75 anos apresentaram melhorias na memória subjectiva. Concluíram, assim, que o programa de intervenção *Aktiva* pode ser usado para aumentar as actividades de lazer cognitivamente estimulantes. Contudo, mais estudos são necessários para verificar os efeitos desta intervenção a longo prazo, como prevenção da demência.

À luz da perspectiva sobre o declínio das capacidades cognitivas, poderemos agora perguntar: como poderemos chegar a um diagnóstico? Guerreiro (2005) sugere uma explicação centrada na área da neuropsicologia, defendendo que a avaliação neuropsicológica auxilia no diagnóstico diferencial relacionado com situações decorrentes do processo de envelhecimento normal, défice cognitivo ligeiro e demência, uma vez que identifica se há ou não alterações das funções nervosas superiores, especificando e quantificando a gravidade dessas alterações.

#### **4. Impacto da institucionalização na funcionalidade dos idosos**

Até há algumas décadas atrás a responsabilidade de cuidar das pessoas idosas cabia à própria família. As famílias eram a base de apoio e, dessa forma, a responsabilidade primária de cuidar dos idosos recaía sobre a família. Contudo, com as alterações que

surgiram ao nível social e económico, algumas famílias transferiram a responsabilidade de cuidar das pessoas idosas para as instituições direccionadas e especializadas para esse efeito.

Assim, o internamento de pessoas idosas em lares tornou-se uma realidade da sociedade actual. Ou porque a família não tem tempo ou capacidade de lidar com o idoso que entretanto se tornou dependente ou com alguma doença crónica, ou devido à viuvez e perda de companheiros, também a falta de actividade coloca a pessoa idosa numa situação solitária e frágil, deixando as famílias de ser a principal rede de suporte e sem outras alternativas senão o internamento. O internamento é um recurso cada vez mais seguido pelas famílias para os idosos mais dependentes ou frágeis (Cardão, 2009; Luppá et al., 2010).

Os lares são equipamentos de alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou autonomia. Proporcionam serviços de alimentação, cuidados de saúde (assistência médica, enfermagem e medicamentosa, cuidados de higiene e de imagem), apoio psicossocial, apoio espiritual e actividades para a ocupação de tempos livres. Tudo isto com o objectivo primordial de melhorar as condições de vida dos idosos, e conseqüentemente, promover o seu bem-estar (Ministério do Trabalho e Segurança Social, 2006).

Todavia, a institucionalização é susceptível de provocar mudanças no equilíbrio psicológico e físico do idoso, na medida em que por mais qualidade que a instituição possua, há sempre um corte com a vida que o idoso levava anteriormente, nomeadamente ao nível das relações sociais e familiares. O controlo que os lares de idosos exercem sobre todos os aspectos da vida acaba frequentemente por contribuir para a despersonalização e impedir a expressão das vontades individuais, colocando em risco a preservação da identidade pessoal. Deste modo, a pessoa idosa vai ter que se adaptar a novas situações, como: mudança de espaço, novas rotinas, pessoas que não conhece e com quem vai ter que partilhar a sua vida. Esta nova realidade pode dar origem a reacções de angústia, medo, revolta e insegurança, pois, os idosos são particularmente vulneráveis a mudanças de ambiente (Santos, 2008). Assim, o idoso vê-se confrontado com a perda de autonomia, na medida em que, tende a perder controlo sobre algumas dimensões da sua vida, o que afectará a imagem que alimenta de si próprio e que lhe é devolvida, em parte, pelos outros com quem interage no lar (Guedes, in press). Todavia, a perda de autonomia também se constitui uma condição que leva o idoso a ir residir para um lar (Scocco, Rapattoni, & Fantoni, 2006).

Na mesma linha, Fonseca (2005) refere que idosos residentes em lares tendem a sentir-se mais sozinhos e insatisfeitos, porque os dias são monótonos e estão afastados das redes sociais que o idoso estabeleceu ao longo da vida. Assim, a prevalência de sintomas

psiquiátricos (sendo a depressão mais prevalente) e demenciais nos lares é elevada. Contudo, também é uma das causas da institucionalização (Scocco et al., 2006).

Factores como a decisão da ida para um lar, isto é, se foi o próprio idoso a decidir ou terceiros, o grau de discrepância entre as competências individuais, o ambiente e as características do próprio indivíduo, influenciam o impacto que a institucionalização tem no idoso para a sua adaptação positiva e para o envelhecimento bem ou mal sucedido (Lerner & Hultsch, 1983). Isto porque o sucesso da adaptação à velhice, nas suas diversas vertentes, depende de várias dimensões como a saúde, o funcionamento mental, a alimentação, o exercício físico, as relações sociais, os hábitos quotidianos, a auto-estima, das actividades produtivas, e do contexto onde o idoso está inserido, sendo necessário desejá-lo. Deste modo, a adaptação positiva ao lar dependerá, em parte, da vida que levava anteriormente, da concepção que têm sobre os seus direitos, dos seus recursos pessoais e culturais para lidar com o envelhecimento em contexto de lar. Contudo, parte deste sucesso ficará também a dever-se ao esforço das instituições em revalorizar as competências dos idosos, à forma como a instituição possibilita actividades de crescimento e aprendizagem, à imagem que passam sobre o que é ser idoso e, principalmente, sobre a sua utilidade e estatuto (Guedes, in press).

A institucionalização, quer seja por vontade do próprio idoso ou por terceiros, pode ser vista como um ganho, isto é, a possibilidade de acompanhamento e de cuidados especializados, principalmente em casos de doenças, e da participação dos indivíduos em redes de relacionamento positivas; ou como uma perda, impondo limites sérios à funcionalidade. Se a instituição privilegiar tarefas de rotina e de impessoalidade privará o idoso de estimulação, atenção emocional e vínculos afectivos, tendo um impacto negativo no idoso. O equilíbrio sensorio-motor, cognitivo e emocional sofre um declínio mais rápido e tende a piorar com a passagem do tempo (Cardão, 2009).

O estudo longitudinal de Scocco et al. (2006) teve como objectivo averiguar o impacto da institucionalização (num lar) e verificar as mudanças que ocorriam ao nível cognitivo e psicopatológico, ao nível da autonomia e da percepção da qualidade de vida dos idosos. Após 6 meses, os investigadores verificaram que existia um declínio na saúde física, saúde mental e percepção de qualidade de vida; 33% era a taxa de mortalidade e os idosos relatavam um grande sentimento de solidão. Concluíram assim que, após a entrada no lar, os idosos sofriam de um declínio físico e mental e a qualidade de vida percebida era relativamente baixa.

Um dos aspectos que interfere de modo significativo na saúde e segurança das pessoas idosas é a solidão. A solidão pode ser precipitante de um declínio da saúde mental, pois, níveis elevados de solidão estão associados a sintomas depressivos. Um factor comum entre a solidão e a depressão é a diminuição das relações sociais e a troca de

apoio. Logo, o sentimento de solidão está associado às redes sociais com quem o idoso estabelece contacto (Santos, 2008). Em isolamento, os idosos desenvolvem uma vida com privações afectivas e cognitivas, interferindo no seu equilíbrio físico e psicológico. Assim, acentuam-se as perdas cognitivas, gerando consequentemente sentimentos de desvalorização (Silva, 2005).

A maioria das investigações apresenta críticas negativas sobre a institucionalização, referindo a deterioração física, psicológica e social que daí resulta, quando comparados com idosos que vivem em comunidade. Contudo, parece-me fundamental contrariar esta visão negativista a propósito dos lares, pois, as transformações familiares na sociedade actual, os problemas de saúde e solidão podem ter como consequência a falta de suporte social, determinando a ida das pessoas idosas para um lar como forma de procurar contacto social e atenuar o isolamento social. É possível os lares de idosos proporcionarem a criação de actividades para ajudar os idosos a combater a solidão e imobilidade (Vaz, 2009).

### **5. Avaliação Psicogeriátrica da funcionalidade (cognitiva, humor e funcionalidade)**

Com a longevidade humana ocorre uma diminuição das capacidades funcionais e estruturais em vários órgãos e tecidos, traduzindo-se numa diminuição da capacidade de adaptação a factores de stress internos e externos, agravando-se assim a vulnerabilidade ao aparecimento de doenças. O envelhecimento é a combinação de factores intrínsecos ou genéticos, e extrínsecos ou ambientais que se relacionam entre si, influenciando a forma como se envelhece (Botelho, 2005; Santos, 2008).

O resultado da interacção destes factores com o estado de saúde física e mental influenciam a qualidade de vida do idoso. Por exemplo, alguns estudos têm demonstrado que existe uma forte associação entre o estatuto socioeconómico e o estado de saúde, onde indivíduos com baixos rendimentos, expostos a situações de conflitos, maus tratos, falta de condições de higiene e serviços de saúde agravam a saúde, sendo esta um aspecto fundamental para a capacidade funcional.

A noção de capacidade funcional, ou de funcionalidade, está relacionada com a autonomia na execução de tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que vive. É o grau de facilidade com que um indivíduo pensa, sente, age ou se comporta em relação ao seu ambiente. Assim, a capacidade funcional é um conceito multidimensional, que incorpora factores físicos, mentais, cognitivos, sociais, económicos e ambientais, tornando o idoso menos ou mais dependente (Botelho, 2005; Sequeira, 2010).

A capacidade funcional é um dos grandes componentes no estado de saúde do idoso, e portanto, torna-se fundamental a avaliação do estado funcional. A avaliação da

funcionalidade permite prever a capacidade do idoso em se manter de modo independente. É vantajoso classificar a autonomia funcional de acordo com o grau de auto-suficiência em quatro níveis: independência (quando há total independência, ou ausência de recursos de apoio para a substituição funcional); autonomia (quando há recusa a apoios mecânicos); dependência (quando há recusa a apoio de terceiros); incapacidade (quando há o recurso a apoio de terceiros para a substituição funcional) (Botelho, 2005).

No estudo realizado por Botelho (2000), acerca da “INDependência em IDosos”, teceram-se algumas observações sobre a avaliação da funcionalidade dos idosos. Apesar de não ser ainda uma prática comum, no contexto da assistência médico-social dos idosos, defende-se que esta poderia ser inserida na história clínica logo após a anamnese das queixas de órgãos e sistemas. Concluiu, ainda, que a avaliação da funcionalidade permite: detectar perturbações ainda incipientes; evidenciar diferentes estados funcionais e eventualmente diferentes estados de saúde, mentais e sociais; caracterizar perfis de envelhecimento; fundamentar intervenções preventivas ou de recuperação; monitorizar o acompanhamento dos indivíduos idosos. A sua prática habitual poderá ter condições para permitir: a uniformização do conceito de autonomia; a pesquisa e eventual correcção de factores de dependência, como a morbilidade física e mental ou o isolamento social; a promoção de factores de independência, como a actividade física; a implementação de factores de autonomia, nomeadamente, apoios técnicos e adaptações ambientais (Botelho, 2005). Neste sentido, Botelho (2005) refere ainda que:

(...) com a avaliação funcional no acompanhamento dos idosos, será possível contribuir para que o aumento da longevidade seja acompanhado pela compreensão da incapacidade, ou seja, o aumento da esperança de vida activa, próprio do envelhecimento bem-sucedido ou activo. (...) Uma atitude activa, a nível pessoal e de grupo de trabalho, conducente à implementação de uma avaliação habitual da funcionalidade dos idosos, poderá fazer a diferença para uma melhor preparação no acompanhamento preventivo e de reabilitação dos indivíduos à medida que envelhecem. (p. 131)

Em termos de avaliação de saúde, as actividades relacionadas com o autocuidado e de adaptação ao meio em que vive, no seu conjunto, são conhecidas como *Actividades de Vida Diária (AVD's)*. As actividades de autocuidado designadas de *Actividades Básicas de Vida Diária (AVD's)* incorporam tarefas como cuidar da higiene e limpeza corporal, escolher e vestir a roupa, comer, controlo de esfíncteres, utilizar os sanitários, mudar de posição e deslocar-se dentro de casa. As actividades que incorporam o individuo no meio ambiente e no seu conjunto são designadas de *Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's)* –

autonomia instrumental, abrangem actividades como utilizar o telefone, deslocar-se no exterior da casa, gerir o dinheiro, fazer compras, tomar medicamentos, utilizar meios de transporte, fazer trabalhos domésticos e cozinhar (Botelho, 2005; Oliveira, 2011; Sequeira, 2010). As *Actividades Avançadas de Vida Diária (AAVD's)*, incorporam actividades voluntárias sociais, ocupacionais e de recreação. Contudo, a dificuldade em realizar este tipo de actividades pode não indicar perda funcional, mas risco de perdas futuras (Oliveira, 2011; Sequeira, 2010).

Os instrumentos mais utilizados para o diagnóstico de disfunção nas *Actividades Básicas de Vida Diária (ABVD)* são o Índice de Barthel e o Índice de Katz. Estes índices avaliam se o idoso é independente ou dependente nas actividades básicas de vida diária (Oliveira, 2011; Sequeira, 2010).

Nas *Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)*, o instrumento mais utilizado é o Índice de Lawton. Este permite avaliar a dependência/comprometimento nas actividades instrumentais de vida diária de forma geral e parcelar (Oliveira, 2011; Sequeira, 2010).

Contudo, também existem instrumentos que avaliam simultaneamente as actividades básicas e instrumentais de vida diária (como a Escala de Lawton e Brody) ou outras dimensões do bem-estar físico, psicológico ou social (como o Easy-Care), pois contêm itens sobre aspectos de vida do idoso e do papel do familiar cuidador (Oliveira, 2011; Sequeira, 2010).

O nível de deterioração cognitiva pode ser avaliado através da *Avaliação Breve do Estado Mental (MMS)*, traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro et al. (1994). Este instrumento possibilita uma avaliação breve do estado mental em termos de orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e capacidade construtiva (Oliveira, 2011; Sequeira, 2010).

A *Escala de Avaliação da Demência (CDR)*, de Hughes et al. (1982) e Morris, (1983), é um questionário que avalia a memória, orientação, juízo e resolução de problemas, actividades sociais, actividades domésticas e recreativas e cuidado pessoal (Oliveira, 2011; Sequeira, 2010).

A *Escala de Depressão Geriátrica (GDS)*, de Yesavage et al. (1983), adaptado para a população portuguesa por Barreto, Leuschner, Santos, e Sobral (2007). Este instrumento permite identificar os sintomas de depressão nos idosos nas últimas semanas (Oliveira, 2011; Sequeira, 2010).

A *Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (ADAS)*, de Rosen, Mohs, e Davis (1984), adaptado para a população portuguesa por Guerreiro, Fonseca, Barreto, e Garcia (2007). É uma escala que avalia o estado cognitivo e comportamental do indivíduo com a doença de Alzheimer. Assim é composta por dois instrumentos, um relativo à componente cognitiva e outro relativo à componente não cognitiva (Oliveira, 2011; Sequeira, 2010).

Tendo em consideração que a avaliação psicogeriátrica apresentada neste estudo avalia três dimensões (saúde, depressão e cognição), faz sentido abordar na avaliação funcional as *Escalas de Avaliação Psicogeriátrica (EAP)*, de Anthony Jorm e Andrew Mackinnon (1995), traduzidas e adaptadas para a população portuguesa por Fonseca et al. (2008). Estas procuram situar cada indivíduo num determinado ponto do *continuum* e não apenas categorizá-lo como demente ou não e/ou deprimido.

Face ao exposto, e com o aumento significativo da população idosa, revela-se urgente a avaliação funcional. A avaliação da funcionalidade tem como objectivos identificar a eventual presença de perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais, e contribuir para a intervenção com vista à manutenção e /ou recuperação das capacidades para o idoso viver de um modo independente. Assim, quando se pretende avaliar o idoso além do seu grau de autonomia também são fundamentais avaliar aspectos como o nível de deterioração cognitiva, suporte social, estatuto socioeconómico, a avaliação do humor e a interacção social, na medida em que a saúde e a funcionalidade são influenciadas por estes factores (Botelho, 2005).

**PARTE II**

**ESTUDO EMPÍRICO**

## 1. Objectivos

O presente estudo tem como principal objectivo examinar a funcionalidade – nas dimensões saúde, depressão e cognição – em idosos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Penafiel, em dois momentos (Novembro/Dezembro e Abril/Maio).

A principal questão de investigação deste estudo pode ser sintetizada da seguinte forma: Será possível associar à passagem do tempo (de Novembro/Dezembro a Abril/Maio), a verificação de diferenças nas seguintes dimensões da funcionalidade: saúde, depressão, cognição?

## 2. Método

Para dar resposta à questão de partida, o presente estudo segue uma abordagem do tipo quantitativo e longitudinal. Quantitativo, porque os participantes foram submetidos ao instrumento metodológico intitulado *Escalas de Avaliação Psicogeriátrica (EAP)* com a finalidade de analisar o nível de funcionalidade – nas dimensões saúde, depressão e cognição. Segundo Harris (2008) a abordagem quantitativa pode ser definida como aquela em que possibilita recolher, em relação a um conjunto de elementos, informações que concretizem a comparação de um elemento face a outro. É com base nessa comparação de informações que, posteriormente, permite realizar a análise quantitativa dos dados e generalizar os mesmos a uma determinada população a partir da amostra seleccionada (Marczyk, DeMatteo, & Festinger, 2005). Longitudinal, uma vez que a recolha de dados foi realizada em dois momentos (Novembro/Dezembro e Abril/Maio) para perceber o efeito do tempo sobre a funcionalidade dos idosos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Penafiel. Os estudos longitudinais têm a vantagem de fornecer informações sobre as variáveis em dois momentos e verificar possíveis mudanças, contrariamente aos estudos transversais que procuram realizar rapidamente associações comuns entre as variáveis num único momento (Sampieri, Collado, & Lucio, 1991). No presente estudo, o facto de ser um estudo longitudinal permite uma compreensão mais profunda sobre o impacto do tempo na funcionalidade em idosos institucionalizados e verificar se existem mudanças ao longo do tempo.

### 2.1. Participantes

Participaram no estudo empírico 24 idosos, 15 mulheres (62.5%) e 9 homens (37.5%), recrutados na Santa Casa da Misericórdia de Penafiel (Lar de S. Martinho, Lar de Santo António e Casa de Repouso D. Manuel I).

A idade dos participantes variou entre os 61 e os 91 anos, com uma média de 81.44 anos ( $D.P= 8.32$ ). Conforme pode ser observado no Quadro 1, a maioria dos participantes são viúvos (66.7%), 16.7% dos participantes solteiros e com valores similares encontramos casados e divorciados (8.3% cada).

Relativamente às habilitações literárias (Quadro 2), 37.5% dos participantes frequentaram o 1º ciclo e 37.5% não concluíram o 1º ciclo.

Estado Civil	Participantes (n= 24)	Participantes (%)
Solteiro(a)	4	16.7
Casado(a)	2	8.3
Viúvo(a)	16	66.7
Divorciado(a)	2	8.3

Quadro 1: *Caracterização dos participantes quanto ao estado civil*

Habilitações Literárias	Participantes (n=24)	Participantes (%)
Analfabeto(a)	2	8.3
1º Ciclo incompleto	9	37.5
1º Ciclo	9	37.5
2º Ciclo	1	4.2
3º Ciclo	2	8.3
Secundário	1	4.2

Quadro 2: *Caracterização dos participantes quanto às habilitações literárias*

## 2.2. Instrumentos

O instrumento de recolha de dados utilizado foi as *Escalas de Avaliação Psicogeriátrica (EAP)* de Fonseca, et al. (2008)<sup>2</sup>. As *EAP* são a versão portuguesa do instrumento *The Psychogeriatric Assessment Scales (PAS)*, da autoria de Anthony Jorm e Andrew Mackinnon (NH&MRC Social Psychiatry Research Institute - Austrália, 1995).

As *EAP* são um instrumento de avaliação constituído por várias escalas para a avaliação psicogeriátrica de indivíduos idosos, nomeadamente, demência e depressão. O objectivo principal deste instrumento é situar cada indivíduo num determinado ponto do *continuum* e não categorizá-lo como estando ou não demente e/ou deprimido. A interpretação dos resultados obtidos através das escalas deve de ser comparada com os valores de referência considerados numa dada comunidade, uma vez que têm sido objecto de validação noutros contextos e idiomas (Jorm & Mackinnon, 1995).

Na versão original, este instrumento é composto por seis escalas: três devem ser preenchidas através de entrevista à pessoa que está a ser avaliada, e as restantes devem ser preenchidas por um informador próximo a essa pessoa. A validação para a população portuguesa incide unicamente nas escalas que são dirigidas ao sujeito avaliado (Fonseca, et al., 2008).

A *Escala de Acidente Vascular Cerebral* avalia seis sintomas de doença cérebro-vascular, sinalizando em que medida um eventual comprometimento cognitivo deve-se a demência vascular ou a doença de Alzheimer.

Exemplo de item: “*Alguma vez teve ou lhe disseram que teve um acidente vascular cerebral (ou AVC, ou trombose)?*”

*Não.....0*

*Sim.....1*

*Não sabe...?*

A *Escala de Depressão* avalia a prevalência de doze sintomas de depressão nas duas semanas anteriores.

<sup>2</sup> Anexo – Escalas de Avaliação Psicogeriátrica

Exemplo de item: “*Nas últimas duas semanas, tem-se sentido deprimido(a) ou triste?*”

*Não.....0*

*Depende da situação.....0*

*Sim.....1*

*Não sabe.....?*

A *Escala de Comprometimento Cognitivo* consiste em nove questões que testam a memória e outras funções cognitivas do sujeito.

Exemplo de item: “*Em que data calha o dia do Ano Novo?*”

*Primeiro dia de Janeiro/primeiro dia do ano.....0*

*Uma data errada, não sabe, recusa responder.....1*

*Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial).....?*

A administração das *EAP* começa com algumas questões gerais, como o nome e o apelido, ano de nascimento, idade, nacionalidade, habilitações literárias e estado civil, as quais são suficientes para caracterizar socio- demograficamente os indivíduos. Não é necessário que a administração das *EAP* decorra de uma só vez, sem interrupções. Se o entrevistado der sinais de cansaço ou saturação, é preferível interromper a aplicação do instrumento e retomá-la mais tarde.

As escalas das *EAP* podem ser tratadas como módulos independentes. Se um utilizador estiver interessado apenas na administração de uma ou duas escalas em vez da entrevista completa, pode fazê-lo sem comprometer a validade do instrumento. A ordem de administração das escalas é independente mas, dentro de cada escala, deve respeitar-se a sequência de apresentação das questões.

Relativamente à cotação/interpretação da *EAP*, devem seguir-se as seguintes indicações: cada resposta é pontuada com 0 (zero) – resposta correcta – ou 1 (um) – resposta incorrecta; a pontuação obtida em cada resposta deve ser escrita na caixa assinalada pela seta correspondente; em regra, não é necessário escrever o que o entrevistado diz; quando tal sucede, existe um espaço apropriado para esse efeito; por vezes há instruções sobre os critérios a adoptar quando o sujeito comete pequenos erros na resposta que dá, ajudando o entrevistador na tarefa de cotação; pode parecer um pouco

estranho que a uma resposta correcta corresponda 0 (zero), mas tal sucede porque as *EAP* avaliam incapacidade, logo, neste caso o 0 (zero) significa ausência de incapacidade. Sendo assim, valores elevados traduzem elevado nível de comprometimento devido a AVC, depressão e comprometimento cognitivo.

A resposta a cada questão das *EAP* converte-se numa pontuação. No final de cada escala, a soma das pontuações converte-se num resultado. Em cada uma das escalas das *EAP*, quanto mais elevado for o resultado, maior a incapacidade, sendo que um resultado de 0 (zero) traduz a inexistência de qualquer incapacidade.

No entanto, os resultados brutos não têm, só por si, grande significado, pois não permite dizer que o sujeito se encontra mais incapacitado numa área do que na outra, apenas porque obteve um resultado superior numa delas. Por exemplo, se um indivíduo tiver um resultado 2 (dois) na Escala de Acidente Vascular Cerebral e um resultado 4 (quatro) na Escala de Depressão, não se pode afirmar que a respectiva incapacidade é maior nesta última dimensão.

Para se poder efectuar comparações de resultados entre escalas, os autores das *EAP* procederam à transformação dos resultados brutos em percentis, no sentido de poder situar o resultado de cada indivíduo comparando-o com a população de referência, e dando origem, assim, a um perfil individual.

Relativamente à análise de consistência interna das *EAP*, este instrumento obtém valores adequados quer na sua totalidade ( $\alpha=0,84$ ), quer para cada uma das subescalas ( $\alpha_1=0,64$ ;  $\alpha_2=0,81$ ;  $\alpha_3=0,85$ ) (Fonseca, et al., 2008).

### **3. Procedimentos**

#### **3.1. Procedimento da recolha de dados**

O processo de recolha de dados decorreu, num primeiro momento, em Novembro/Dezembro de 2011 e, num segundo momento, entre Abril/Maio de 2012. O procedimento era iniciado com o contacto com as Directoras Técnicas de cada Lar, solicitando-lhes a devida autorização, informando-as quanto à natureza do projecto de investigação, do procedimento de recolha dos dados a ser seguido e dos aspectos éticos associados ao estudo. Posteriormente, os idosos eram contactados oralmente, pela entrevistadora, para marcar o dia e hora da aplicação da *EAP* no Lar onde os mesmos residiam. No dia da aplicação da *EAP*, os participantes preenchiam uma Declaração de Consentimento<sup>3</sup>, onde se esclarecia o estudo em curso e se solicitava a respectiva colaboração, assegurando a confidencialidade e preservação do anonimato dos dados

---

<sup>3</sup> Anexo – Declaração de Consentimento Informado

recolhidos. Neste sentido, todos os participantes receberam um código numérico que passou a identificar as escalas.

As *EAP* foram administradas individualmente a cada idoso e preenchidas pela entrevistadora que procedia à leitura das questões e das possibilidades de resposta, assinalando a opção indicada pelos indivíduos.

### **3.2. Procedimento da análise dos dados**

Os dados recolhidos foram tratados através do programa estatístico IBM SPSS 20.0. Para caracterizar a amostra do estudo empírico foi realizado a análise univariada (estatística descritiva), através das frequências absolutas, medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio-padrão).

De seguida, os dados provenientes das escalas da *EAP* foram inicialmente alvo de análises de normalidade dos dados (Kolmogorov-Sminorv e Shapiro-Wilk para verificar se os dados das escalas seguiam uma distribuição normal, visto que a amostra é inferior a 30). De facto, a utilização de testes paramétricos requer a existência de dois pressupostos principais: que a distribuição da variável seja normal e que a amostra seja superior a 30. Quando ambos pressupostos não são cumpridos é necessário o recurso a testes não paramétricos. Neste sentido, verificou-se na escala AVC, através do teste de Kolmogorov-Sminorv e Shapiro-Wilk, que os dados não seguiam uma distribuição normal, e portanto foi utilizado o Teste T de Wilcoxon (teste não paramétrico) para comparar os dois grupos (Novembro/Dezembro e Abril/Maio), pois ambos pressupostos para a utilização de testes paramétricos foram violados. O Teste T para amostras emparelhadas (teste paramétrico) foi utilizado para se proceder à comparação entre as médias dos dois grupos (Novembro/Dezembro e Abril/Maio) a escala de Depressão e Compromisso Cognitivo, pois, os dados seguiam uma distribuição normal.

## **4. Resultados**

Seguidamente serão apresentados, em primeiro lugar, os resultados do estudo empírico, expondo os dados referentes à normalidade dos dados e da comparação entre os dois grupos ao nível da funcionalidade (saúde, depressão e cognição). Posteriormente, será realizada uma discussão dos resultados obtidos no estudo empírico, à luz da literatura sobre a passagem do tempo, a funcionalidade e a institucionalização.

**Funcionalidade e passagem do tempo**

Funcionalidade	Tempo	Kolmogorov-Sminorv	Shapiro-Wilk
AVC	Nov/Dez	$p= 0.00$	$p= 0.00$
	Abril/Maio	$p= 0.00$	$p= 0.00$
Depressão	Nov/Dez	$p= 0.20$	$p= 0.93$
	Abril/Maio	$p= 0.20$	$p= 0.75$
Comp. Cognitivo	Nov/Dez	$p= 0.20$	$p= 0.08$
	Abril/Maio	$p= 0.20$	$p= 0.27$

Quadro 3: Distribuição da normalidade dos dados

Em relação à distribuição da normalidade dos dados (Quadro 3), as escalas Depressão e Compromisso Cognitivo seguem a distribuição normal ( $p>0.05$ ), e portanto, um dos pressupostos paramétricos não foi violado, o que não ocorreu com a escala AVC ( $p<0.05$ ).

AVC	<i>n</i>	Med.	<i>p</i>
Nov/Dez	14	<b>0.17</b>	
Abril/Maio	14	<b>0.085</b>	<b>0.65</b>

Quadro 4: AVC e passagem do tempo

Para esta amostra, ao contrário do que era esperado, os resultados na escala AVC (Quadro 4) foram inferiores em Abril/Maio do que em Novembro/Dezembro ( $Med= 0.085$ ;  $Med= 0.17$ , respectivamente). É, no entanto, registrar que estas diferenças não são significativas ( $p=0.65> 0.05$ ).

Depressão	<i>n</i>	<i>M (D.P)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Nov/Dez	13	<b>0.28</b> (0.16)		
Abril/Maio	13	<b>0.35</b> (0.19)	- 2.17	<b>0.05</b>

Quadro 5: *Depressão e passagem do tempo*

Conforme pode ser observado no Quadro 5, no que diz respeito à sintomatologia depressiva, os indivíduos em Abril/Maio apresentam valores superiores em relação a Novembro/Dezembro ( $M=0.35$ ;  $M= 0.28$ , respectivamente). Assim sendo, é possível verificar que existiu um declínio progressivo do estado de humor e um aumento da sensibilidade afectiva, sendo encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.05$ ).

Comp. Cognitivo	<i>n</i>	<i>M (D.P)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Nov/Dez	17	<b>0.36</b> (0.21)		
Abril/Maio	17	<b>0.40</b> (0.17)	- 1.57	<b>0.13</b>

Quadro 6: *Compromisso Cognitivo e passagem do tempo*

Para testar a hipótese da existência de diferenças entre o mesmo grupo de indivíduos nos dois períodos de tempo em análise (Novembro/Dezembro a Abril/Maio), no que respeita ao Compromisso Cognitivo, foram efectuadas comparações entre as médias, tomando como variável independente o tempo e como variável dependente a cognição. Os resultados alcançados evidenciam (Quadro 6) níveis superiores de Compromisso Cognitivo em Abril/Maio do que em Novembro/Dezembro ( $M=0.40$ ;  $M= 0.36$ , respectivamente). É, no entanto registar que estas diferenças não são significativas ( $p=0.13 > 0.05$ ).

## 5. Discussão dos resultados

Ao avançar para a discussão dos resultados do estudo empírico, importa, desde já, destacar o carácter limitado das conclusões a retirar dos dados, circunscrevendo-as ao estudo do conjunto dos participantes avaliados. Espera-se, no entanto, que a exploração da relação entre as variáveis estudadas nesta amostra – funcionalidade e a passagem do tempo – permita contribuir para o avanço do conhecimento sobre o papel da passagem do tempo na funcionalidade em idosos institucionalizados.

A discussão dos resultados segue a seguinte organização: em primeiro lugar, apresenta-se o objectivo do estudo e discutem-se os resultados sobre a funcionalidade e a passagem do tempo; posteriormente, é feita uma reflexão acerca dos resultados sobre a relação entre a passagem do tempo, a funcionalidade e a institucionalização. Discutidos os principais resultados do estudo empírico, apresentam-se as limitações do estudo e sugerem-se novas investigações.

O principal objectivo deste estudo era perceber qual o impacto da passagem do tempo na funcionalidade de idosos institucionalizados. Através da análise efectuada sobre a funcionalidade e a passagem do tempo foi possível constatar que em Abril/Maio os indivíduos apresentam resultados superiores a Novembro/Dezembro, revelando-se esta diferença estatisticamente significativa na escala de Depressão ( $t = - 2.17$ ;  $p = 0.05$ ). Na escala de Compromisso Cognitivo, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $t = - 1.57$ ;  $p = 0.13$ ), apesar de existir declínio com a passagem do tempo.

Relativamente à escala de AVC, os resultados não foram os esperados, pois os indivíduos em Abril/Maio apresentaram resultados inferiores a Novembro/Dezembro, o que poderá estar associado à presença de maiores dificuldades cognitivas em Abril/Maio ( $M = 0.40$ ). Este dado de investigação poder-se-á apresentar como um dado curioso e interessante, na medida que contraria a visão ao que é esperado. Poder-se-á inferir que os indivíduos ao apresentarem alterações na memória e em outras funções cognitivas com a passagem do tempo poderão influenciar o facto de alguns idosos revelarem esquecimentos no que se refere a acontecimentos pessoais ao longo da vida (como a ocorrência de AVC ou trombose), visto que os défices na memória tendem a ser maiores na memória episódica e na memória a curto-prazo e menores na memória semântica e na memória implícita (Azevedo & Teles, 2011; Bäckman et al., 2000). Assim sendo, a presença de maiores dificuldades cognitivas em Abril/Maio poderá ter influenciado as repostas às questões da escala de AVC.

Refira-se então, que os indivíduos que vivem em lar apresentam elevados níveis de comprometimento cognitivo e depressão. De facto, a institucionalização é referida por diferentes autores como um factor de risco para a depressão e para o declínio cognitivo e

tende a piorar com a passagem do tempo (Cardão, 2009; Santos, 2008; Scocco et al., 2006; Vaz, 2009). Adicionalmente, ainda que exista uma maior probabilidade para desenvolver doenças com a idade, também se constata a influência dos factores ambientais (Almeida, 2008), e neste aspecto a institucionalização pode também ser vista como um factor de risco para a saúde física. Partindo para uma apreciação mais geral, a institucionalização provoca mudanças a nível psicológico, físico e sensorio-motor, na medida em que existe uma diminuição de actividades, a alteração de hábitos e rotinas diárias, bem como, o afastamento por parte de familiares e amigos (Guedes, in press; Santos, 2008). Deste modo, a institucionalização está associada ao agravamento do seu estado de saúde, à incapacidade funcional e ao comprometimento cognitivo, acarretando consequências sérias com a passagem do tempo, como o declínio cognitivo, o aparecimento de quadros demenciais, a diminuição da auto-estima, apatia, desmotivação, solidão, isolamento social e depressão, relacionadas com a independência, autonomia, privacidade à mercê de horários e hábitos estabelecidos.

Ainda no respeitante à institucionalização, o facto de existir um acompanhamento especializado através da assistência médica, enfermagem, medicamentosa e alimentar permite um maior controlo no caso de existência de doença (Cardão, 2009), o que poderá explicar a melhoria termos de saúde cérebro-vascular nos idosos em Abril/Maio. No entanto, ainda existe por parte dos lares pouca abertura para o acompanhamento psicológico, quando comparado com a componente médica. A depressão e a cognição são dimensões do foro psicológico, permitindo assim também explicar a existência de níveis mais elevados de sintomas depressivos e de comprometimento cognitivo nos idosos em Abril/Maio, quando comparados com a saúde cérebro-vascular.

Neste sentido, e com o aumento significativo da população idosa torna-se evidente a importância da existência de instrumentos adaptados e validados para a população portuguesa, que auxiliem na avaliação cognitiva, funcional e emocional com o objectivo de elaborar um plano de intervenção que responda não só aos problemas de doença, mas também aos problemas psicológicos e sociais relacionados com a incapacidades e necessidades do idoso (Sequeira, 2010). Envelhecer com saúde, autonomia e independência nos lares de idosos implica uma mudança de comportamentos e atitudes da população em geral como na formação de profissionais das variadas áreas para responder às necessidades individuais de cada idoso, visto que a institucionalização por si só impõe limites sérios à funcionalidade. Assim sendo, é de salientar a importância do papel do psicólogo e da restante equipa multidisciplinar em desenvolver actividades que promovam crescimento, aprendizagem e a manutenção das capacidades cognitivas e funcionais dos idosos, no sentido de promover um envelhecimento aliado ao conceito de bem-estar e de qualidade de vida.

O presente estudo comporta um conjunto de limitações. Em primeiro lugar, pela natureza da população estudada, o facto de a amostra ser reduzida e circunscrita apenas aos idosos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Penafiel. Ainda no respeitante à amostra, o facto de não ter sido controlado a utilização de medicação psiquiátrica, podendo esta variável ter interferido com os dados de natureza depressiva e cognitiva.

A funcionalidade, explorada empiricamente neste estudo, poderia ser aprofundada e enriquecida com um maior distanciamento do tempo entre a primeira aplicação e a segunda aplicação das *Escala de Avaliação Psicogeriátrica (EAP)*, visto que os dados evidenciam perda de funcionalidade - nas dimensões depressão e cognição - mas as diferenças não foram estatisticamente significativas na cognição. Naturalmente, que um maior distanciamento no tempo permitiria perceber melhor a influência do tempo sobre a funcionalidade.

Em suma, este estudo, mais do que oferecer respostas a questões muitas vezes levantadas pelos profissionais, permite colocar mais questões para investigações futuras.

## Conclusão

De uma forma geral, é esperado que o presente estudo tenha contribuído para o aprofundamento do conhecimento sobre as relações entre a passagem do tempo e a funcionalidade em idosos institucionalizados.

Os resultados obtidos junto da população alvo apontam para a importância da passagem do tempo na funcionalidade, em particular, na saúde cérebro-vascular, depressão e cognição. Para além disso, o conhecimento do papel da institucionalização na passagem do tempo foi alargado com a realização deste estudo, pela abordagem metodológica seguida.

Sintetizando os principais resultados obtidos do estudo, no que diz respeito à saúde cérebro-vascular, decorreu de forma contraditória ao que era esperado sobre esta dimensão. Os dados evidenciaram uma melhoria em termos de saúde cérebro-vascular em Abril/Maio do que em Novembro/Dezembro.

Em relação à Depressão, o estudo indicou a presença de maior declínio do estado de humor e aumento da sensibilidade afectiva em Abril/Maio do que em Novembro/Dezembro. Estes dados permitem caracterizar a maioria dos participantes deste estudo como tendo vivenciado um declínio gradual do estado de humor contextualizado na institucionalização, semelhante ao que é conhecido na literatura.

Relativamente ao Comprometimento Cognitivo, destaca-se o facto dos dois momentos de tempo avaliados não se distinguirem significativamente em termos de declínio cognitivo. Todavia, verifica-se que a passagem do tempo se associa a um aumento do declínio cognitivo em idosos institucionalizados. Estes resultados permitem sugerir que um maior distanciamento no tempo permitiria perceber melhor a cognição em idosos institucionalizados.

Este trabalho apresentou, por um lado, contributos para a psicologia do envelhecimento – especificamente para a conceptualização da funcionalidade à luz da passagem do tempo em idosos institucionalizados. A exploração de um tema ainda pouco estudado, nomeadamente ao nível de estudos longitudinais permitiu uma compreensão mais profunda sobre o impacto do tempo na funcionalidade em idosos institucionalizados e verificar se existem mudanças ao longo do tempo.

Por outro lado, dado a abordagem metodológica seguida acarretou um conjunto de limitações e interrogações que importa enumerar. Uma das questões prende-se com população estudada - importa examinar as diferenças entre idosos institucionalizados em outros lares, sendo interessante em futuras investigações uma amostra mais alargada. Outra questão prende-se com o facto de não ter sido controlado a utilização de medicação

psiquiátrica, pelo que seria interessante proceder a estudos onde esta variável seja controlada, pois pode ter interferência com os dados de natureza depressiva e cognitiva.

No respeitante à funcionalidade, seria interessante ser aprofundada com um maior distanciamento do tempo, visto que os dados evidenciam perda de funcionalidade das dimensões depressão e cognição, mas as diferenças não foram estatisticamente significativas nesta última dimensão. Significa que se a funcionalidade fosse avaliada com um distanciamento de um período de pelo menos de um ano, entre ambas aplicações das *Escala de Avaliação Psicogeriátrica (EAP)*, as diferenças iriam revelar-se significativas.

Em síntese, a investigação sobre a passagem do tempo e a funcionalidade em idosos institucionalizados constitui-se um território emergente a explorar. Os avanços a este nível resultam precisamente da existência de futuras investigações, pois ainda existem interrogações que precisam de ser clarificadas e exploradas.

## Bibliografia

- Abreu, I. D., Forlenza, O. V., & Barros, H. L. (2005). Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32(3), 131-136. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a05v32n3.pdf>
- Almeida, A. J. (2008). *A pessoa idosa institucionalizada em lares: aspectos e contextos da qualidade de vida*. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Obtido em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7218>
- Aichberger, M. C., Busch, M. A., Reischies, F. M., Ströhle, A., Heinz, A., & Rapp, M. A. (2010). Effect of physical inactivity on cognitive performance after 2.5 years of follow-up. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(1), 7–15. doi: 10.1024/1662-9647/a000003
- APA, American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo, L. (2011). Exercite o seu corpo. In O. Ribeiro, & C. Paúl (Eds.), *Manual de Envelhecimento Activo* (pp. 13- 43). Lisboa: Lidel.
- Azevedo, M. J., & Teles, R. (2011). Revitalize a sua mente. In O. Ribeiro, & C. Paúl (Eds.), *Manual de Envelhecimento Activo* (pp. 77- 112). Lisboa: Lidel.
- Bäckman, L., Small, B. J., & Larsson, A. W. (2000). Cognitive functioning in very old age. In F. Craik & T. Salthouse (Eds.), *The Handbook of Aging and Cognition* (pp. 499-558). Mahawah: LEA Publishers.
- Baldwin, R. C. (2010). *Depression in later life*. Oxford: Lundbeck Institute.
- Berryman, J. C., Hargreaves, D., Herbert, M., & Taylor, A. (2005). *A Psicologia do Desenvolvimento Humano*. Porto: Instituto Piaget
- Birren, J., & Cunningham, W. (1985). Research on the psychology of aging: Principles, concepts and theory. In J. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 3-34). New York: Van Nostrand.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paul, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 111-136). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bulut, S. (2009). Late life depression: A literature review of late-life depression and contributing factors. *Anales de Psicología*, 25(1), 21-26. Obtido em <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16711594002>
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Costa, A. (2005). A depressão nos idosos portugueses. In C. Paul, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 157-176). Lisboa: Climepsi Editores.

- Djernes, J. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 372-387. Obtido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16603029>
- Duarte, M., & Rego, M. A. (2007). Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cadernos Saúde Pública*, 23(3), 691-700. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/27.pdf>
- Fonseca, A. M. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Paul, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 281-311). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M., Paúl, C., Teles, L., Martins, C., Nunes, V., & Caldas, A. C. (2008). *Escala de Avaliação Psicogeriátrica (EAP): Estudo de Validação*. Texto não publicado.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Guedes, J. (in press). *Viver num lar de idosos – Identidade em risco ou identidade riscada?*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Guerreiro, M. (2005). Avaliação neuropsicológica das demências degenerativas. In A. Caldas, & A. Mendonça (Eds.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 83-109). Lisboa: Lidel.
- Harvey, P. D., Reichenberg, A., & Bowie, C. (2006). Cognition and aging in psychopathology: focus on schizophrenia and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 389–409. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095206
- Harris, P. (2008). *Designing and reporting experiments in psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Jorm, A., Mackinnon, A. (1995). *Psychogeriatric Assessment Scales: User's Guide and Materials*. Canberra: ANUTECH Pty Ltd.
- Katsumata, Y., Arai, A., Ishida, K., Tomimori, M., Denda, K., & Tamashiro, H. (2005). Gender differences in the contributions of risk factors to depressive symptoms among the elderly persons dwelling in a community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(11), 1084–1089. Obtido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16250075>
- Lerner, R., & Hultsch, D. (1983). *Human development: A life-span perspective*. New York: McGraw-Hill.
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., Köning, H., Brähle, E., Riedel-Heller, S. G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, 39, 31-38. doi: 10.1093/ageing/afp202.
- Marczyk, G., DeMatteo, D., & Festinger, D. (2005). *Essentials of research design and methodology*. New Jersey: Wiley.

- Ministério do Trabalho e Segurança Social. (2006). Respostas sociais - nomenclaturas/conceitos. Lisboa: Direcção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança.
- Nunes, M. V. (2008). *Estudo das modificações dos processos mnésicos com a idade: abordagem integrada no âmbito das Neurociências do Envelhecimento*. (Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa). Obtido em [repositorio-aberto.up.pt/bitstream/.../tesemestradoverso%20final.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/.../tesemestradoverso%20final.pdf)
- Oliveira, C. M. (2011). *Perfis Psicogeriátricos dos idosos com apoio institucional no concelho de Pombal*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Superior Bissaya Barreto, Coimbra.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Relatório Mundial de Saúde 2001 - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Papalia, D. E., & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ricarte, L. F. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Obtido em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). *Manual conciso de Psiquiatria Clínica*. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (1997). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Santos, A. F. (2008). *Qualidade de vida e solidão na terceira idade*. (Monografia, Universidade Fernando Pessoa, Porto). Obtido em <http://ufpbdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1179/3/Monografia.pdf>
- Scocco, P., Rappattoni, M., & Fantoni, G. (2006). Nursing home institutionalization: A source of eustress or distress for the elderly? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 281-287. Obtido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16477582>
- Sequeira, C. (2011). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Silva, M. E. (2005). Saúde Mental e idade avançada: uma perspectiva abrangente. In C. Paul, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer e m Portugal* (pp.137-156). Lisboa: Climepsi Editores.
- Tesky, V. A., Thiel, C., Banzer, W., & Pantel, J. (2011). Effects of a group program to increase cognitive performance through cognitively stimulating leisure activities in healthy older subjects. *Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 24(2), 83–92. doi: 10.1024/1662-9647/a000035

- Vaz, S. F. (2009). *A Depressão no Idoso Institucionalizado: Estudo em Idosos Residentes nos Lares do Distrito de Bragança*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto). Obtido em [http://sigarra.up.pt/fpceup\\_uk/PUBLS\\_PESQUISA.FORMVIEW?P\\_ID=67168](http://sigarra.up.pt/fpceup_uk/PUBLS_PESQUISA.FORMVIEW?P_ID=67168)
- Weiner, M. (2009). Cognitive disorders as psychobiological processes. In M. Weiner, & A. Lipton (Eds), *Textbook of Alzheimer Disease and Other Dementias* (pp. 137-151). London: The American Psychiatric Publishing.
- WHO, World Health Organization. (2011a). Mental health. Consultado a 29 de Outubro, 2011, de [http://www.who.int/topics/mental\\_health/en/](http://www.who.int/topics/mental_health/en/)
- WHO, World Health Organization. (2011b). 10 facts on ageing and the life course. Consultado a 29 de Outubro, 2011, de <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/index.html>

# **Anexos**



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

## **Escalas de Avaliação Psicogeriátrica (EAP)**

**António M. Fonseca**

Universidade Católica Portuguesa

Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI)

**Constança Paúl**

Universidade do Porto

Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI)

**Luísa Teles**

Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI)

O **EAP** é a versão portuguesa do instrumento **The Psychogeriatric Assessment Scales (PAS)**, da autoria de Anthony Jorm (NH&MRC Social Psychiatry Research Unit - Australian National University) e Andrew Mackinnon (Mental Health Research Institute - Australia). © Jorm & Mackinnon, 1995. Adaptado com autorização dos autores.

Projecto **Caracterização de Perfis de Envelhecimento na População Portuguesa Normal** financiado pela *Fundação Calouste Gulbenkian* no âmbito do Concurso para Financiamento de Projectos de Investigação em Neurociências (Área do Envelhecimento).

## Entrevista do Sujeito

### Identificação

1. Nome do sujeito ou identificação:

\_\_\_\_\_

2. Sexo do sujeito (fazer círculo à volta):            Masc.    Fem.

3. Data de entrevista: \_\_\_\_\_

4. Nome do entrevistador ou identificação:

\_\_\_\_\_

*Vou fazer-lhe algumas perguntas sobre a vida e sobre como tem passado.*

*Nesta entrevista, as mesmas perguntas são feitas a todas as pessoas. Por isso, por favor, seja compreensivo(a) mesmo que algumas perguntas lhe pareçam estranhas ou desapropriadas.*

*Tudo o que aqui for conversado é confidencial.*

*Vamos começar com algumas perguntas gerais.*

## Informação Geral

---

1. *Por favor diga por ordem as letras do seu primeiro nome.  
E do seu último apelido.*

Correctamente soletrado.....

0

Não é capaz de soletrar ambos os nomes correctamente (um  
pequeno erro autorizado), não sabe.....

1



2. *Em que ano nasceu?*

Ano.....

0

Não sabe.....

1



3. *Então que idade tem agora?*

Idade.....

0

Não sabe.....

1



4. *Em que país nasceu?*

País.....

0

Não sabe.....

1



**Somar caixas**



Se o total é 1 ou mais, passe à Escala de Compromisso Cognitivo.

**Escala de Acidente Vascular Cerebral (Sujeito)**

Alguma vez teve ou lhe disseram que teve:

S1. Um acidente vascular cerebral (ou AVC, ou trombose)?

Não.....

0

Sim.....

1

Não sabe.....

?

→

S2. Uma série de mini - acidentes vasculares cerebrais (ou AVC, ou trombose)?

Não.....

0

Sim.....

1

Não sabe.....

?

→

Alguma vez...  
(Incluir o estado actual.)

S3. ...teve uma repentina fraqueza num dos lados do corpo que depois melhorou?

Não.....

0

Sim.....

1

Não sabe.....

?

→

S4. ...teve uma repentina e acentuada dificuldade em falar?

Não.....

0

Sim.....

1

Não sabe.....

?

→

S5. ...teve uma repentina e acentuada dificuldade em ver?

Não.....

0

Sim.....

1

Não sabe.....

?

→

S6. ...teve uma repentina e acentuada dificuldade de memória?

Não.....

Sim.....

Não sabe.....

0

1

?

Agora calcule o resultado EAP/Acidente Vascular Cerebral (S)

Somar caixas S1 a S6.....

Número de caixas com '?'.....

Se ? não for zero, o resultado deve ser calculado utilizando a fórmula:  $6 \times S / (6 - ?)$

S

?

$$\frac{6 \times S}{(6 - ?)}$$

S'

## Escala de Depressão

Agora gostaria de lhe perguntar como se sente interiormente.

D1. Nas últimas duas semanas, tem-se sentido deprimido(a) ou triste?

Não..... 0

Depende da situação..... 0

Sim..... 1

Não sabe..... ?

→

D2. Nas últimas duas semanas, tem tido dificuldade em dormir?

Não..... 0

Depende da situação..... 0

Sim..... 1

Não sabe..... ?

→

D3. Nas últimas duas semanas, tem tomado alguma coisa para o(a) ajudar a dormir?

Não..... 0

Depende da situação..... 0

Sim..... 1

Não sabe..... ?

→

D4. Nas últimas duas semanas, tem-se sentido desgastado ou com pouca energia, mesmo sem fazer grandes esforços?

Não..... 0

Depende da situação..... 0

Sim..... 1

Não sabe..... ?

→

D5. Nas últimas duas semanas, movimentou-se ou falou mais devagar do que o habitual?

Não..... 0

Depende da situação..... 0

Sim..... 1

Não sabe..... ?

→

D6. Nas últimas duas semanas, teve movimentos repetidos em alguma parte do seu corpo (ex., tiques, balançar a perna) - isto é, andou tão agitado(a) que não conseguia estar quieto(a)?

- Não..... 0
  - Depende da situação..... 0
  - Sim..... 1
  - Não sabe..... ?
- ▶

D7. Nas últimas duas semanas, quantas vezes é que sentiu falta de confiança em si próprio(a)?

- Nunca..... 0
  - Algumas vezes..... 0
  - A maior parte das vezes..... 1
  - Sempre..... 1
  - Não sabe..... ?
- ▶

Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre o seu pensamento.

D8. Nas últimas duas semanas, o seu raciocínio tem sido mais lento do que o habitual?

- Não..... 0
  - Depende da situação..... 0
  - Sim..... 1
  - Não sabe..... ?
- ▶

D9. Nas últimas duas semanas, tem tido dificuldade em se concentrar?

- Não..... 0
  - Depende da situação..... 0
  - Sim..... 1
  - Não sabe..... ?
- ▶

D10. Nas últimas duas semanas, os seus pensamentos andaram assim como que baralhados, tornando-se difícil organizá-los?

Não.....	0	
Depende da situação.....	0	
Sim.....	1	
Não sabe.....	?	<input type="checkbox"/>

D11. Nas últimas duas semanas, teve dificuldade em tomar decisões?

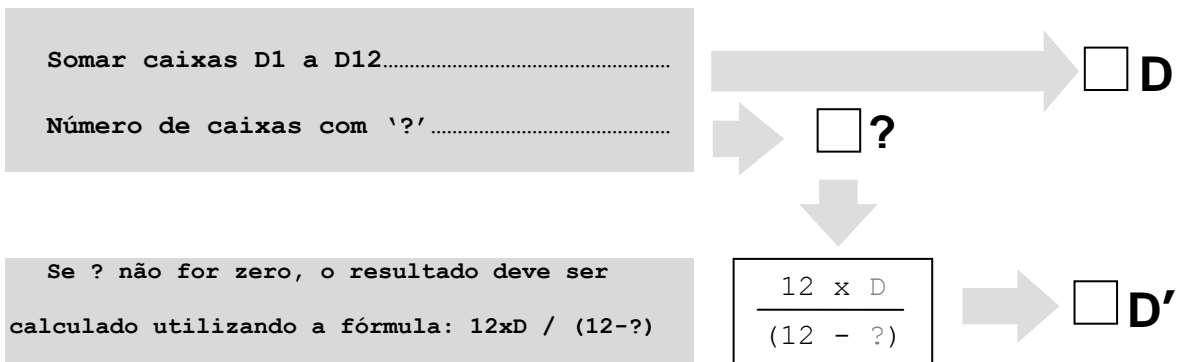
Não.....	0	
Depende da situação.....	0	
Sim.....	1	
Não sabe.....	?	<input type="checkbox"/>

Com o envelhecimento, algumas pessoas dão por si a pensar na morte mais frequentemente do que quando eram mais novas.

D12. Nas últimas duas semanas, alguma vez sentiu que quisesse morrer?

Não.....	0	
Depende da situação.....	0	
Sim.....	1	
Não sabe.....	?	<input type="checkbox"/>

Agora calcule o resultado EAP/Depressão (D)



## Escala de Compromisso Cognitivo

Agora vou fazer-lhe algumas perguntas para verificar a sua concentração e memória. A maior parte será de resposta fácil.

Vou referir três objectos. Depois de os referir, gostaria que os repetisse. Não se esqueça deles porque vou pedir que os relembre daqui a alguns minutos.

"Pêra" "Gato" "Bola"

Pode repeti-los?

Repita o nome dos objectos até que todos sejam aprendidos.  
Parar após cinco tentativas sem sucesso.

C1. Vou dar-lhe uma folha de papel. Por favor escreva uma frase completa (qualquer frase, desde que tenha princípio, meio e fim).

Se a frase for ilegível, peça "Pode ler a frase para mim?", e depois transcreva-a na folha.

A frase deverá ter um sujeito e um verbo, e deve fazer sentido.

Erros de ortografia e de gramática são aceitáveis.

Correcto.....  
Incorrecto ou recusa fazer.....  
Não convidado a fazer (por ex., limitação motora ou sensorial).....

0	}	→	<input type="checkbox"/>
1			
?			

C2. Agora, quais eram os três objectos que lhe pedi que recordasse?

Registe 0 para cada objecto recordado, 1 se um erro é cometido porque um objecto não é mencionado ou o sujeito recusa responder. A ordem dos objectos não é importante.

Pêra.....  
Objecto não mencionado ou recusa responder.....  
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial).....  
Gato.....  
Objecto não mencionado ou recusa responder.....  
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial).....  
Bola.....  
Objecto não mencionado ou recusa responder.....  
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial).....

0	}	→	<input type="checkbox"/>
1			
?			

0	}	→	<input type="checkbox"/>
1			
?			

0	}	→	<input type="checkbox"/>
1			
?			

Por favor, preste atenção ao seguinte nome e morada e depois repita-o.

**"João Ferreira, Rua Direita, 42, Porto"**

**Repetir o nome e a morada até que o sujeito os aprenda. Parar após cinco tentativas sem sucesso.**

Por favor mantenha este nome e morada em mente porque eu vou perguntar por eles mais à frente nesta entrevista.

**C3. Vou referir o nome de algumas pessoas famosas e gostaria que me dissesse quem eram ou porque é que eram famosas.**

**Registe 0 para cada pessoa correctamente identificada, 1 se a resposta for incorrecta ou o sujeito recusa responder.**

António Salazar..... (português, político, fascista)	0	
Incorrectamente identificado ou recusa responder.....	1	
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial).....	?	<input type="checkbox"/>
Vasco da Gama..... (explorador, navegador, descobridor)	0	
Incorrectamente identificado ou recusa responder.....	1	
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial).....	?	<input type="checkbox"/>
Adolf Hitler..... (alemão, nazi, líder da Segunda Guerra Mundial)	0	
Incorrectamente identificado ou recusa responder.....	1	
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial).....	?	<input type="checkbox"/>





**C4. Em que data calha o dia de Ano Novo?**

Primeiro dia de Janeiro/primeiro dia do ano.....	0	
Uma data errada, não sabe, recusa responder.....	1	
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial).....	?	<input type="checkbox"/>

**C5. Qual é o nome e a morada que lhe pedi que fixasse há bocado?**

**Registe 0 para cada componente recordado, 1 se um componente não é mencionado ou o sujeito recusa responder. A ordem dos componentes não é importante.**


João.....	0	
Componente não mencionado ou recusa responder.....	1	
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial).....	?	<input type="checkbox"/>

Ferreira.....	0	
Componente não mencionado ou recusa responder.....	1	
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial).....	?	 <input type="checkbox"/>
Rua Direita.....	0	
Componente não mencionado ou recusa responder.....	1	
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial).....	?	 <input type="checkbox"/>
42.....	0	
Componente não mencionado ou recusa responder.....	1	
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial).....	?	 <input type="checkbox"/>
Porto.....	0	
Componente não mencionado ou recusa responder.....	1	
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial).....	?	 <input type="checkbox"/>

**C6. Aqui está um desenho. Por favor copie-o para aqui.**


**Dar ao sujeito a folha com os dois pentágonos e aponte para o espaço em branco por baixo.**

**Correcto se os dois pentágonos se cruzam para formar um quadrado ou rectângulo no centro.**

Correcto.....	0	
Incorrecto ou recusa fazer.....	1	
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial).....	?	 <input type="checkbox"/>

**C7. Leia em voz alta as palavras contidas nesta página e depois faça o que elas dizem.**

**Dar ao sujeito a folha com as palavras "feche os olhos".**

Correcto.....	0	
Incorrecto ou recusa fazer.....	1	
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial).....	?	 <input type="checkbox"/>

C8. Agora leia em voz alta as palavras contidas nesta página e depois faça o que elas dizem.

Dar ao sujeito a folha com as palavras "tossir com força".

Correcto.....

0

Incorrecto ou recusa fazer.....

1

Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial).....

?

C9. Diga-me quais os objectos que vê nesta folha?

Dar ao sujeito a folha com os quatro objectos.

Registe 0 para cada objecto identificado, 1 se um objecto não for mencionado ou se o sujeito recusa responder. A ordem dos objectos não é importante.

Chaleira.....

0

Objecto não mencionado ou recusa responder.....

1

Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial).....

?

Telefone.....

0

Objecto não mencionado ou recusa responder.....

1

Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial).....

?

Tesouras.....

0

Objecto não mencionado ou recusa responder.....

1

Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial).....

?

Garfo.....

0

Objecto não mencionado ou recusa responder.....

1

Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial).....

?

Chegamos ao fim da entrevista. Muito obrigado pelo tempo que dispensou.

Agora calcule o resultado EAP/Compromisso Cognitivo (C)

Somar caixas C1 a C9.....

C

Número de caixas com '?'.....

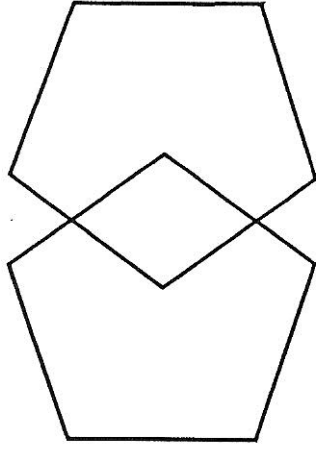
?

Se ? não for zero, o resultado deve ser calculado utilizando a fórmula:  $21 \times C / (21 - ?)$

$$\frac{21 \times C}{(21 - ?)}$$

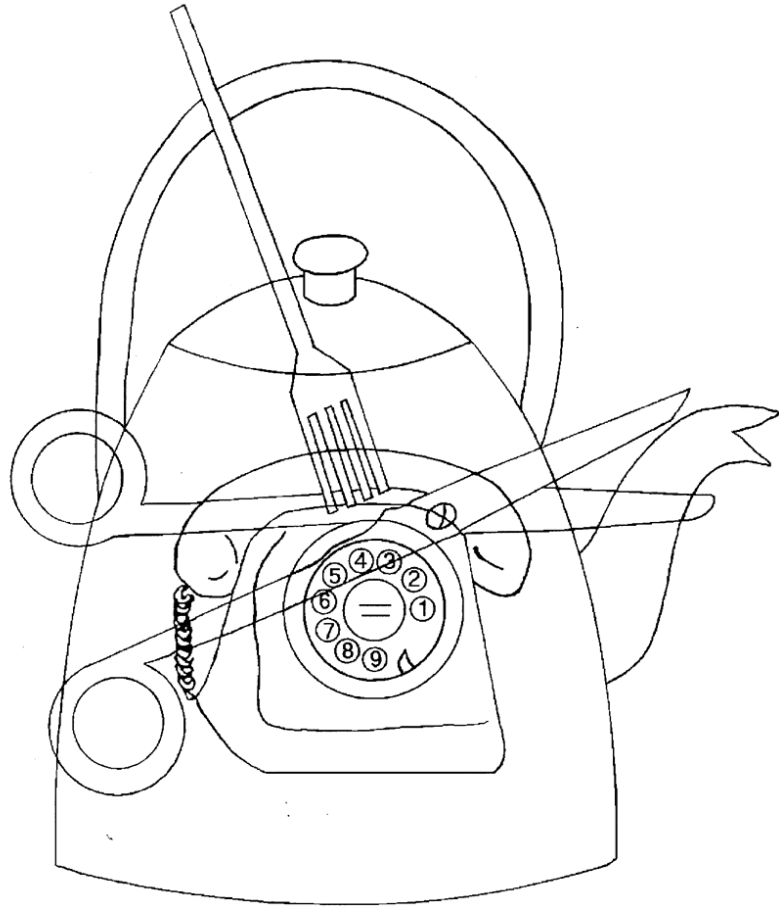
C'

**Escrever uma frase completa**



**FECHE OS OLHOS**

**TOSSIR COM FORÇA**



ENTREVISTA DO SUJEITO

Informação Geral

1. Soletrar nome

2. Ano de Nascimento

3. Idade

4. País de nascimento

Somar caixas

Se o total é 1 ou mais,  
saltar para Compromisso  
Cognitivo.

AVC

S1. AVC/Trombose

S2. Mini - AVC/Trombose

S3. Fraqueza lateral

S4. Dificuldade de fala

S5. Dificuldade de visão

S6. Dificuldade de memória

Somar caixas  S

$\frac{6 \times S}{(6 - ?)}$   S'

Depressão

D1. Deprimido/triste

D2. Dificuldade dormir

D3. Medicação para dormir

D4. Cansado

D5. Lentidão fala/movimento  
lentamente

D6. Irrequieto

D7. Falta de confiança

D8. Pensar lento

D9. Dificuldade concentração

D10. Confuso

D11. Dificuldade tomar decisões

D12. Querer morrer

Somar caixas  D

$\frac{12 \times D}{(12 - ?)}$   D'

Pontuação de Perguntas

Para sintomas,  
normalmente registar:  
Presença = 1  
Ausência = 0

Para itens de teste,  
normalmente registar:  
Incorrecto = 1  
Correcto = 0

Compromisso Cognitivo

⇒ Pêra, Gato, Bola

C1. Frase

C2. Pêra   
Gato   
Bola

C3. Salazar   
Vasco da Gama   
Hitler

C4. Ano Novo .....

C5. João   
Ferreira   
Direita   
42   
Porto

C6. Copiar figura

C7. Fechar olhos

C8. Tossir com força

C9. Chaleira   
Telefone   
Tesouras   
Garfo

Somar caixas  C

$\frac{21 \times S}{(21 - ?)}$   C'

Esta folha só deve ser utilizada em conjunto com as Escalas de Avaliação Psicogeriátrica (EAP). Para administrar as EAP deve estar familiarizado(a) com as instruções específicas de pontuação de cada item.



## UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

### Consentimento

Declaro que fui informado(a) de todos os pormenores respeitantes ao instrumento de avaliação psicológica *Escalas de Avaliação Psicogeriátrica (EAP)*, que me foi proposto por \_\_\_\_\_, no âmbito da Dissertação de Mestrado **Avaliação Psicogeriátrica e Institucionalização**, da Universidade Católica Portuguesa. Fiquei ciente do tipo, duração e características do referido instrumento, bem como dos objectivos da sua realização.

A todos os dados obtidos fica assegurada a reserva e o sigilo decorrentes da obrigação de segredo profissional da pessoa que procedeu à aplicação do instrumento. Garante-me igualmente total anonimato dos dados a serem tratados. Sei que posso retirar-me do estudo em qualquer altura, sem apresentar justificações. Nestas condições, é de minha livre vontade que dou o meu consentimento à realização do instrumento de avaliação psicológica que me foi proposto.

Porto, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Assinatura)